



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA
EL DESARROLLO DE LAS
HABILIDADES DE AUTOCUIDADO EN
UN ADOLESCENTE CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

ANA PAULA YUCRA VELA

LIMA – PERÚ

2022

MIEMBROS DEL JURADO

Mag. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

Presidenta

Mag. BRIGITTE ANA LUCIA AGUILAR SALCEDO

Vocal

Mag. SUSANA ELIZABETH MAMANI GUERRA

Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Mag. MARÍA ELENA APUMAYTA ROSAS

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la oportunidad de poder llegar a esta etapa de mi vida y por brindarme las fuerzas que necesito para seguir adelante. A mi familia, que en todo momento me han apoyado y me han dado todo su amor. A mi esposo, por creer en mí cada día y hacer que mis sueños sean también los suyos. A mi hijo, por ser mi motivación para ser mejor cada día en todos los aspectos de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de poder hacer esta investigación y poder lograr uno de mis sueños como profesional.

Quisiera agradecer especialmente a mi mamá y mi papá, quienes me han apoyado en este proceso, dándome su tiempo, brindándome su amor, ejemplo y dedicación.

Asimismo, agradecer a mi esposo, porque es mi complemento perfecto, por empujarme a lograr mis sueños y creer en mí todos los días.

A mi hijo Santiago, porque es el amor más bonito que he conocido y vino para enseñarme a ser mejor cada día en todos los aspectos de mi vida.

Finalmente, gracias también a mi asesora, María Apumayta, por todo su apoyo, paciencia y conocimiento brindado para lograr culminar con mi investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I: Experiencia Profesional y Contexto	3
Descripción de la Empresa o Institución.....	3
Visión	3
Misión	3
Valores	3
FODA.....	3
Aspectos Principales de la Organización:	4
Ubicación	4
Reseña Histórica.....	4
Puesto Desempeñado:	5
Nombre del Puesto Laboral.....	5
Principales Funciones.....	5
Jefe Inmediato	5
Organigrama.....	5
Delimitar la Línea de Investigación:	10
Capítulo II: Marco Teórico	11

Historia de la Evolución del Término de Discapacidad Intelectual.....	11
Definición de Discapacidad Intelectual	12
Causas de la Discapacidad Intelectual	13
Antes del nacimiento.....	13
Durante el nacimiento	14
Después del nacimiento.....	14
Características de las Personas con Discapacidad Intelectual.....	15
Aspecto cognitivo.....	15
Aspecto psicomotor.....	15
Aspecto del lenguaje	15
Aspecto social	16
Aspecto académico.....	16
Habilidades de autocuidado:	16
Clasificación de la Discapacidad Intelectual.....	17
Diagnóstico de la Discapacidad Intelectual Según el DSM -V.....	17
Diagnóstico De La Discapacidad Intelectual Según El Cie – 10.....	19
Teorías de Intervención de la Discapacidad Intelectual.....	20
Teoría conductual.....	20
Técnicas de intervención en la discapacidad intelectual.....	21
Técnica para aplicar en padres:	23
Teoría cognitiva:	23

Investigaciones acerca de la Discapacidad Intelectual.....	24
Investigaciones Internacionales	24
Investigaciones Nacionales	25
Capítulo III: Metodología	28
Contextualización del Problema	28
Problema de estudio	28
Estrategias de la evaluación y medición de la problemática.....	30
Procedimiento de la evaluación	32
Diagnóstico del problema:	33
Intervención.....	39
Problema delimitado:	39
Objetivo general	39
Objetivos específicos	39
Técnicas para la intervención:.....	40
Ejecución: descripción del plan de intervención.....	43
Indicador(es) de logro	64
Monitoreo y evaluación de la intervención	64
Capítulo IV: Resultados	67
Resultados	67
Describir los resultados hallados.....	67
Análisis de los resultados	73

Reflexión de la experiencia.....	75
Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.....	75
Impacto en la institución con los resultados hallados.	76
Aporte en el área psicológica y en el contexto.....	76
Demandas profesionales requeridas (competencias) capacitaciones técnicas.	77
Autoevaluación y autocrítica personal e institucional	77
Recomendaciones.....	79
Conclusiones	80
REFERENCIAS.....	81

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados de la Escala de Inteligencia de Stanford Binet	35
Tabla 2 Resultados de la lista de chequeo conductual	36
Tabla 3 Resultado del cuestionario de preguntas:	38
Tabla 4 Evaluación inicial y final mediante la lista de chequeo	67
Tabla 5 Evaluación inicial y final mediante el cuestionario de preguntas	68
Tabla 6 Registro de línea base y evolución de las conductas de habilidades de higiene personal	69
Tabla 7 Registro de línea base y evolución de las habilidades de comunicación en la conducta de solicitar ir al baño.....	70
Tabla 8 Registro de línea base y evolución de las conductas en el manejo adecuado de utensilios.....	72

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Organigrama de la institución.....	6
Figura 2 Cronograma de trabajo	8
Figura 3 Cronograma de actividades	43

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer el fortalecimiento de las habilidades de autocuidado en un adolescente con discapacidad intelectual. El objetivo general del presente trabajo es fortalecer habilidades de autocuidado en el adolescente con discapacidad intelectual para incrementar el nivel de autonomía. Los objetivos específicos fueron psicoeducar al padre en las diferentes técnicas operantes para reforzar en el hogar las habilidades aprendidas en el centro de terapias, desarrollar las habilidades de autocuidado de higiene personal tales como lavarse las manos, cepillarse los dientes y peinarse correctamente, adquirir habilidades de comunicación de sus necesidades básicas y desarrollar la autonomía en la alimentación.

El recojo de la información se realizó mediante la observación, la entrevista no estructurada, una lista de chequeo conductual, la aplicación de la Escala de inteligencia de Stanford-Binet y la aplicación del registro de frecuencia de conductas. Las técnicas utilizadas para instaurar en el adolescente las habilidades de autocuidado fueron reforzamiento positivo, economía de fichas, tiempo-fuera, pictogramas, modelamiento, encadenamiento y psicoeducación.

Como resultado se obtuvo que mediante la intervención realizada al adolescente logró desarrollar habilidades de autocuidado, lo cual le permitirán incrementar su nivel de autonomía. Se llega a la conclusión que el adolescente logró desarrollar habilidades de autocuidado en la higiene personal, tales como lavado de manos, cepillado de dientes y peinarse correctamente.

Por otro lado, también desarrolló habilidades comunicativas para solicitar ir al baño. Finalmente logró desarrollar de manera independiente el uso de los utensilios a la hora de comer.

Palabras clave: Discapacidad intelectual Autonomía personal, adolescente, psicoeducación.

ABSTRACT

This research paper aims to report the strengthening of self-care skills in a teenager with intellectual disability. General objective is strengthen self-care skills in the teenager with intellectual disability to increase personal autonomy. Specific objectives are to psychoeducate the parent in the different operant conditioning techniques to reinforce skills learned at the therapy center at home, to develop self-care skills in the personal hygiene area, such as washing hands, brushing teeth and combing hair correctly, and to acquire communication skills of his basic necessities and develop autonomy during feeding. Data was collected through observation, unstructured interviews, behavioral checklists, the application of the Stanford-Binet test and the application of a frequency registry.

Techniques used on the teenager to establish different skills were positive reinforcement, token economy, time-out, pictograms, modeling, chaining, and psychoeducation. The results are through the intervention, the teenager was able to develop self-care skills that improve his autonomy levels. The conclusion is the teenager was able to develop self-care skills in the personal hygiene area: hand washing, teeth brushing, and hair combing. Additionally, he developed communication skills to ask to go the bathroom and was able to independently use eating utensils during meals.

Keywords: intellectual disability, personal autonomy, teenager, psychoeducation

INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidad intelectual enfrentan desafíos considerables al incorporarse a la sociedad y acceder a una calidad de vida. Debido a su condición, que afecta el área intelectual y sus conductas adaptativas, estas personas presentan dificultades para vestirse solos, comer de manera autónoma, utilizar el transporte, o comunicarse adecuadamente limitando su autonomía personal. Dependiendo del nivel de gravedad de la discapacidad, algunos podrían requerir un apoyo externo de por vida para conducirse en la vida. Según Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (RNPCD, 2020) en Perú existen 299, 280 personas con discapacidad.

Afortunadamente, las terapias y formas de abordaje que se les brinda a las personas con discapacidad intelectual en la actualidad se vuelven cada vez más eficaces, logrando que las personas con este diagnóstico desarrollen habilidades que les permitan tener una mejor calidad de vida y así adaptarse a su entorno. La concepción de la discapacidad ha evolucionado a un esquema multidimensional, donde se concibe a la persona con discapacidad intelectual como un ser único y necesita recibir un trato personalizado.

El presente trabajo propone desarrollar autonomía en un adolescente con diagnóstico de discapacidad intelectual al desarrollar las habilidades de autocuidado, incidiendo en su mejor calidad de vida e inclusión en la sociedad.

El primer capítulo explica el contexto de la empresa en la cual se realizó el trabajo, tanto su estructura como los procesos que allí se realizan.

El segundo capítulo está constituido por el marco teórico, el cual explica las definiciones de discapacidad intelectual, explicando sus características, criterios

diagnósticos, teorías de intervención y antecedentes del trabajo en la forma de investigaciones nacionales e internacionales de temas relacionados.

El tercer capítulo presenta la metodología del trabajo realizado, explicando el contexto del problema y la población sobre la cual se realizó el trabajo. Luego procediendo a explicar cómo se realizó el diagnóstico del problema, detallando los objetivos, el cronograma de actividades, los indicadores de logro y como se monitoreo la intervención hacia el adolescente.

El cuarto capítulo explora los resultados de las habilidades de autocuidado en el adolescente con discapacidad intelectual, analizando el porqué de los resultados obtenidos y su relación con la bibliografía. También explora las dificultades presentadas durante la intervención.

Finalmente se dan a conocer las recomendaciones y las conclusiones que se encontraron al realizar el presente trabajo.

Capítulo I: Experiencia Profesional y Contexto

Descripción de la Empresa o Institución

Es un centro de terapias ubicado en Lima metropolitana que brinda sus servicios a niños, adolescentes y personas con necesidades educativas especiales.

Visión

El centro de terapias desea posicionarse como uno de los centros de rehabilitación infantil de referencia en Lima, donde sea reconocido por la calidad de servicio que brindan a todos los usuarios.

Misión

Desarrollar habilidades y potencialidades de los niños, que les permitan adquirir autonomía y una mejor calidad de vida. De esta manera podrán adaptarse al entorno en el que viven.

Valores

Los valores institucionales son vocación de servicio, responsabilidad y trabajo en equipo.

FODA

Dentro del análisis realizado al centro de terapias se identificaron las siguientes fortalezas: son especialistas capacitados en la atención con niños con discapacidad intelectual y autismo, existe una adecuada comunicación entre empleador y empleados, existe adecuado trabajo en equipo, dispone con herramientas y materiales adecuados para el trabajo con los niños y adolescentes, cuenta con una atención multidisciplinaria, brinda atención personalizada hacia cada niño o adolescente, ofrece su atención a familias con escasos recursos económicos y cuenta con convenio de otros organismos institucionales.

En cuanto a las debilidades, el centro de terapias carece de un área que se encargue del marketing, no posee ambientes adecuados (ambientes reducidos, falta de ventilación e iluminación), mantiene equipos electrónicos antiguos, no existe línea de carrera y no se cuenta con pruebas digitalizadas para el especialista en psicología.

Dentro de las oportunidades se encontró lo siguiente: insertarse en un mercado digital de teleatención, asociarse con comunidades locales, incorporar nuevos especialistas, expandir la oferta para el distrito donde se localiza el centro de terapias e incrementar sus servicios mediante la atención domiciliaria.

Dentro de las amenazas se identificaron: la competencia con otras instituciones de salud que brindan también una atención multidisciplinaria a nivel de Lima, las barreras económicas y políticas, ausentismo de los pacientes por enfermedad e inadecuada política para contratar al personal.

Aspectos Principales de la Organización:

Ubicación

Lima.

Reseña Histórica

El centro de terapias se fundó en el año 2007, se ubica alrededor de centros comerciales, mercados, panaderías y cerca de estaciones de tren. Atiende a niños y adolescentes con diversas patologías tales como: autismo, problemas de conducta, problemas de aprendizaje, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, y trastornos con problemas cognitivos como discapacidad intelectual leve y moderado. Ofrece también programas especializados para adolescentes con

discapacidad intelectual, donde llevan a cabo actividades para desarrollar habilidades de autonomía persona, cognitivas, psicomotriz, etc.

Puesto Desempeñado:

Nombre del Puesto Laboral

Asistente de psicología.

Principales Funciones

Principales funciones que se realizaron durante la experiencia laboral: evaluación de usuarios asignados que acuden al centro de terapias, intervención en usuarios con trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, elaboración de informes de avance sobre los niños, reuniones periódicas con los padres para dar a conocer los informes de plan de trabajo y los avances de sus hijos, organización de sesiones de orientación y consejería a padres, organización y desarrollo de programas para niños y adolescentes con necesidades educativas especiales según el currículo asignado, apoyo en terapias de: habilidades sociales, aprendizaje, modificación de conducta y trastornos emocionales, seguimiento de los niños que se atendían en las diferentes sesiones psicológicas, talleres para padres sobre estrategias conductuales que se puede usar en casa con sus hijos y diseño de talleres de habilidades sociales, atención y concentración.

Jefe Inmediato

Licenciada en educación especial.

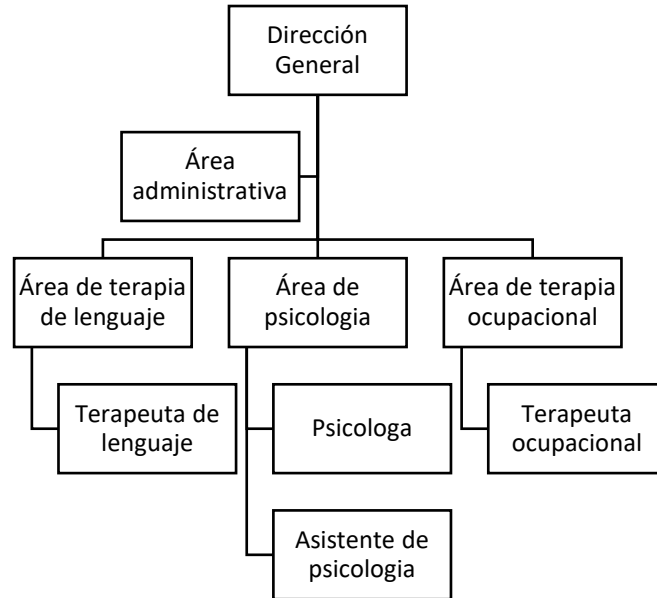
Organigrama

A continuación, muestro el organigrama del Centro de Terapias:

<

Figura 1

Organigrama de la institución



Plan de Trabajo

Descripción del área de trabajo. El centro de terapias está ubicado en Lima, el horario establecido fue de lunes a miércoles de 9 am a 12 pm. mi permanencia en el centro laboral fue de 2 años.

Diagnostico situacional. El centro de terapias es una institución que atiende a niños con los siguientes diagnósticos: autismo, problemas de conducta, problemas de aprendizaje, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastornos con problemas cognitivos como retraso mental leve y moderado. Durante las mañanas el centro brinda talleres de estimulación temprana dirigido a niños de 2 a 4 años y por las tardes se realizaban terapias.

Actividades realizadas. A continuación, describiré las actividades realizadas durante mi experiencia laboral en el centro de terapias:

Evaluación. Se realizó una entrevista inicial con el usuario y, dependiendo del caso, a su acompañante. La evaluación consistía en aplicar una ficha de entrevista con una duración de 45 minutos y posteriormente seleccionar las pruebas psicológicas que ayuden a tener una presunción diagnóstica del caso de acuerdo.

Orientación y consejería. Consiste en acompañar al usuario o a sus familiares para resolver sus dudas.

Aplicación de pruebas psicológicas. Se aplicó pruebas psicológicas dependiendo del caso, de esta manera se puede conocer una presunción diagnóstica.

Talleres. Se realizaron talleres para padres con temas relacionados a temas de crianza.

Capacitación. Se brindó una capacitación sobre trastornos del neurodesarrollo, dictado por la neuropediatra del centro de terapias.

Redacción de informes y plan de trabajos. Se redactaron informes de los casos y planes de trabajo de cada niño o adolescente.

Recursos humanos

El centro de terapias contaba con un equipo diverso compuesto de personal capacitado para realizar terapia de lenguaje y terapia ocupacional, personal de atención al cliente y psicólogas especializadas en diversas áreas.

Recursos materiales.

El centro de terapias estaba equipado con impresora y laptops para abrir nuestros archivos a utilizar en las terapias o clases y suficientes mesas y sillas en los ambientes. La institución y los padres de familia dotaban los útiles escolares como lápices, colores, gomas, y témperas a ser usados en las actividades con los niños. El centro también mantenía rompecabezas de acuerdo con la edad del niño y juegos didácticos.

Descripción del Área de Trabajo

El centro de terapias tenía dos pisos, con cuatro aulas cada uno y dos baños independientes. El aula destinada para trabajar con adolescentes con discapacidad intelectual se encontraba en el segundo piso y contaba con mesas y sillas para las diferentes actividades a realizar. Sin embargo, el espacio de las aulas era reducido, con poca ventilación y con diversos distractores que no permitían una evaluación óptima.

Figura 2

Cronograma de trabajo

Cronograma de trabajo	Periodo 2018							Periodo 2019	
	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
1. Entrevistas con los padres.	X								
2. Aplicación de pruebas psicológicas.	X								
3. Taller para padres.			X						
4. Esquema de plan de intervención.	X								
5. Redacción del plan de trabajo de las intervenciones a los niños y adolescentes	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Apoyo en terapias de: habilidades sociales, aprendizaje, modificación de conducta y trastornos emocionales.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7. Redacción de informes del apoyo en terapias.			X			X			X
8. Desarrollo de plan de intervención del Programa Juntos.		X	X	X	X				
9. Redacción de informes de fin de año.							X		
10. Entrevista con padres para dar lectura de los informes.							X		

Delimitar la Línea de Investigación:

El trabajo pretende desarrollar habilidades de autocuidado en un adolescente con discapacidad intelectual, que le permitan tener una mejor calidad de vida y una mayor autonomía. Por ello, el trabajo se limita a la línea de investigación de bienestar psicológico y salud mental.

Capítulo II: Marco Teórico

Historia de la Evolución del Término de Discapacidad Intelectual

El concepto de retraso mental fue evolucionando en el tiempo, en la Edad Media no se tenía una concepción clara sobre la temática, generando discriminación en las personas que lo padecían. En el siglo XIX, el retraso mental era considerado junto con otras alteraciones que son: sordos, epilépticos, enfermos mentales o criminales y personas con demencia. Delimitando el concepto de retraso mental en diferencia con la demencia (García et al. 2010).

En el siglo XX, se establecieron herramientas de diagnóstico biológicas y psicológicas, la eugenesia que consistía en una prueba cromosomática para detectar algún tipo de alteración. La escala de Binet – Simón como un instrumento psicométrico para diagnosticar a personas con retraso mental (García et al. 2010).

Según Carrillo (2020) en el siglo XXI el término de retraso mental se cambia por discapacidad intelectual, de esta manera ha generado un mayor soporte en el trato del individuo. El concepto hace referencia a las diferentes limitaciones en el área intelectual y adaptativas que la persona presenta con el medio que lo rodea. Estas deficiencias se evidencian en que la persona va a tener dificultades en aspectos de aprendizaje tanto en la lectura con la escritura, también aspectos de autonomía como son el manejo de dinero, higiene personal, vestimenta, etc. De esta manera, la definición actual postula un enfoque humanista originando un trato de calidad ante el paciente y la búsqueda de su desarrollo en los diversos ámbitos de interacción.

Asimismo, gracias a las investigaciones realizadas por la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM, 2010) citado por Carrillo (2018) se ha desarrollado una perspectiva multidimensional con tres ejes:

1. Enfoque centrado en el aspecto social: se consideraba persona con retraso mental a aquella que no puede desenvolverse de manera adecuada en la sociedad.
2. Enfoque centrado en las habilidades cognitivas o mentales: se consideraba persona con retraso mental aquella que tiene dificultades cognitivas.
3. Enfoque centrado en el aspecto orgánico o biológico: en este aspecto era aquella persona que tiene un diagnóstico de trastorno mental orgánico.

Definición de Discapacidad Intelectual

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) citado por Carrillo (2018) y la CIE – 10 definieron el retraso mental como: “Un trastorno que se produce porque no ha desarrollado sus capacidades intelectuales, por lo tanto, existen ciertas funciones que se encuentran deterioradas y que están relacionadas con las funciones cognoscitivas, de lenguaje, psicomotriz y de socialización.”

La Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo por sus siglas en inglés (AAIDD, 2010) citado por Negreira (2018), cambia el nombre de retraso mental por discapacidad intelectual, lo cual indica que la discapacidad intelectual está caracterizada por limitaciones que la persona presenta en las áreas intelectual y conductas adaptativas. Estas limitaciones se

presentan en las habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas. Se originan antes de los 18 años.

Según Thompson et al., (2008) divide la definición de discapacidad intelectual mediante una definición operativa y constructiva. Según Verdugo y Schalock (2010) La definición operativa nos dice que existen limitaciones en las áreas intelectuales, conductas adaptativas y que estas se presentan antes de los 18 años. Por otro lado, Gomez y Navas (2021) nos dice la definición constructivista refiere que la personas con discapacidad intelectual al presentar varias dificultades tantos en su salud, entorno o roles, requerirá de apoyo externo, de esta manera podrá tener una mejor calidad de vida (citado por Alonso, 2022)

La AAIDD (2022) define la discapacidad intelectual de la siguiente manera: La discapacidad intelectual se caracteriza porque la persona presenta dificultades en el área intelectual y en las conductas adaptativas, estas pueden comenzar antes de los 22 años.

Causas de la Discapacidad Intelectual

Peredo (2016) citado por Pesantez (2020) explica que existen diferentes causas para la discapacidad intelectual a lo largo de las etapas del desarrollo de la persona, que se describen a continuación.

Antes del nacimiento

- Las alteraciones cromosómicas; aquí tenemos síndrome de Down, cromosoma X frágil.
- Síndromes diversos: distrofia muscular de Duchenne y el síndrome de Prade-Willi.

- Trastornos congénitos del metabolismo por ejemplo tenemos fenilcetonuria y enfermedad de Tay-sachs.

- Las alteraciones del desarrollo de cerebro: tenemos espina bífida, hidrocefalia.

Durante el nacimiento

- Los trastornos intrauterinos: aquí tenemos la anemia materna, el parto prematuro, alteraciones del cordón umbilical.

- Trastornos neonatales: por ejemplo, la hemorragia intracraneal, epilepsia neonatal.

Después del nacimiento

- Traumatismos craneales, las infecciones por ejemplo encefalitis, meningitis, sarampión.

- Los trastornos degenerativos en este grupo se encuentra el síndrome de rett, enfermedad de Huntington.

- Los trastornos convulsivos, los trastornos tóxico-metabólicos tenemos el síndrome de Reye, la intoxicación por plomo, la desnutrición y las carencias del entorno.

Por otro lado, se considera que no se conoce una causa exacta que delimite la discapacidad intelectual, solo se conocen el 50% en cuanto a los casos de DI ligera y solo el 30% de los casos de DI grave.

Características de las Personas con Discapacidad Intelectual

Aspecto cognitivo

En este aspecto, se observa que la persona con discapacidad intelectual tiene dificultades para analizar, atender, concentrarse, calcular y memorizar, todo ello puede darse de manera lenta o rápida (Lira, 2019).

Ke y Liu (2017) menciona que las personas con discapacidad intelectual leve con adecuada estimulación son capaces de leer y resolver matemáticas como la de un niño de 9 a 12 años. Por el contrario, las personas con un diagnóstico grave o profundo no llegan a leer, calcular o comprender lo que hablan las demás personas.

Aspecto psicomotor

En esta área las personas con discapacidad intelectual tienen dificultades en la coordinación y pueden ser torpes en la parte motora, en la ejecución de la motricidad básica (Lira, 2019). Los niños con un diagnóstico grave suelen tener movimientos estereotipados: dentro de ellos podemos ver los balanceos, golpearse la cabeza, morder, gritar, etc. Los niños con un diagnóstico moderada y grave presentan conductas autolesivas, por ejemplo, el golpearse a sí mismo y morderse a sí mismo (Ke y Liu, 2017).

Aspecto del lenguaje

Tienen dificultades en el lenguaje para comprender, expresar y articular las palabras, dentro de los casos leves hay niños que pueden llegar a tener un desarrollo de lenguaje óptimo, que por el contrario los niños con un diagnóstico grave pueden llegar a no comunicarse o solo hablar algunas palabras (Ke y Liu, 2017). Debido a que sus órganos fonoarticulatorios no están bien desarrollados (Lira, 2019).

Aspecto social

Tienen dificultades en las habilidades sociales, se observan cambios bruscos de estado de ánimo. De esta manera, la persona con retraso mental deberá estar siempre acompañada por una persona que podrá ayudarlo. Una persona con discapacidad intelectual experimenta las mismas emociones que una persona sin discapacidad, los niños con este diagnóstico son de emociones ingenuas e inmaduras, pero con una adecuada estimulación estas pueden mejorar. En la parte conductual tienen poco autocontrol y se comportan de manera impulsiva y agresiva, es por ello que algunos son tímidos y retraídos (Ke y Liu, 2017).

Aspecto académico

Las personas con discapacidad intelectual aprenden de manera lenta, de esta manera, es recomendable poner énfasis en las áreas que están menos afectadas, así se logrará un óptimo aprendizaje.

Es fundamental que los padres de familia presten atención a estas características, para así poder apoyar a sus familiares y poner más énfasis en las potencialidades de cada uno, lo cual los ayudará a tener una mejor orientación y capacitación para así lograr poco a poco su independencia (Lira, 2019).

Habilidades de autocuidado:

Según Loja (2021) las personas con discapacidad intelectual dependiendo de la severidad de su condición, tienen poco control sobre algunas normas básicas que se realiza en la vida diaria, como son la higiene, control de esfínteres, motricidad, vestimenta, etc. A continuación, se detallará las dimensiones para las habilidades de autocuidado:

Dimensión de aseo: en esta dimensión la persona con discapacidad intelectual tiene diferentes dificultades para realizar actividades que sean por sí mismo, y las acciones son: cepillarse los dientes, peinarse, lavarse las manos o incluso interpretar si la persona se encuentra aseada o no. Lo cual, para ellos, es una tarea difícil de cumplir. Descuidar esta área puede ser perjudicial para la persona puesto que un aspecto básico del ser humano es el cuidado personal.

Dimensión de alimentación: esta dimensión es de importancia para todo ser humano, puesto que, mediante los alimentos, nosotros podemos sentirnos sanos y fuertes. En el caso de las personas con discapacidad intelectual, debido a las dificultades de habilidad motriz que presentan, impide el efectivo funcionamiento para servirse su propia comida, para ver si el estado de la comida es sano o incluso tienen dificultades para el uso adecuado de cucharas, platos, vasos, etc.

Dimensión de vestimenta: esta dimensión va relacionada con las habilidades que la persona con discapacidad intelectual debería tener, como son el vestirse y desnudarse de manera autónoma. Al enseñar esta habilidad de vestimenta permitirá que la persona tenga una mejor autoestima, lograr que escoja su ropa y trabaje también otras habilidades como pueden ser conceptos espaciales, temporales y sociales.

Clasificación de la Discapacidad Intelectual

Diagnóstico de la Discapacidad Intelectual Según el DSM -V

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013) se puede diagnosticar la discapacidad intelectual teniendo en cuenta tres criterios, el primer criterio es cuando la persona tiene dificultades en la parte de sus funciones intelectuales tales como dificultades para razonar, para tomar decisiones

en la vida, para aprender a leer, escribir, sumar o restar, estas dificultades se comprueban mediante pruebas de inteligencia. El segundo criterio consiste en que la persona tenga dificultades para realizar de manera independiente las actividades de la vida diaria, por ejemplo, vestirse, cambiarse, asearse, utilizar el transporte, etc. El tercer criterio indica que el individuo presenta estas deficiencias durante su desarrollo. Dentro de la escala de gravedad de la discapacidad intelectual existe una discapacidad intelectual leve, la cual se describe mediante tres niveles conceptual, social y práctico, en la edad de la niñez.

El nivel conceptual se caracteriza porque los niños tienen dificultades para leer, escribir, sumar, restar y que necesitan de apoyo en la edad adulta donde tienen dificultades en la memoria, sobre todo en recordar aprendizajes de corto plazo. A nivel social el individuo tiene dificultades para las relaciones sociales, no es capaz de entender las señales sociales, sus conversaciones son básicas y tienen problemas para autorregularse, por lo tanto, pueden ser manipulados por las demás personas. El nivel práctico suelen ser personas que pueden tener un adecuado cuidado personal, pero que requieren de apoyo en las áreas de los hijos, tareas de la vida diaria y la organización del dinero.

La discapacidad intelectual moderada, a nivel conceptual estas personas se caracterizan por tener un desarrollo del lenguaje lento y también sus habilidades de leer, escribir y las matemáticas se generan lentamente. En la edad adulta requieren de apoyo externo para las actividades de la vida diaria, el trabajo y la parte académica. En el nivel social, tiene dificultades en el lenguaje, lo cual se les dificulta la comunicación con los demás, tienen dificultades para tomar decisiones, se requiere de apoyo en la parte de comunicación con los demás. A nivel práctico

el sujeto puede aprender a cuidarse de sí mismo, a realizar tareas domésticas, pero teniendo en cuenta que necesita de un tiempo largo para aprender.

Discapacidad intelectual grave, a nivel práctico estos individuos tienen pocas habilidades, no comprende el lenguaje escrito ni los números ni cantidades de dinero o tiempo. Requieren de apoyo para todas las áreas de su vida. En el nivel social su vocabulario es limitado, solo puede llegar hablar frases o algunas palabras sueltas. Comprenden a través de la comunicación gestual, sus relaciones más cercanas y donde se puede apoyar son su familia. A nivel práctico la persona requiere de un apoyo constante para su vida diaria, ya que este no puede vestirse ni comer sólo.

Por último, tenemos la discapacidad intelectual profundo, a nivel conceptual este tipo de personas solo adquieren algunas habilidades visoespaciales, no obstante, debido a que también presentan deficiencias en la parte motora no se puede desarrollar de manera óptima. A nivel social estas personas no logran comprender ni el lenguaje ni los gestos de los demás. Expresan sus emociones a través de gestos. Sus relaciones más cercanas y de confianza son su familia. A nivel práctico estas personas necesitarán ayuda para toda su vida y en todas las áreas, solo podrán participar de actividades que sean de acciones sencillas.

Diagnóstico De La Discapacidad Intelectual Según El Cie – 10

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades Clasificación Internacional de Enfermedades (2022), para un adecuado diagnóstico se debe tener en cuenta tres criterios el primer criterio es para evaluar la inteligencia se debe considerar todas las capacidades que tiene el sujeto, el segundo criterio consiste que debe existir un deterioro en el rendimiento intelectual, porque este determinará que

tenga dificultades para adaptarse a la vida diaria y por último se le evaluará al sujeto mediante una prueba de inteligencia para obtener un CI y clasificarlo de manera adecuada

Existen cuatro tipos de discapacidad intelectual, en primer lugar, tenemos la discapacidad intelectual leve con un CI entre 50 – 69, después tenemos una discapacidad intelectual moderado con un CI de 35 a 49, también hay una discapacidad intelectual grave con un CI de 20 a 34 y la discapacidad intelectual profunda con un CI menor a 20.

Teorías de Intervención de la Discapacidad Intelectual

Teoría conductual

Según Arancibia et al. (2007) el modelo conductual se apoya de las teorías del aprendizaje, el condicionamiento clásico de Pavlov, condicionamiento operante y el aprendizaje social.

Dentro de la teoría conductual existen cuatro procesos:

Condicionamiento clásico: es el proceso por el cual se logra que un comportamiento que viene a ser la respuesta, que antes se daba mediante un evento determinado, ocurra nuevamente tras un evento distinto. El autor del condicionamiento clásico fue el filósofo ruso Iván Pavlov, quien realizó estudios con animales, exactamente con un perro, lo cual logró que el perro salivara al escuchar la campana. Por lo tanto, el aprendizaje de una persona es por asociación entre dos estímulos.

Años más tarde, Jhon Watson es considerado como padre de la psicología conductual, el demostró que, mediante el condicionamiento planeado y adecuado, se logra transformar a un niño en cualquier tipo de persona.

Condicionamiento operante: el autor del condicionamiento operante fue Edward Thorndike y B. Frederic Skinner, menciona que el comportamiento de las personas está condicionado por el ambiente, y que son estos estímulos externos y la historia de vida, las que explicaran la conducta del ser humano.

Técnicas de intervención en la discapacidad intelectual

Según Bados & García – Grau (2011) dentro de la teoría conductual encontramos técnicas operantes que permiten la adquisición o aumento de la frecuencia de la conducta y estas son: el moldeamiento, el encadenamiento y el reforzamiento positivo.

Técnicas dirigido a niños y adolescentes:

a) Modelado:

Esta técnica consiste en definir en primer lugar que conducta se desea que el paciente realice, de acuerdo con ello, la persona observará la conducta modelo realizada por otra persona y hará lo mismo.

b) Encadenamiento:

Consiste en enseñar una conducta mediante un orden o secuencia, es decir, segmentar conductas simples para lograr una conducta difícil. Ante cada conducta que realice la persona, excepto la primera conducta, se le brindará un reforzador para así continuar realizando las demás conductas.

c) Refuerzo positivo:

Consiste en brindar una consecuencia positiva ante la realización de la conducta que estamos trabajando, esto permite que estas conductas aparezcan nuevamente en otro tiempo.

Mediante esta técnica podemos enseñar nuevas conductas y aumentar la probabilidad de que se repita en varias ocasiones.

Según López (2015) dentro de esta técnica podemos encontrar tipos de reforzadores tales como:

- Reforzador social: consiste en brindar a la persona elogios, halagos o aprobación. Estas pueden ser expresiones orales donde la persona reciba felicitaciones, como, por ejemplo: ¡buen trabajo!, ¡lo estás haciendo bien!, ¡felicidades!, pero también existen expresiones no verbales como son: sonreír, besos, abrazos, cariños.

- Reforzador material: consiste en dar a la persona alimentos, bebidas, libros, juguetes, dinero, puntos, las cuales son de agrado.

- Reforzador de actividad: mediante este reforzador se le da a la persona actividades que le gusta realizar ya sea desde salir al cine, ir al parque, visitar a los amigos; como también puede ser de manera personal, por ejemplo, leer un libro, ir a nadar, ir de compras, etc.

Asimismo, encontramos la técnica para potenciar o debilitar conductas y es:

a) Economía de fichas:

Mediante esta técnica se hace uso de fichas que se le entrega a la persona cuando ha cumplido la conducta deseada, lo cual al obtener una cantidad mayor de fichas lo intercambiara con premios.

Técnicas para eliminar las conductas en exceso:

a) Tiempo – fuera:

La técnica consiste en no brindar a la persona por un lapso, un reforzador positivo, y después de acabo el tiempo nuevamente se permite que la persona pueda

tener reforzadores positivos. Una de las formas de aplicar esta técnica es: tiempo – fuera sin exclusión, donde a la persona es colocada en un lugar determina

do dentro de la habitación o salón donde todos se encuentren, pero esta no puede participar.

Técnica para aplicar en padres:

Psicoeducación: es una herramienta terapéutica que consiste en brindar información veraz a los familiares y al paciente sobre la enfermedad, el tratamiento. De esta manera la información brindada servirá para que se conozca como afrontar las situaciones complejas de la vida diaria. Esta técnica ha sido utilizada para tratar a pacientes esquizofrénicos, depresivos, etc.; y actualmente su aplicación se ha diversificado para tratar a otros tipos de pacientes (Godoy et al., 2020).

Teoría cognitiva:

Según Duarte y Valderrama (2015) la teoría cognitiva se basa en las teorías del aprendizaje, los cuales encontramos autores como Brunner, Vygotsky y Feuerstein. Donde se comprende que el aprendizaje en las personas se basa en el desarrollo de los procesos estrategias y operaciones mentales.

Dentro de la teoría existen distintos modelos cognitivos de aprendizaje, algunos ponen énfasis en la persona y otros ponen énfasis en el papel mediador del contexto.

Según Piaget, sostuvo que el desarrollo de la persona se basa en como logra adquirir sus conocimientos. Esta teoría también se le conoce como Epistemología Genética, lo cual significa que es el desarrollado de las diferentes formas de como las personas conocen el mundo.

La teoría cognitiva, menciona también, que los problemas de conducta son causados por los esquemas cognitivos que se encuentran deficientes y de esta manera trabajar con ello, para lograr un cambio en su conducta. Para ello, se utilizan entrevistas clínicas, diarios y cuestionarios, así conseguiremos conocer las creencias y percepciones que están erróneas en los pacientes. Las técnicas que más se usan son: la reestructuración cognitiva, el reemplazo de pensamientos erróneos, cuestionamientos socráticos.

Investigaciones acerca de la Discapacidad Intelectual

A continuación, detallaremos las investigaciones encontradas, a nivel nacional e internacional, dentro de los últimos cinco años acerca de la discapacidad intelectual en un estudio de caso.

Investigaciones Internacionales

Loja (2021) diseñó una investigación en Ecuador, que consistió en desarrollar habilidades de autocuidado en estudiantes con discapacidad intelectual, ya que estos alumnos presentaban dificultades en las actividades de autocuidado como son la vestimenta, la alimentación y el aseo. Los instrumentos que permitieron recoger la información fueron la Guía de Evaluación Inicial dirigida a los estudiantes, entrevista a la docente que estaba a cargo de ellos y una revisión bibliográfica de trabajos elaborados anteriormente. Como conclusión se encontró que al desarrollar las habilidades de autocuidado la persona con discapacidad intelectual podrá ser más independiente y tener más autonomía. Por otro lado, se encontró que es importante contar con el apoyo, de todas las personas que se encuentran a su alrededor.

Ortega (2022) realizó una investigación en Ecuador, donde su objetivo fue desarrollar habilidades adaptativas en niños con discapacidad intelectual. Los instrumentos utilizados fueron: entrevistas a los padres y docentes y también la aplicación del análisis de comportamiento aplicado, lo cual es una técnica conductual aplicada en personas con discapacidad intelectual y autismo. Como resultado se encontró que al aplicar estas dos técnicas se logró desarrollar estrategias que permitan trabajar las habilidades adaptativas tales como comunicación, utilización de recursos comunitarios, habilidades pre académicas funcionales y vida en el hogar.

Alarcón (2019) realizó un entrenamiento conductual a una niña de 9 años que tenía como diagnóstico discapacidad intelectual moderada, las conductas que se trabajaron estuvieron enfocadas en usar el baño de manera adecuada, puesto que la niña dejaba la puerta abierta, no usaba el papel higiénico, no se lavaba las manos, etc. Las técnicas que se utilizaron para recoger información y datos fueron: diario de campo, la observación, entrevistas. Para la elaboración de la intervención se utilizó un enfoque cognitivo conductual se utilizó la técnica del modelamiento a través de objetos de referencia, finalmente se encontró que la niña mediante los objetos de referencia adquirió nuevas conductas para lograr usar el baño de manera correcta y así tener una mejor calidad de vida.

Investigaciones Nacionales

Atoche (2018) desarrolló una investigación donde mediante la técnica del modelado y apoyo visual enseñó a niños de primaria de un centro de educación especial en Piura habilidades de autonomía relacionados a la higiene personal, los instrumentos usados para recolectar los datos fueron los diarios de campo y las

encuestas realizadas a los padres de familia, el aula estuvo conformada por si es estudiantes. Como resultado se obtuvo que los alumnos lograron desarrollar habilidades de autonomía en higiene personal mediante las técnicas del modelado y el apoyo visual, de esta manera mejoraron su aprendizaje. También se concluye que los padres de familia usaron las mismas técnicas para trabajar las conductas en casa y que estas fueron efectivas.

Malqui (2018) realizó una investigación sobre estrategias de enseñanza del modelado y experiencias directas para desarrollar habilidades de autonomía en el lavado de manos en estudiantes con discapacidad intelectual y multidiscapacidad de un centro de básica especial. El objetivo fue que mediante las técnicas de modelado y experiencias directas desarrollar habilidades de autonomía en el lavado de manos. El tipo de investigación fue cualitativa los instrumentos utilizados fueron diario de campo, diario de campo del docente investigador y encuestas a padres de familia. Se concluyó que mediante las técnicas del modelado y experiencia directa los estudiantes desarrollaron habilidades de autonomía en el lavado de manos lo cual permite que tengan una mejor calidad de vida. Por otro lado, se observó también que los padres afirman que en casa sus hijos realizar el lavado de manos de manera autónoma.

Periche (2018) diseñó una investigación sobre estrategias de experiencia directa y modelado para favorecer la autonomía del aseo personal en estudiantes con discapacidad intelectual severa y visual de un centro de educación básica especial, el objetivo general fue desarrollar habilidades en la autonomía en el aseo personal de niños del centro de educación básica especial, el tipo de investigación fue cualitativa, los instrumentos utilizados fueron diarios de campo y encuesta a

padres de familias. Se concluye que al aplicar las técnicas de experiencia directa y modelado se pueden desarrollar habilidades de autonomía en el aseo personal de los estudiantes. asimismo, los padres de familia indican que sus hijos lograron tener más autonomía en el aseo personal, lo cual eso les permite desenvolverse mejor en casa. También refieren que sus hijos pudieron mantener más atención y observar por periodos largos cada actividad de aseo que se realizó.

Capítulo III: Metodología

Contextualización del Problema

Problema de estudio

Descripción del caso. El adolescente nació en Lima y fue diagnosticado desde temprana edad con discapacidad intelectual moderada. Durante la niñez del adolescente, la madre ha estado ausente y desde los diez años, el padre tiene la tutela legal sobre el menor. Actualmente tiene 14 años, y vive con su papá, hermana y abuelos paternos, siendo estos últimos figuras muy significativas en la vida del adolescente.

El padre fue quien matriculó al adolescente en el programa que el centro brindaba para adolescentes con discapacidad intelectual. El padre manifiesta que “a los 3 años recién logró sentarse, de pequeño solo logró decir mamá, actualmente solo usa gestos y mímicas para comunicarse porque no emplea el lenguaje verbal. Tiene dificultades también para solicitar ir al baño, requiere de bastante apoyo para lavarse las manos, cepillarse los dientes y peinarse. No sabe leer ni escribir”. Lo cual, el papá es quien acompaña al adolescente al centro con la expectativa de que las interacciones con los demás y las terapias lo ayuden a desarrollar una mayor autonomía personal.

Delimitación del problema

En el área de comunicación, el adolescente presenta dificultades para emitir palabras, expresar sus deseos y comunicarse con los demás. Solamente puede seguir indicaciones simples como “toma”, “dame”, “siéntate”, “espera” y comunicarse mediante mímicas y gestos de manera muy básica. No solicita ir al baño.

Asimismo, las habilidades de autocuidado del adolescente son limitadas. No solicita ir al baño y presenta dificultades para realizar conductas relacionadas a la higiene personal tales como: lavado de manos, cepillado de dientes y uso del peine. Tampoco maneja adecuadamente los utensilios para comer.

En el área emocional, el adolescente tiende a ser muy afectivo con los demás y lo demuestra mediante abrazos, sonrisas y saludos. Cuando no quiere hacer alguna actividad se tira al piso durante varios minutos. También le cuesta esperar su turno cuando desea un juguete que otros niños utilizan. Cuando esto sucede, se adelanta a sus compañeros y les quita el juguete que desea.

En el área social, le cuesta iniciar un juego y normalmente espera que la otra persona lo incluya.

En el área académica no sabe leer ni escribir y no distingue el tiempo (fechas, hora del día, día de la semana).

Debido a que el adolescente presenta dificultades en diferentes áreas, fue matriculado al programa por un periodo de 2 meses. Los horarios de lunes a miércoles de 9 a 12 pm y se llevaron a cabo en el centro de terapias localizado en Lima. El programa tenía un enfoque de intervención multidisciplinaria, por lo que además de desarrollar la autonomía personal en el paciente en el área psicológica, se incluía terapia de lenguaje y terapia ocupacional cada uno con sus respectivos objetivos y áreas de intervención. En cuanto al área psicológica, se encontraba bajo la supervisión de un psicólogo asignado por el centro, el cual me supervisó.

Estrategias de la evaluación y medición de la problemática

Las técnicas e instrumentos utilizados fueron.

Observación conductual. Es una técnica que permite según lo manifiesta Piacente (2009) obtener información sobre el sujeto a estudiar, mediante esta técnica podemos obtener: las características de los sujetos estudiados, nos permite observar sus gestos verbales y no verbales en diferentes situaciones que, de su vida diaria, sus interacciones con otras personas.

Entrevista no estructurada. La validez y fiabilidad de la entrevista se basa en principios y procedimientos relacionado a la elaboración y aplicación de cuestionarios. La entrevista no estructurada no sigue una secuencia y se puede reformular las preguntas. De esta manera, la entrevista se realizó al padre para recolectar información sobre algún evento relevante de su desarrollo, conocer el comportamiento de su hijo en casa y conocer más sobre la historia familiar del adolescente.

Anamnesis. la anamnesis es una herramienta que nos permite explorar clínicamente al individuo, de esta manera puedes conocer datos familiares, personales y ambientales. Se aplicó este instrumento para conocer la historia familiar del adolescente (Creagh et al., 2020).

Lista de chequeo conductual. Esta lista de chequeo conductual fue brindada y diseñada por el centro de terapias. Se aplicó al comenzar la intervención para evaluar las conductas donde el adolescente presenta dificultades y también se utilizó de manera mensual. La lista estuvo diseñada con alternativas y consta de 90 ítems. Las respuestas que se daban eran: si, no. Donde Si significaba que el sujeto realizaba correctamente la conducta; No indicaba que el sujeto no realiza la

actividad. Comprende las siguientes áreas: área de comunicación y lenguaje, lectura y escritura, área adaptativa y aseo, reconocimiento de sus familiares, hábitos de mesa, cuerpo humano y conservación de la salud, mundo físico y conservación del ambiente y área social de convivencia e interacción.

Cuestionario de preguntas. El presente cuestionario es una herramienta que permitió conocer mediante preguntas, si el papá tenía conocimiento sobre las técnicas conductuales. Esta herramienta fue diseñada por el centro de terapias, puesto que trabajan con ellas desde años atrás. El cuestionario estuvo diseñado con 4 preguntas relacionadas a la aplicación de las técnicas conductuales. Las respuestas tenían un valor de 1 si la respuesta era correcta y 0 si era incorrecta. Se aplicó al inicio y al finalizar la intervención.

Registro de Frecuencia de Conductas y Desarrollo de Nuevas Habilidades Sociales. Se elaboró el presente registro en base a los objetivos que se quieren lograr con el niño.

Aplicación de la escala de Inteligencia de Stanford – Binet. la Escala de Inteligencia de Stanford Binet es una prueba que se aplica de manera individual a partir de los 2 años en adelante. La aplicación de la prueba puede durar entre 30 minutos hasta hora y media, esto depende de las edades de cada niño. Esta prueba busca medir el desarrollo de la inteligencia de acuerdo con su edad mental. La prueba mide 6 áreas: comprensión general, habilidad visomotora, razonamiento aritmético, materia y concentración, vocabulario y fluencia verbal y juicio y razonamiento. La prueba consta de 20 niveles de edad, comienza desde los 2 años y termina en la edad adulta superior. Dentro de cada edad encontramos 6 pruebas y una prueba adicional, a excepción de la edad adulto medio consta de 8 pruebas, las

pruebas adicionales se usan siempre y cuando se anule otra prueba, pero no se reemplazará por otra en la cual el sujeto no haya podido desarrollar. Existen pruebas que se repiten en varios niveles de edad. A continuación, se describe la validez y confiabilidad de la Escala de Inteligencia de Stanford Binet.

Validez. Posee una validez estructural donde se evidencia la presencia de un factor general. También se observa que tiene una validez predictiva o de criterio, los coeficientes de correlación encontrados fueron entre 40 y 70 (Ayala, 2014).

Confiabilidad. El error estándar de medida es de 5 de CI. Existe una correlación biserial con un promedio de 0.66, lo que nos indica que tiene una buena consistencia interna (Ayala, 2014).

Procedimiento de la evaluación

1. En la fase inicial de la intervención, se llevó a cabo la entrevista al papá del adolescente para conocer más sobre su historia familiar, de manera presencial, también se realizó un acuerdo de confidencialidad. No se pudo realizar la entrevista con la mamá, ya que ella es una mamá ausente.

2. Se le hizo firmar el consentimiento informado al papá del adolescente para realizar la evaluación y la intervención.

3. Dentro de la entrevista con el papá se desarrolló una lista de cotejo donde se marcó las conductas que el adolescente tenía dificultades y las que no lograba de manera eficaz y así conocer que áreas vamos a trabajar con él. También se aplicó un cuestionario de preguntas para conocer el nivel de conocimiento que tenía el padre sobre las técnicas conductuales.

4. Luego, se aplicó la escala de inteligencia del Stanford Binet para conocer el nivel de inteligencia del adolescente y su edad mental.

5. Se procedió a redactar el informe psicológico con los resultados en la prueba psicológica.

6. Finalmente, se le entregó al papá el cronograma de temas que se tocará en el primer mes y la lista de materiales que usará.

Diagnóstico del problema:

El adolescente obtuvo los siguientes resultados en la evaluación:

Observación de la conducta. El adolescente es de tez trigueña, cabello oscuro, usa lentes, de contextura gruesa. Presenta adecuado arreglo y aseo personal. El primer día de sesión se mostró como un adolescente reservado, sin embargo, durante el desarrollo de la sesión mostraba una actitud participativa, colaboradora y cordial con la evaluadora, daba abrazos de manera espontánea a la evaluadora cuando se le daba refuerzos sociales. El adolescente estaba orientado en persona, espacio y su atención no era sostenida, después de 5 minutos perdía el contacto visual con la evaluadora y observaba los estímulos que se encontraban a su alrededor. El adolescente logra seguir instrucciones sencillas, sin embargo, se interrumpe por estímulos externos que se encontraban en el aula, a pesar de ello respondió positivamente a la redirección conductual. Se observó que el adolescente tenía dificultades en el área de lenguaje, por ello su comunicación fue exclusivo mediante señas. También presenta dificultades para realizar praxias lingüales, no es capaz de verbalizar oraciones simples y compuestas, su comunicación solo se limita a frases cortas: hola, ya, sí y no. No inicia, mantiene, finaliza tópicos de conversación. No opera funciones de lenguaje para satisfacer necesidades.

Anamnesis. A continuación, se menciona la historia familiar

Área Prenatal. Los padres no vivían juntos, pero al enterarse que la mamá del adolescente estaba embarazada decidieron convivir.

Embarazo. El embarazo no fue planificado, el papá refiere que: “poco a poco al saber que estaba embarazada, ella se mostró tranquila con ilusión y con miedo.” El papá del adolescente relata en los chequeos ginecológicos el doctor le decía que su hijo tenía Polihidramnios, que es el exceso de líquido amniótico. El doctor también le indicó que su hijo iba a nacer sin sus extremidades. Esta noticia causó estrés en la mamá.

Área peri-natal. Debido al diagnóstico que dio el ginecólogo y por ser un embarazo con riesgo, se decidió que el parto fuese por cesárea.

Área postnatal. En cuanto a su desarrollo neuromotor el adolescente presentaba problemas al sentarse, a los 3 años logró sentarse mejor, caminó a los 3 años, nació con hipotonía e hipertonía en sus extremidades, por lo tanto, no tenía muchos movimientos en sus extremidades. El papá cuenta que: “su hijo comenzó a soltarse cuando nació su hermana, ella le ayudó mucho, el adolescente buscaba la manera de ver a su hermana y se impulsaba hasta que una noche logró caminar solo.”

En cuanto al área de lenguaje llevó terapias de lenguaje y terapias físicas, el papá de indica que: “antes que me llegue a separar de la mamá de su hijo, él logró decir mamá, pero después la mamá no volvió a llevarlo a terapias, esto hizo que el no avance más.” El terapeuta de lenguaje le indicó que la parte orofacial estaba muy rígida y que sería difícil que él hable. Logró decir palabras como: si, ahí ta, hola.

El adolescente empezó a controlar sus esfínteres a los 12 años, aun con dificultades en la comunicación para requerir ir a los servicios.

El adolescente cuando vivía con su mamá no tenía una buena alimentación, después de años fue a vivir con su papá, el cual refiere que: “llegó bajo de peso”. Tiene los maxilares muy duros, esto impide que mastique adecuadamente los alimentos.

El adolescente de pequeño sufrió de laringomalacia, donde tenía episodios de paros respiratorios. Esta enfermedad la tuvo hasta la edad de 5 años.

Escala de Inteligencia de Binet donde encontré lo siguiente:

Análisis cuantitativo:

Tabla 1

Resultados de la Escala de Inteligencia de Stanford Binet

Áreas	Puntaje
Comprensión general	5
Habilidad visomotora	9
Razonamiento aritmético	0
Materia y concentración	2
Vocabulario y fluencia verbal	2
Juicio y razonamiento	8

Análisis cualitativo:

En la Escala de Inteligencia de Stanford Binet obtuvo lo siguiente:

Se aplicó la Escala de Inteligencia de Stanford Binet, como resultado se evidencia que el adolescente se encuentra en una edad mental de 2 años y 2 meses,

con un CI de 37 ubicándolo en una categoría mental de discapacidad intelectual moderado. El puntaje más alto lo obtuvo en el área de habilidad visomotora, lo cual indica que tiene buena coordinación ojo-mano para trabajar actividades motrices.

Otro puntaje alto lo obtuvo en el área de juicio y razonamiento, donde se observa que posee habilidades para comprender diversas situaciones. Los puntajes bajos los obtuvo en las áreas de vocabulario y fluidez verbal y razonamiento matemático. Esto se debe a la ausencia del lenguaje del adolescente.

Lista de chequeo conductual:

Análisis cuantitativo

Tabla 2

Resultados de la lista de chequeo conductual

Áreas	Puntaje
Área de comunicación y lenguaje	12
Lectura y escritura	1
Habilidades de autocuidado	2
Habilidades de alimentación	3
Reconocimiento de sus familiares	6
Cuerpo humano y conservación de la salud	7
Mundo físico y conservación del ambiente	3
Área social de convivencia e interacción	2

Análisis cualitativo

Mediante la lista de chequeo conductual el adolescente obtuvo los siguientes resultados:

En el área de comunicación y lenguaje el adolescente comunica sus deseos, sentimientos y emociones en forma gestual. Escucha y comprende ordenes sencillas. Reacciona cuando se le llama por su nombre y nombra y señala elementos de láminas, carteles, etc. Por otro lado, presenta dificultades en expresar el lenguaje verbal. No reproduce sonidos onomatopéyicos.

En el área de lectura y escritura el adolescente responde a preguntas simples: ¿Quién? ¿Dónde?, presenta dificultades para reconocer su nombre, reconocer vocales y delinearlas.

En las habilidades de autocuidado el adolescente controla sus esfínteres y practica hábitos de vestido. Asimismo, se evidencia dificultades para el lavado de manos, cepillado de dientes y no comunica su necesidad de ir al baño.

En las habilidades de alimentación el adolescente se sienta para comer y mastica los alimentos antes de digerirlos, pero tiene dificultades para hacer uso correcto de la servilleta, tenedor, cuchillo, cuchara, colocar la mesa y sus utensilios. Tiene dificultades para comer solo los alimentos que se coge con las manos. En el área de reconocimiento de sus familiares el adolescente reconoce correctamente a los miembros de su familia. En el área de cuerpo humano y conservación de la presenta dificultades en identificar los ojos, los oídos y la nariz. En el área de mundo físico y conservación del ambiente el adolescente manipula diferentes objetos y materiales percibiendo sus características, colabora en las actividades de limpieza del aula y disfruta jugar en el medio natural, presenta dificultades en reconocer las temperaturas de frio y caliente y el peso liviano y duro. En el área social de convivencia e interacción el adolescente realiza actividades lúdicas en ambiente

naturales y respeta las normas de convivencia del salón, tiene dificultades para respetar turnos en actividades de juego dirigido.

Cuestionario de preguntas:

Análisis cuantitativo:

Tabla 3

Resultado del cuestionario de preguntas:

Preguntas	Puntaje
Preguntas al papá sobre las técnicas operantes	0
TOTAL	0

Análisis cualitativo:

Mediante el cuestionario de preguntas se encontró que el papá no cuenta con conocimientos sobre las técnicas operantes y tampoco sabe cómo aplicarlas.

Presunción diagnóstica:

Ante lo señalado, se llega a la siguiente conclusión diagnóstica:

El adolescente presente limitaciones en sus capacidades intelectual, puesto que, se encuentra con un CI de 37 ubicándolo en una categoría mental de R. M. moderado.

En cuanto a sus habilidades de autocuidado se evidencia que presenta dificultades en las habilidades de higiene personal en las conductas de lavado de manos, cepillado de dientes y peinarse correctamente. Dificultades también en el área de comunicación, el adolescente no emplea el lenguaje verbal, se comunica mediante señas y gestos. Por lo tanto, No solicita ir al baño.

De esta manera, los indicadores presentados sugieren la presunción diagnóstica de discapacidad intelectual moderado (CIE -10) F 70.0.

Intervención

Problema delimitado:

En el presente trabajo de acuerdo con el diagnóstico encontrado que es discapacidad intelectual moderada, se encontró que el adolescente presenta dificultades en las habilidades de autocuidado, estas deficiencias se evidencian en que no presenta habilidades de higiene personal en las conductas de lavado de manos, cepillado de dientes y peinarse; tampoco se evidencia habilidades de comunicación en las conductas de solicitar ir al baño y por último presenta dificultades en el manejo adecuado de utensilios. Así mismo, el papá presenta escaso conocimiento sobre las técnicas conductuales que serán aplicadas en casa.

Objetivo general

Fortalecer habilidades de autocuidado en el adolescente con discapacidad intelectual para incrementar el nivel de autonomía.

Objetivos específicos

- Psicoeducar al padre en las diferentes técnicas operantes para reforzar en el hogar las habilidades aprendidas en el centro de terapias.
- Desarrollar las habilidades de autocuidado de higiene personal tales como lavarse las manos, cepillarse los dientes y peinarse correctamente.
- Adquirir habilidades de comunicación de sus necesidades básicas.
- Desarrollar la autonomía en la alimentación.

Técnicas para la intervención:

- Psicoeducación.
- Economía de fichas.
- Encadenamiento.
- Reforzamiento positivo (social y material).
- Modelado.
- Estrategia para que el niño comprenda (pictogramas).
- Tiempo – fuera.

Técnicas operantes para incrementar y mantener las conductas:

Reforzamiento positivo. Consiste en brindar un estímulo agradable a la persona como consecuencia de realizar la conducta que se quiere reforzar. Mediante esta técnica da lugar a que una conducta se mantenga en el tiempo así también como disminuir según sea lo conveniente (De la Cruz y Condori, 2020).

Dentro de la técnica de reforzamiento positivo encontramos tipos y son:

Reforzamiento social: según Bados y García (2011) esta técnica consiste en brindar a la persona elogios y aprobación de manera verbal, las expresiones de aprobación como el sonreír, mandar un beso, aplaudir. El reforzamiento social es fácil a la hora de aplicar. Por lo tanto, en el planteamiento de las estrategias de condicionamiento ante la realización adecuada de la actividad se brindaba un estímulo reforzador al sujeto para establecer y mantener la conducta deseada. Estos reforzadores sociales consistieron en brindar elogios la adolescente, abrazos y aplausos. En este sentido cada vez que el adolescente ejecutaba el pedir correctamente ir al baño lo felicitaba y lo llevaba al baño.

Reforzamiento material: son aquellos objetos materiales que se encuentran fácilmente tales como comida, juguetes, libros, dinero, puntos o fichas que se canjean por un premio. Permitted que la conducta objetivo se realizara correctamente, los reforzadores que se usaban fueron las galletas que más le gustaban y las frutas de su preferencia.

Reforzadores de actividad: mediante este reforzador la persona puede realizar actividades que sea de su agrado, ya sea una salida con amigos, ir al cine, escuchar música. Al finalizar la sesión se brindaba los juegos lúdicos que eran preferidos por el adolescente cada vez que realizaba adecuadamente las conductas objetivas (Bados y García, 2011).

Estrategias para lograr que el niño comprenda. Según el comité español de representantes de personas con discapacidad (2019) menciona que los pictogramas es una estrategia de comunicación que se utiliza en personas con dificultades cognitivas. Tiene como fin comunicar de manera fácil una información que queremos transmitir. Por lo tanto, debido a la ausencia de lenguaje del adolescente, se decidió diseñar pictogramas, para lograr describir las conductas a trabajar en la intervención.

Economía de fichas. Es una técnica conductual que permite instaurar una nueva conducta positiva. De esta manera mediante la técnica también nos permitirá motivar a la persona, consiste en brindar a la persona un premio o castigo como consecuencia de haber hecho una buena conducta y se quita cuando no se realiza la conducta (Urrea, 2020). De esta manera, con el fin de modificar la conducta del adolescente, tales como: se empleó la técnica lo cual consiste en entregarle una

carita feliz por cada actividad que realizaba, de modo que al obtener el puntaje acordado podían ser cambiadas por premios.

Modelado. A través de la observación la psicóloga enseñó al adolescente a peinarse correctamente, el adolescente realizaba la secuencia de pasos a seguir en búsqueda de repetición, para ello se usaban herramientas como: pictogramas, videos, exposición en vivo. Puesto que, mediante esta técnica se logrará que el adolescente aprenda nuevas conductas observando a un modelo (Bados y García, 2011).

Encadenamiento. Esta técnica se usó para establecer un orden o secuencia de las conductas a trabajar, tales como: lavado de manos, cepillado de dientes, enseñarle al adolescente a usar los servicios higiénicos y enseñarle la organización de la mesa. De esta manera se logró la conducta objetivo se obtenga, debido a que sigue un orden y una secuencia (Urrea, 2020).

Tiempo-fuera. Permitió extinguir conductas no deseadas, cuando el adolescente no quería realizar las actividades de la sesión, se le sentaba en una silla del salón por 3 minutos. De esta manera, se eliminaron los reforzadores positivos durante un tiempo adecuado y así evitamos que la conducta inadecuada se repita (Bados y García, 2011).

Psicoeducación. Se aplicó esta técnica para explicar al papá del adolescente las características de la discapacidad intelectual moderada, comprendan el adecuado manejo de las técnicas conductuales en casa, también se mencionó los objetivos, las pautas a desarrollar en casa y recomendaciones. Según Tena (2020) nos indica que mediante la psicoeducación al paciente podrá conocer mejor sus

propias limitaciones personales, de esta manera la familia también podrá afrontarlo con más recursos y así el paciente tenga una mejor calidad de vida.

Ejecución: descripción del plan de intervención.

La intervención se llevó a cabo mediante un enfoque conductual, donde se trabajó con el adolescente y también con el padre. La intervención tuvo una duración de 2 meses, se llevaron a cabo 15 sesiones, con una duración de 2 horas aproximadamente. La presente intervención se dio de manera presencial en el centro de terapias.

Sesión modelo. Las sesiones se estructuraron durante 2 horas, el adolescente asistía de lunes a miércoles de 9 a 12 pm al centro de terapias.

Cada una de las sesiones estuvo conformada por tres etapas: inicio, desarrollo y cierre. En la etapa de inicio se trabajaron dinámicas lúdicas, canciones para lograr motivar al paciente a continuar con las actividades de la sesión. En la etapa de desarrollo se trabajaron actividades que incluían la aplicación de técnicas conductuales, que permitieron el desarrollo, aumento y mantenimiento de la conducta. En la etapa de cierre se realizaron actividades de reforzamiento social, actividades lúdicas, preguntas sobre los temas tratados, se aplicó la psicoeducación al papá sobre las actividades realizados en la sesión y se resolvían dudas.

Figura 3

Cronograma de actividades

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
Sesión 1	Psicoeducación al papá sobre las técnicas conductuales	Psicoeducar al padre en las diferentes técnicas operantes para reforzar en el hogar las habilidades aprendidas en el centro terapias.	<p>Actividades de inicio:</p> <p>1. Se presentó los objetivos de la sesión y los temas a trabajar.</p> <p>Actividades de desarrollo:</p> <p>1. Dar a conocer al papá sobre el diagnóstico de discapacidad intelectual moderada.</p> <p>2. Mediante el dialogo expositivo, explicar al papá cuáles son las técnicas operantes.</p> <p>3. Enseñar como usar en casa las técnicas operantes.</p> <p>Actividades de cierre:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ppt 	1 hora

			1. Resolver dudas que tenga el papá y despedirse.		
Sesión 2, 3 y 4:	Habilidad de lavado de mano	Desarrollar la habilidad de higiene personal en la conducta de lavado de mano.	<p>Actividades de inicio:</p> <p>1. Se motivó al adolescente para que continúe con los ejercicios programados para la sesión, a través del condicionamiento vicario y la técnica del modelado se realizaba cantos acompañados de mímicas para que el niño copie las conductas realizadas por la psicóloga.</p> <p>Actividades de desarrollo:</p> <p>1. A través de la técnica del encadenamiento se llevó al baño para mostrarle al adolescente los pasos a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Galleta de vainilla • Pictogramas de lavarse las manos • Imágenes de: caño, jabón, toalla, pantalón, calzoncillo. • Frutas • Laptop 	2 horas

			<p>seguir para lograr realizar la conducta de lavarse las manos, para ello se utilizó los pictogramas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primero abrir el caño, llevar sus manos hacia el chorro de agua y decirle: “lávate las manos”, ayudarlo a tomar el jabón usando las dos manos. Luego, froto mis manos, me enjuago, cierro el caño, agarro mi toalla y me seco las manos. Finalmente cierro el grifo. Brindarle al adolescente reforzadores sociales y decirle: “¡Muy bien, te has lavado las manos! <p>2. Posteriormente, se le mostró imágenes de: caño, jabón, toalla, cada</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartulina con la tabla de actividades. • Caritas felices • Cartulina con la economía de fichas 	
--	--	--	--	--	--

			<p>uno con su respectivo nombre para que él las señale y finalmente se le dio un reforzador material (galleta) cada vez que reconoce el nombre con la imagen.</p> <p>3. Mediante la técnica del modelado se vio videos sobre el lavado de manos.</p> <p>Actividades de cierre:</p> <p>1. Reforzador social: se daba felicitaciones cada vez que el adolescente guardaba sus objetos de aseo en la mochilita feliz.</p> <p>2. Se aplicó la técnica de economía de fichas: durante el mes se tenía la tabla de cumplimiento de actividades y conductas a realizarse, cada día al final</p>	
--	--	--	---	--

			<p>de la sesión si lograba el objetivo se le entregaba una ficha de carita feliz según como lo haya desarrollado, si el adolescente lograba obtener un puntaje mayor a 28 fichas en el mes recibe como premio 1: un juguete y si lograba obtener un puntaje mayor de 20 a 28 premio 2: una pelota.</p> <p>3. Psicoeducación: Se conversó con el papá sobre las actividades realizadas en la sesión y se resolvían dudas.</p>		
Sesión: 5, 6 y 7	Habilidad en el cepillado de dientes	Desarrollar la habilidad de higiene personal en la conducta	<p>Actividades de inicio:</p> <p>1. Se motivó al adolescente para que continúe con los ejercicios programados para la sesión, mediante la técnica del</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pictogramas sobre las actividades de la sesión. 	2 horas

		<p>para el cepillado de dientes.</p>	<p>modelado se mostraba videos sobre el lavado de los dientes.</p> <p>2. Luego, mediante pictogramas se mostraban las actividades que se realizaban durante el día. Empleando instrumentos de condicionamiento operante como la técnica de reforzador social (abrazos, aplausos, felicitaciones) una vez realizada la conducta de manera apropiada.</p> <p>Actividades de desarrollo:</p> <p>1. La primera actividad se llamó la bolsita de aseo personal: se le muestra los útiles para el cepillado de dientes: cepillo y pasta. Cada uno tiene su</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop. • Pictogramas de los pasos para cepillarse los dientes. • Bolsita de aseo: cepillo y pasta. • Mandarina • Caritas felices • Cartulina con la economía de fichas 	
--	--	--------------------------------------	---	--	--

			<p>respectivo nombre, luego se repite cada objeto para que él las nombre y finalmente se le da un reforzador material (mandarina) cada vez que reconoce el nombre con la imagen.</p> <p>2. A través de la técnica del encadenamiento se colocó el cepillo en la mano del adolescente y guiarlo físicamente mediante los pasos a seguir para lograr cepillarse los dientes, para ello se utilizó los pictogramas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Primero le menciono que me muestre sus dientes y la psicóloga le hará el ejemplo, brindarle un		
--	--	--	---	--	--

			<p>reforzamiento social: ¡Muy bien estoy viendo tus dientes!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luego abro la tapa de la pasta dental y echo pasta a mi cepillo. • Cepillamos los dientes de arriba, abajo y a los costados. • Agarro un poco de agua, enjuago y decir: ¡escupe el agua! <p>3. Reforzador social: se le brindo elogios al adolescente.</p> <p>Actividades de cierre:</p> <p>1. Se aplicó la técnica de economía de fichas: durante el mes se tenía la tabla de cumplimiento de actividades y conductas a realizarse y cada día al final</p>	
--	--	--	---	--

			<p>la sesión se le entregó o no una ficha según como lo haya desarrollado, si lograba obtener 9 fichas en el mes recibe como premio 1: un juguete o premio 2: una pelota. Reforzando la conducta deseada.</p> <p>2. Psicoeducación: Se conversaba con el papá sobre las actividades realizados en la sesión y se resolvían dudas.</p>		
Sesión 8, 9 y 10:	Aprendizaje de la habilidad de peinarse	Desarrollar la habilidad de higiene personal en la conducta para peinarse	<p>Actividades de inicio:</p> <p>1. Para motivar al adolescente, se comenzó la sesión entregándole rompecabezas y juegos que se encontraban en el salón.</p> <p>Actividades de desarrollo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rompecabezas y juegos del salón • Pictogramas de peinarse • Peine, gel y espejo. 	2 horas

			<p>1. A través de la técnica del modelado se mostró al adolescente los pasos a seguir para lograr peinarse, para ello se utilizó pictogramas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primero la psicóloga realizó la conducta de peinarse, colocarse detrás del adolescente para que ambos se puedan mirar en el espejo, para ello se sentó frente a un espejo, agarrar el peine, luego se peinó de arriba hacia abajo y por último se aplicó el gel. Después, se le pidió al adolescente que repitiera la misma conducta. Se le brindo reforzamientos materiales y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uvas • Imágenes: peine, espejo y gel. • Cartulina con la economía de fichas • 	
--	--	--	--	--	--

			<p>2. Reforzamiento social: cada vez que el adolescente realizaba las conductas esperadas se le daba halagos: ¡que guapo te ves!, ¡te peinaste muy bien!, sonrisas y aplausos.</p> <p>3. Mediante la técnica del tiempo-fuera se extinguían las conductas no deseadas, cuando el adolescente no quería realizar las actividades de la sesión, se le sentaba en una silla del salón por 3 minutos.</p> <p>4. Posteriormente, se le mostró imágenes de: peine, espejo y gel, cada uno con su respectivo nombre para que él las nombre y finalmente se le da un</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>reforzador material (uvas) cada vez que reconoce el nombre con la imagen.</p> <p>Actividades de cierre:</p> <p>1. Se aplicó la técnica de economía de fichas: durante el mes se tenía la tabla de cumplimiento de actividades y conductas a realizarse, cada día al final de la sesión si lograba el objetivo se le entregaba una ficha de carita feliz según como lo haya desarrollado, si lograba obtener un puntaje mayor a 28 fichas en el mes recibe como premio 1: un juguete y si lograba obtener un puntaje mayor de 20 a 28 premio 2: una pelota. Reforzando la conducta deseada.</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>2. Finalmente, en la última sesión, se colocó las fichas que obtiene durante el día y con ello, se sumó el total de los puntajes del mes de julio, para así lograr conocer el premio.</p> <p>3. Psicoeducación: Se conversaba con el papá sobre las actividades realizados en la sesión y se resolvían dudas.</p>		
Sesión 11, 12, 13 y 14	Comunicar de manera adecuada para solicitar ir a los servicios higiénicos.	Desarrollar la habilidad de higiene personal en la conducta de solicitar ir a los servicios higiénicos.	<p>Actividades de inicio:</p> <p>1. Se motivó al adolescente para que continúe con los ejercicios programados para la sesión, a través de la técnica del modelado se realizaba cantos acompañados de mímicas para</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pictogramas para ir al baño. • Laptop 	2 horas

			<p>que el niño copie las conductas realizadas por la psicóloga.</p> <p>Actividades de desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se diseño junto con el papá el pictograma de solicitar ir al baño y se le enseño como debe usar este pictograma en casa.2. Se le mostró al adolescente el pictograma de solicitar ir al baño, se le explico mediante la técnica del modelado donde se ubicaba el pictograma y como tenía que señalar (estaba pegado en la pared del salón)3. Mediante la técnica del modelado también se le enseño al adolescente		
--	--	--	---	--	--

			<p>donde se encuentra los servicios higiénicos.</p> <p>1. Reforzador social: cada vez que el adolescente. estaba próximo a la conducta deseada se le felicitaba: aplausos, ¡Muy bien!, ¡lo estás haciendo muy bien! y abrazos.</p> <p>Actividades de cierre:</p> <p>1. Psicoeducación: Se le mencionó al papá, que también coloque el pictograma de solicitar ir al baño, de esa manera su hijo lo utilice cada vez que tiene la necesidad.</p>		
--	--	--	--	--	--

<p>Sesión 15 y 16</p>	<p>Aprendizaje de la habilidad para manejar adecuadamente los utensilios para comer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar conductas en el manejo adecuado de utensilios para mejorar la autonomía en la alimentación. • Manejar adecuadamente el tenedor y el cuchillo. 	<p>Actividades de inicio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se motivaba al adolescente para que continúe con los ejercicios programados para la sesión, a través de juegos lúdicos que se encontraban en el salón. 2. Mediante pictogramas se mostraban las actividades que se realizaban durante el día. Empleando instrumentos de condicionamiento operante como la técnica de reforzador material (galleta que más le gusta) una vez realizada la conducta de manera apropiada. <p>Actividades de Desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A continuación, se preparó una ensalada llamada Tutti frutti: el 	<ul style="list-style-type: none"> • Juegos lúdicos. • Frutas variadas • Cuchara, tenedor, cuchillo y servilleta • 2 recipientes • Hoja de actividad 	
-----------------------	--	--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Usar correctamente la servilleta 	<p>adolescente traerá diferentes frutas para preparar la ensalada, a través de la técnica del modelado se busca que el adolescente use correctamente el tenedor, cuchillo y servilleta, mediante pictogramas se muestra el uso de cada uno de los utensilios para comer.</p> <p>Comer con tenedor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocarse detrás del adolescente y entregarle un tenedor en su mano y colocar la otra mano en el plato con el fin de que se quede en un solo lugar y no se mueva. 		
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Agarrar la mano del adolescente y guiarlo a que pinche un trozo de alimentos con el tenedor.• Se retira la mano mientras el adolescente está comiendo.• Poner el tenedor en el plato, y ayudarle a que pinche otro alimento, brindarle reforzamiento social: ¡Muy bien estas usando el tenedor para comer! <p>Cortar con cuchillo</p> <ul style="list-style-type: none">• Colocarse detrás del adolescente y poner el cuchillo y el tenedor en sus manos		
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • La psicóloga colocara sus manos sobre las de el y así cortar los alimentos. • Luego decirle que corte sus alimentos. • Utilizar la servilleta para secarse la boca, hacer que el adolescente haga la misma acción. • Brindarle reforzamiento social: ¡Lo estás haciendo muy bien! <p>2. Reforzamiento social: brindar felicitaciones, halagos y mencionarle que lo está haciendo bien.</p> <p>Actividades de cierre:</p>	
--	--	--	--	--

			<p>1. Reforzador social: se daba felicitaciones cada vez que el adolescente guardaba sus útiles para comer en su mochilita feliz.</p> <p>2. Para evaluar los conocimientos del adolescente se realizó una hoja de actividad, donde tenía que seleccionar los utensilios que usamos para comer.</p> <p>3. Psicoeducación: Se conversaba con el papá sobre las actividades realizados en la sesión y se resolvían dudas.</p>		
--	--	--	--	--	--

Indicador(es) de logro

Para determinar el éxito en fortalecer habilidades de autocuidado en el adolescente con discapacidad intelectual, se decidió que la mejor opción para realizar la medición del éxito del proceso era mediante los siguientes indicadores:

- Lograr que el papa aplique las técnicas operantes aprendidas en la psicoeducación: Mediante esta técnica se pretende que el papá conozca cuales son las diferentes técnicas operantes, y de esta manera pueda aplicarlos en casa para que las habilidades de autocuidado trabajados en las sesiones de intervención se mantengan en el tiempo y se apliquen en casa.

Desarrollar las habilidades de autocuidado de higiene personal.

- Autonomía en el lavado de manos.
- Autonomía en el cepillado de los dientes.
- Autonomía en peinarse.

Adquirir habilidades de comunicación de sus necesidades básicas.

- Solicitar ir al baño.

Desarrollar la autonomía en la alimentación.

- Manejar los utensilios de manera autónoma.

Monitoreo y evaluación de la intervención

El monitoreo de la intervención. El monitoreo de la intervención tuvo como finalidad conocer la evolución de las habilidades de autocuidado trabajadas durante las sesiones.

En cuanto al indicador: conocer las técnicas operantes instruidas mediante la psicoeducación al papá, primero se le aplicó un cuestionario de preguntas como evaluación inicial y final, para así conocer el impacto de la psicoeducación brindada

al papá. Al inicio de la primera sesión se le explicó cuáles eran las diferentes técnicas operantes y como las podía aplicar en casa con su hijo. Luego al término de cada sesión, se aplicó también la psicoeducación con el papá, donde se le explicó cómo usar la técnica de economía de fichas, puesto que al comenzar con la intervención no tenía conocimiento, pero al finalizar aprendió en qué momento reforzar las conductas y en qué momento debe ignorarlas. También se le explicó la técnica del encadenamiento, modelado, tiempo – fuera y el reforzamiento positivo. Se le dio énfasis a la psicoeducación en todo momento, puesto que, el adolescente no presentaba lenguaje, su comunicación era gestual, de esta manera, trabajar con el papá se logró que el adolescente realice las conductas en casa y así el adolescente tengan también un apoyo emocional.

Asimismo, para los indicadores de autonomía en el lavado de manos, autonomía en el cepillado de dientes y autonomía en peinarse, el monitoreo se realizó mediante un registro de frecuencia de conductas, este se aplicó durante la ejecución de las sesiones, donde se realizó un conteo de la frecuencia de las conductas relacionadas con las habilidades de autocuidado de la higiene personal.

Finalmente, para los indicadores de solicitar ir al baño y manejar los utensilios de manera autónoma, el monitoreo fue mediante el registro de frecuencia de conductas. Donde se anotó la frecuencia de la conducta realizada en cada sesión. De esta manera se pudo ver el progreso y mantenimiento en el tiempo de las conductas del adolescente.

Evaluación de la intervención. Se aplicó al papá del adolescente como pretest una lista de chequeo conductual que consta de 8 áreas, de la cual se tomó en cuenta las habilidades de autocuidado y habilidades de alimentación, con el fin de evaluar las conductas donde el adolescente presenta dificultades. De la misma manera, al finalizar la intervención se aplicó la lista de chequeo conductual para conocer, el avance de las conductas trabajadas tales como lavarse las manos, cepillarse los dientes, peinarse, solicitar ir al baño y manejar los utensilios.

Capítulo IV: Resultados

Resultados

Describir los resultados hallados.

A continuación, se detallará los resultados obtenidos después de la aplicación de la intervención para fortalecer habilidades de autocuidado en un adolescente con discapacidad intelectual.

Tabla **4**

Evaluación inicial y final mediante la lista de chequeo

Áreas	Evaluación de inicio	Evaluación final	Puntaje máximo posible
Habilidades de autocuidado	2	5	6
Habilidades de alimentación	3	6	15

En la tabla 4 podemos observar el impacto que se obtuvo al aplicar las sesiones de intervención, para medir este impacto se aplicó la lista de chequeo conductual. Por lo tanto, el puntaje representa el número de conductas observadas en el adolescente al momento de realizar la evaluación. Por ejemplo, en las habilidades de autocuidado en la higiene personal, el adolescente mostró una mejora sustancial: inicialmente obtuvo un puntaje de 2 de 6 posibles y al finalizar obtuvo un puntaje de 5 de 6. Es decir, al finalizar la intervención, el adolescente evidenció 5 de las 6 conductas asociadas a las habilidades de autocuidado. Observamos también una mejora más moderada en sus habilidades de alimentación, al obtener un puntaje de 3 de 15 en la evaluación inicial y de 6 de 15 en la evaluación

final. Estos resultados indican que el adolescente muestra progreso en estas dos áreas.

Estos resultados nos demuestran que se logró fortalecer las habilidades de autocuidado en el adolescente con discapacidad intelectual.

En cuanto a los indicadores de logro planteados para medir la intervención fueron los siguientes:

Indicador: Conocer las técnicas operantes instruidas mediante la psicoeducación al padre.

Tabla 5

Evaluación inicial y final mediante el cuestionario de preguntas

Técnica	Evaluación de inicio	Evaluación final	Puntaje máximo posible
Psicoeducación	1	5	5

En la tabla 5 se observan los resultados del cuestionario de preguntas. Mediante este cuestionario de preguntas que se aplicó al inicio y al final de la intervención, se observa que se logró con éxito psicoeducar al papá en las diferentes técnicas operantes y así él pueda aplicar en casa para el mantenimiento de las conductas trabajadas en las sesiones. El puntaje representa el número de respuestas que resuelve el papá en el cuestionario. Por lo tanto, en cuanto a la psicoeducación brindada el papá se mostró una mejora sustancial: inicialmente tuvo un puntaje de 1 de 5 respuestas posibles y al finalizar tuvo un puntaje de 5. Por lo tanto, hubo un incremento en el conocimiento.

Indicador: lavar de manos, cepillar los dientes y peinarse correctamente

Tabla 6

Registro de línea base y evolución de las conductas de habilidades de higiene personal

Sesión	Lavado de manos	Cepillado dientes	de Peinarse adecuadamente
	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA
Sesión 2	0	0	0
Sesión 3	0	0	1
Sesión 4	1	0	0
Sesión 5	1	1	1
Sesión 6	3	0	0
Sesión 7	0	1	0
Sesión 8	0	1	0
Sesión 9	2	0	2
Sesión 10	3	1	1
Sesión 11	2	1	0
Sesión 12	2	1	2
Sesión 13	3	0	0
Sesión 14	3	1	1
Sesión 15	2	1	2
Sesión 16	3	1	2

En la tabla 6, se observan los resultados del registro de frecuencia de conductas. Los cual nos permitió obtener los siguientes puntajes, estos representan al número de conductas observadas en el adolescente al momento de realizar la intervención de las sesiones. En la conducta de lavarse las manos, se observa que en la sesión 2 el adolescente no logró realizar ni una sola vez la conducta, pero en la sesión 16 se observa que el adolescente logró realizar 3 veces lavarse las manos correctamente. De esta manera, la data indica que el adolescente mejoró su autonomía en el lavado de manos y por lo tanto en desarrollar habilidades de cuidado en la higiene personal.

Así mismo, en la conducta de cepillado de dientes, se evidencia que en la sesión 2 el adolescente no consiguió realizar ni una sola vez la conducta, pero en las sesiones 14, 15 y 16 presenta mayor consistencia para cepillarse los dientes, de esta manera, se observa que el adolescente logró cepillarse los dientes correctamente, sin embargo, fue una conducta que le costó realizar.

Finalmente, en la conducta de peinarse adecuadamente, el adolescente logró con éxito realizar la conducta, esto se evidencia porque en la sesión 2 no logró realizar ni una vez la conducta, pero en la sesión 16 el adolescente logró realizar dos veces la conducta. Lo cual nos muestra que desarrolló habilidades de cuidado en la higiene personal.

Indicador: solicitar ir al baño

Tabla 7

Registro de línea base y evolución de las habilidades de comunicación en la conducta de solicitar ir al baño

Sesión	Solicitar ir al baño
FRECUCENCIA	
Sesión 2	0
Sesión 3	0
Sesión 4	1
Sesión 5	0
Sesión 6	0
Sesión 7	1
Sesión 8	0
Sesión 9	0
Sesión 10	0
Sesión 11	0
Sesión 12	2
Sesión 13	3
Sesión 14	3
Sesión 15	2
Sesión 16	3

En la tabla 7 se muestran los resultados del registro de frecuencia de conductas. El puntaje representa el número de conductas realizadas por el adolescente en las sesiones de intervención. En la conducta de solicitar ir al baño el adolescente en la sesión 2 no logró solicitar ni una vez ir al baño, pero en la sesión 16 se evidencia que el adolescente incrementa 3 veces el solicitar ir al baño, esto

nos demuestra que al observar el incremento se indica que se logró adquirir habilidades de comunicaciones de sus necesidades básicas.

Indicador: manejo de los utensilios

Tabla 8

Registro de línea base y evolución de las conductas en el manejo adecuado de utensilios

Sesión	Manejo adecuado tenedor	Manejo del adecuado cuchillo	Uso correcto de la servilleta
	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA
Sesión 2	0	0	0
Sesión 3	0	0	0
Sesión 4	0	0	1
Sesión 5	0	0	0
Sesión 6	1	0	0
Sesión 7	0	1	0
Sesión 8	0	0	0
Sesión 9	0	0	0
Sesión 10	0	0	0
Sesión 11	0	0	1
Sesión 12	0	0	0
Sesión 13	0	0	0
Sesión 14	1	0	1

Sesión 15	2	1	3
Sesión 16	2	1	4

En la tabla 8 se muestran los resultados del registro de frecuencia de conductas. El puntaje representa el número de conductas realizadas por el adolescente en las sesiones de intervención. En la conducta de manejo adecuado del tenedor, el adolescente en la sesión 2 no logró usar adecuadamente el tenedor, pero en la sesión 16 se observa un progreso puesto que logró usar correctamente el tenedor dos veces. Lo que da como resultado que el adolescente desarrolló más autonomía para manejar adecuadamente el tenedor y así lograr más autonomía en la alimentación.

En la conducta de manejar correctamente el cuchillo, el adolescente en la sesión 2 no logra manejar correctamente el cuchillo, sin embargo, en la sesión 16 se observa que sólo logra realizar una sola vez el uso correcto del cuchillo, por lo tanto, se observa que el adolescente le costó manejar correctamente el cuchillo.

Finalmente, en la conducta uso correcto de la servilleta, se observa que el adolescente en la sesión 2 no logra usar correctamente la servilleta, a medida que las sesiones avanzan, se observa un incremento logrando usar cuatro veces correctamente la servilleta. Denotando como favorable la intervención y logrando que el adolescente tenga más autonomía en la alimentación.

Análisis de los resultados

En base al objetivo general, donde se buscaba fortalecer habilidades de autocuidado en el adolescente con discapacidad intelectual para incrementar el nivel de autonomía, se evidencia mediante el post test un desarrollo favorable en

las habilidades de autocuidado, lo cual le permitirán tener una mejor autonomía. Siento este resultado similar a los obtenidos por García y Maya (2009) donde se encontró que dos adolescentes con discapacidad intelectual aumentaron sus habilidades de autocuidado las cuales son: la alimentación, higiene personal, vestido y apariencia física, después de aplicar la intervención.

Referente a los objetivos específicos, de acuerdo con el primer objetivo específico que fue psicoeducar al padre en las diferentes técnicas operantes para reforzar en el hogar las habilidades aprendidas en el centro de terapias, se observa que el papá al finalizar la psicoeducación logro tener más conocimiento sobre las técnicas operantes, los cuales se midió mediante una encuesta de preguntas. Esto lo podemos contrastar con la investigación realizada por Naraza (2014) realizo una investigación donde encontró la eficacia de psicoeducar a los padres en las técnicas operantes para que así ellos, puedan aplicarlo en casa reforzando a sus hijos.

Asimismo, En el segundo objetivo que fue desarrollar habilidades de autocuidado de higiene personal, se observa que el adolescente logro desarrollar habilidades de autocuidado de higiene personal como es el lavado de manos, cepillado de dientes y peinarse correctamente. Estos resultados lo podemos contrastar con la investigación realizada por Jimenez (2018) donde se encontró que 6 estudiantes con discapacidad intelectual severa, mediante las técnicas del modelado y análisis de tarea, lograron desarrollar habilidades de autonomía en el aseo e higiene personal de los estudiantes. Mediane estas técnicas permitió que los alumnos aprendan mediante modelos de acciones: aseo personal, cepillado de dientes, lavarse la cara, usar la pasta dental para el cepillado de dientes, identificar los útiles de aseo, aprender a peinarse frente al espejo.

En el tercer objetivo que fue adquirir habilidades de comunicación de sus necesidades básicas, el adolescente obtuvo un incremento en solicitar ir al baño, lo cual logro con éxito y permitió que este objetivo se cumpla. Según Gonzales (2016) realizo una investigación donde encontró que mediante técnicas conductuales logro las personas con discapacidad intelectual adquieran habilidades de comunicación de sus necesidades básicas.

Por último, el cuarto objetivo que fue desarrollar la autonomía en la alimentación, el adolescente consiguió hacer uso correcto del tenedor, el cuchillo y la servilleta, por lo tanto, se logró que el adolescente desarrollara la autonomía en la alimentación. Por su lado Querevalu (2018) realizo una investigación donde aplico la técnica del modelado y las estrategias grupales para facilitar el uso adecuado de los utensilios durante la alimentación en estudiantes con discapacidad intelectual, como resultado obtuvo que mediante la técnica del modelado permite que la persona logre aprender por imitación y así aprender a utilizar los utensilios.

Reflexión de la experiencia

Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.

- **Dificultad para comunicarme con el adolescente con discapacidad intelectual, debido a que no presentaba lenguaje:** El adolescente no presentaba lenguaje verbal, solo se comunicaba mediante gestos, por lo tanto, se diseñaron pictogramas, de acuerdo con las actividades que se trabajaban en las sesiones de intervención, de esa manera pude tener mejor comunicación con el adolescente.
- **Poca experiencia para aplicar las técnicas operantes en personas con discapacidad intelectual:** Al comenzar la intervención, tuve poca

experiencia para aplicar las técnicas operantes, pero me llevó a capacitarme y buscar nueva información para dar una mejor intervención.

- **Pocas pruebas psicológicas para aplicar a los adolescentes con discapacidad intelectual:** El centro de terapia no contaba con pruebas específicas que evalúen el área de autonomía personal o emocional en personas con discapacidad intelectual, sin embargo, el centro de terapias contaba con un diseño de lista de cotejo que permitió evaluar las conductas de mantenimiento.

- **Suspensión de sesiones:** Las terapias estaban programadas para 12 meses, pero se suspendieron al segundo mes, debido a que el papá del adolescente presentó problemas económicos.

Impacto en la institución con los resultados hallados.

- La jefa del área de psicología tuvo acceso a los resultados de la intervención, por lo que al evidenciar que la intervención tuvo resultados positivos, se consideró que en futuras intervenciones con adolescentes con discapacidad intelectual se aplique el enfoque conductual, para desarrollar las habilidades de autocuidado y así incrementar su nivel de autonomía.

- Los pictogramas que se diseñaron debido a que el adolescente era no verbal, quedaron en la institución, como herramienta de comunicación que se podrá utilizar para futuras intervenciones con adolescente con discapacidad intelectual no verbales.

Aporte en el área psicológica y en el contexto.

- Se reafirma que, mediante las técnicas operantes, se puede lograr una intervención eficaz para mantener una conducta en personas con discapacidad intelectual y desarrollar habilidades de autocuidado.

- Otro aporte que se dejó en el área psicológica fue la importancia de la psicoeducación al papá, cuando se tiene en sesión una persona no verbal, ya que mediante el apoyo del papá la intervención y los resultados tendrán éxito. Así permitir que las conductas aprendidas en las sesiones se mantengan en el tiempo.

Demandas profesionales requeridas (competencias) capacitaciones técnicas.

Al realizar la intervención con el adolescente se logró desarrollar las siguientes habilidades:

- Mejor conocimiento sobre la aplicación de las técnicas operantes y el enfoque conductual en pacientes con discapacidad intelectual.
- Las actividades que se realizaron con el adolescente durante las sesiones permitieron desarrollar paciencia, puesto que el proceso de aprendizaje de los pacientes con discapacidad intelectual es lento. Entonces los resultados se evidenciaban a largo plazo.
- El desarrollo de las actividades permitió conocer el uso de pictogramas en pacientes con discapacidad intelectual, de esta manera se generaba la comunicación entre psicóloga y paciente.
- Mediante las entrevistas al papá del adolescente, se logró desarrollar habilidades de comunicación, puesto que se tenía que explicar de manera clara y sencilla.

Autoevaluación y autocrítica personal e institucional

Durante la experiencia para intervenir al adolescente con discapacidad intelectual, se adquirió mejores conocimientos sobre la elaboración y desarrollo de una intervención para personas con este diagnóstico. Asimismo, mediante los cursos que se llevó en la universidad permitió tener conocimientos de la aplicación

de técnicas operantes que son efectivas para personas con discapacidad intelectual. Además, se logró desarrollar la empatía, pues el trabajo permitió aprender estrategias de comunicación con el adolescente y así trabajar de manera eficaz.

El desempeño a lo largo de la intervención fue adecuado, sin embargo, se encontraron retos como es el caso de buscar formas de poder comunicarse con el adolescente, ya que no presentaba el lenguaje; de igual manera, también se sintió poca confianza para manejar el caso y entender que el aprendizaje en este tipo de personas con el diagnóstico es de manera lenta y los resultados se obtienen en el tiempo.

Para un mejor abordaje la institución debe considerar capacitar al psicólogo sobre la aplicación de las técnicas conductuales en pacientes con discapacidad intelectual y poseer más pruebas psicológicas que se apliquen a pacientes con este diagnóstico.

Finalmente, los mayores logros fueron, conectar con el adolescente con discapacidad intelectual, lograr que desarrolle habilidades de autocuidado, aprenda a lavarse las manos, cepillarse los dientes, peinarse, solicitar ir al baño, etc. También se logró conectar con la familia del adolescente, el papá y la abuela paterna quedaron satisfechos con los resultados obtenidos.

Recomendaciones

Se recomienda agregar al proceso de evaluación pruebas psicológicas especializadas que evalúen el área de habilidades de autocuidado y también la parte emocional.

Se recomienda que el centro de terapias cuente con ambientes que promuevan el aprendizaje habilidades de autocuidado en personas con discapacidad intelectual. Por ejemplo, un comedor podría ser un espacio más adecuado que un aula para enseñar el manejo de utensilios pues lo ayudaría a relacionar la actividad con un ambiente y contexto específico.

Se recomienda también que la intervención psicológica se extienda por lo menos hasta el año. Debido a que las personas con discapacidad pueden tener un ritmo de aprendizaje más lento que el promedio, el tiempo adicional de sesiones de intervención permitiría cimentar hábitos y afianzar comportamientos. Asimismo, se podrían trabajar habilidades de comunicación, aspectos conductuales, emocionales u otras áreas que no se han encontrado dentro del marco de la intervención asociada a esta investigación.

Conclusiones

Mediante la intervención el objetivo planteado fue fortalecer las habilidades de autocuidado en el adolescente con discapacidad intelectual con el fin que incremente su nivel de autonomía. Después de las 16 sesiones aplicadas al adolescente se puede decir que se cumplieron los objetivos planteados de manera satisfactoria.

El adolescente logró desarrollar habilidades de autocuidado en la higiene personal, tales como lavado de manos, cepillado de dientes y peinarse correctamente. Por otro lado, también desarrollo habilidades comunicativas para solicitar ir al baño. Finalmente logró desarrollar de manera independiente el uso de los utensilios a la hora de comer.

Se concluye también que la técnica de psicoeducación que fue aplicada al papá del adolescente fue eficaz, lo que permitió que el papá tenga mayor conocimiento sobre el uso adecuado de las técnicas operantes y así aplicarlas en casa. Lo cual género que el adolescente aprenda las conductas que se trabajaron en las sesiones.

Las habilidades de autocuidado que se intervinieron en el presente trabajose considera que es la lista de habilidades que los adolescentes con discapacidad intelectual deben aprender. Las habilidades de lavado de manos, cepillado de dientes, peinarse, solicitar ir al baño y usar correctamente los utensilios para comer, se consideraron que eran conductas prioritarias para intervenir y estas conductas fueron encontradas mediante la entrevista con el papá y la aplicación de la lista de chequeo conductual.

REFERENCIAS

Alonso Álvarez, P. (2022). *Intervención psicológica en trastornos de ansiedad en personas con discapacidad intelectual: una revisión sistemática* [Tesis de maestría, Universidad de Oviedo].

https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/61838/TFM_PatriciaAlonsoAlvarez.pdf?sequence=4

Arancibia, V; Herrera. y Strasser. (2007). *Manual de psicología educacional* (6a.ed.). Ediciones Universidad Católica de Chile.

<https://bibliotecafrancisco.files.wordpress.com/2016/06/manual-de-psicolog3ada-educacional-arancibia-v-herrera-p-strasser-k.pdf>

Ayala Acuña, R. (2014). *Caso clínico de una niña de 5 años de edad con Trastorno de ansiedad por separación y déficit de atención* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3998/Ayala_ar.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Alarcon Murcia, M. C. (2019). *Estudio de caso: entrenamiento conductual para el uso adecuado del sanitario en una niña de 9 años con discapacidad intelectual moderada*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia] .

<https://repository.unad.edu.co/jspui/bitstream/10596/28217/1/1053345015.pdf>

Atoche Nole, I. E. (2018). *Modelado y apoyo visual para desarrollar habilidades de autonomía en higiene personal en estudiantes del nivel primario con discapacidad intelectual moderada y multiscapacidad del centro de educación básica especial "Heroica Villa" . Piura, Peru*. [Tesis de especialización, Instituto Pedagógico Monterrico]

<http://repositorio.ipnm.edu.pe/bitstream/20.500.12905/1503/1/ATOCHE%20NOL%20Irina%20Elizabeth.pdf>

Bados, A., & Garcia - Grau, E. (2011). *Técnicas Operantes*.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>

Carrillo Vargas, E. (2018). *Discapacidad Intelectual, Evolución del discurso y su Incidencia en la Inclusión Social de la Persona con Discapacidad Intelectual* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Abierta y a Distancia].
<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/17459/60409392.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CIE 10. (2022). *Clasificación internacional de enfermedades* [Archivo PDF].
https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

Creagh, Cazull y Creagh (2020) Aprender a preguntar: un recurso didáctico para el aprendizaje de la anamnesis médica. *Revista información científica*, 99(2)
<file:///C:/Users/Daniel%20Lu/Downloads/Dialnet-AprenderAPreguntar-7527561.pdf>

Comité español de representantes de personas con discapacidad (2019) *Guía como usar los pictogramas*.
https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/guia_como_usar_los_pictogramas_lectura_facil.pdf

DSM – 5. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos* [Archivo PDF].
<https://iramirez.webnode.es/files/200000160-5cb3e5dad4/DSM5.pdf>

- Duarte, Z. A. (2015) *Procesos cognitivos potenciados con un sistema de comunicación aumentativo y alternativo en un caso de discapacidad intelectual* [Tesis de especialización, Universidad Pedagógica Nacional] <http://repositorio.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/415/TO-18108.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dela Cruz Alcoser y Condori Ataucusi (2020) *Técnica del reforzamiento positivo en la atención selectiva de estudiantes de 5 años de la i.e.i. n° 142- Huancavelica* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Huancavelica] <file:///C:/Users/Daniel%20Lu/Downloads/TESIS-2020-EDUCACI%C3%93N%20INICIAL-DE%20LA%20CRUZ%20ALCOSER%20Y%20CONDORI%20ATAUCUSI.pdf>
- Bados, A., & Garcia - Grau, E. (2011). *Técnicas Operantes*. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%c3%a9cnicas%20operantes%202011.pdf>
- Godoy , D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz , R. (enero de 2020). *Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares*. Chile.
- García Fernández, J. M., Perez Cobacho, J., & Berruezo Adelantado, P. P. (2010). *Definiciones, modelos explicativos y comorbilidad*. En J. P. Jose Manuel Garcia Fernandez, *Discapacidad intelectual* (pág. 22). Madrid: CEPE.
- Gonzales Roman, M. (2016) *Programa para el desarrollo de habilidades sociales en personas con discapacidad intelectual* [Tesis de pregrado, Universidad de Sevilla] <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/44849/TFG%20Marta%20Gonzalez%20Roman%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- García Fernández, J. M., Perez Cobacho, J., & Berruezo Adelantado, P. P. (2010). Definiciones, modelos explicativos y comorbilidad. En J. P. Jose Manuel Garcia Fernandez, *Discapacidad intelectual* (pág. 22). Madrid: CEPE.
- Jimenez , B. R. (2018). *Estrategias mediante análisis de tarea y modelado para favorecer la autonomía de aseo e higiene personal en estudiantes con discapacidad intelectual y parálisis cerebral del 2do grado de primaria del centro de educación básica especial n° 005. Lima, Peru.* [Tesis para especializacion, Instituto Nacional Monterrico]
- [http://repositorio.ipnm.edu.pe/bitstream/20.500.12905/1315/3/JIM%
c3%89NEZ%
20BARRETO%2c%20Reypolita.pdf](http://repositorio.ipnm.edu.pe/bitstream/20.500.12905/1315/3/JIM%c3%89NEZ%20BARRETO%2c%20Reypolita.pdf)
- Ke, X., & Liu, J. (2017). Trastornos del desarrollo. En *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*.
- Lira Fabian , A. R. (2019). Los padres de familia ante el diagnostico del niños con discapacidad intelectual. Lima, Peru.
- Loja Coraizaca, G. L. (2021). *Desarrollo de habilidades de autocuidado en estudiantes con discapacidad intelectual en séptimo de básica "B" de la Unidad Educativa Especial Agustín Cueva Tamariz* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Educación]
- [http://201.159.222.12/bitstream/123456789/1762/1/TIC5EE%
20-%20EE%20.pdf](http://201.159.222.12/bitstream/123456789/1762/1/TIC5EE%20-%20EE%20.pdf)
- Malqui Aguilar, F. M. (2018). *Estrategias de enseñanza del modelado y experiencias directas para desarrollar habilidades de autonomía en el lavado de manos en estudiantes con discapacidad intelectual y multidiscapacidad del primer grado del centro de educación básica especial "santo toribio" – región la libertad* [Tesis de especialidad, Instituto Pedagógico Monterrico]

<http://repositorio.ipnm.edu.pe/bitstream/20.500.12905/1481/1/MALQUI%20AGUILAR%2c%20Flor%20Mar%c3%ada.pdf>

Negreira, C. (2018) *Maternidad y Paternidad: una aproximación desde el ámbito de las personas con discapacidad intelectual*. [Tesis de pregrado, Universidad Da Coruña] https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/20.500.12724/13817/Bravo_Estr%c3%a9s_Parental.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Naraza Jimenez, A. M. (2021) *Estrés parental y psicoeducación en padres de niños con el trastorno del espectro autista*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima] https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/2183/20843/NegreiraParís_Carla_TFG_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Ortega Valencia, P. G. (2022) *Desarrollo de habilidades adaptativas para niños y niñas de nivel Inicial 2 con Necesidades Educativas Especiales asociadas a la discapacidad* [Tesis de maestría, Universidad Técnica del Norte]

Periche Zapata, K. G. (2018) *Estrategias de experiencia directa y modelado para favorecer la autonomía del aseo personal en estudiantes con discapacidad intelectual severa y visual del aula multigrado de primaria del centro de educación básica especial n°008 “divino niño jesús” del distrito de zorritos - ugel contralmirante villar - región tumbes*. [Tesis de especialidad, Instituto Pedagógico Monterrico] <http://repositorio.ipnm.edu.pe/bitstream/20.500.12905/1311/1/PERICHE%20ZAPATA%2c%20Katherine%20Griselda.pdf>

Pesántez Bermejo, J. D. (2020). *Capacitación a docentes del nivel inicial sobre la inclusión de niños con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad física, intelectual, auditiva y visual en dos instituciones educativas públicas de la ciudad*

de azogues [Tesis de licenciatura, Universidad del Azuay]
<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11505/1/17038.pdf>

Querevalu Nuñez, T. A. (2018) *Estrategias grupales y modelado para facilitar el uso adecuado de los utensilios durante la alimentación en estudiantes con discapacidad intelectual y visual del aula multigrado del centro de educación básica especial n° 003 “san francisco de asís” distrito tumbes - ugel tumbes* [Tesis de especialización, Instituto Pedagógico Nacional Monterrico]
<file:///C:/Users/Daniel%20Lu/Desktop/QUEREVAL%C3%9A%20NU%C3%91EZ,%20Tito%20Alfonso.pdf>

Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H.E., Schalock, R.L., Shagren, K. A., Snell, M. E., Wehmeyer, M. L., Borthwick, S., Coulter, D. L., Craig, M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A, Reeve, A. Spreat, S., Tase, M. J., Verdugo, M. A. y Yeage, M.H. (2010). Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual. *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 41(233), 7-22. <https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2018/11/Conceptualizando-los-apoyos-y-las-necesidades-de-apoyo-de-personas-con-discapacidad-intelectual.pdf>

Tena Hernandez, F. J. (2020). Psioeducacion y salud mental. *Revista científica Sanitaria*, 4(3), 36-45. https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

Urrea Cuellar, A. M. (2020) *Modulo didáctico análisis funcional de la conducta*. <https://www.iue.edu.co/documentos/Fondo-editorial/MD-AnalisisFuncionalConducta.pdf>

Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista española sobre discapacidad*

intelectual,

41(4),

7-21.

https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc_236.pdf

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/12010/2/PG%201022%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Economía de fichas

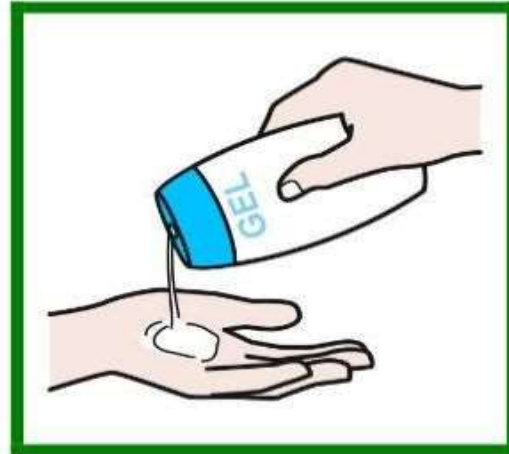
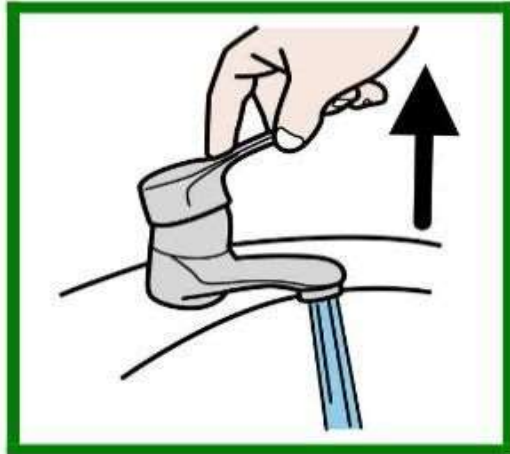
Conductas	S2	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S16	S17
1. Lavarse las manos cuando se le indica																
2. Peinarse correctamente																
3. No tirarse al piso cuando no quiere hacer una actividad																
Total																

Puntaje mayor a 28 primer premio: juguete

Puntaje mayor de 20 a 28 segundo premio: una pelota

ANEXO 2

Pictogramas de lavado de mano



ANEXO 3

Pictograma de solicitar ir al baño



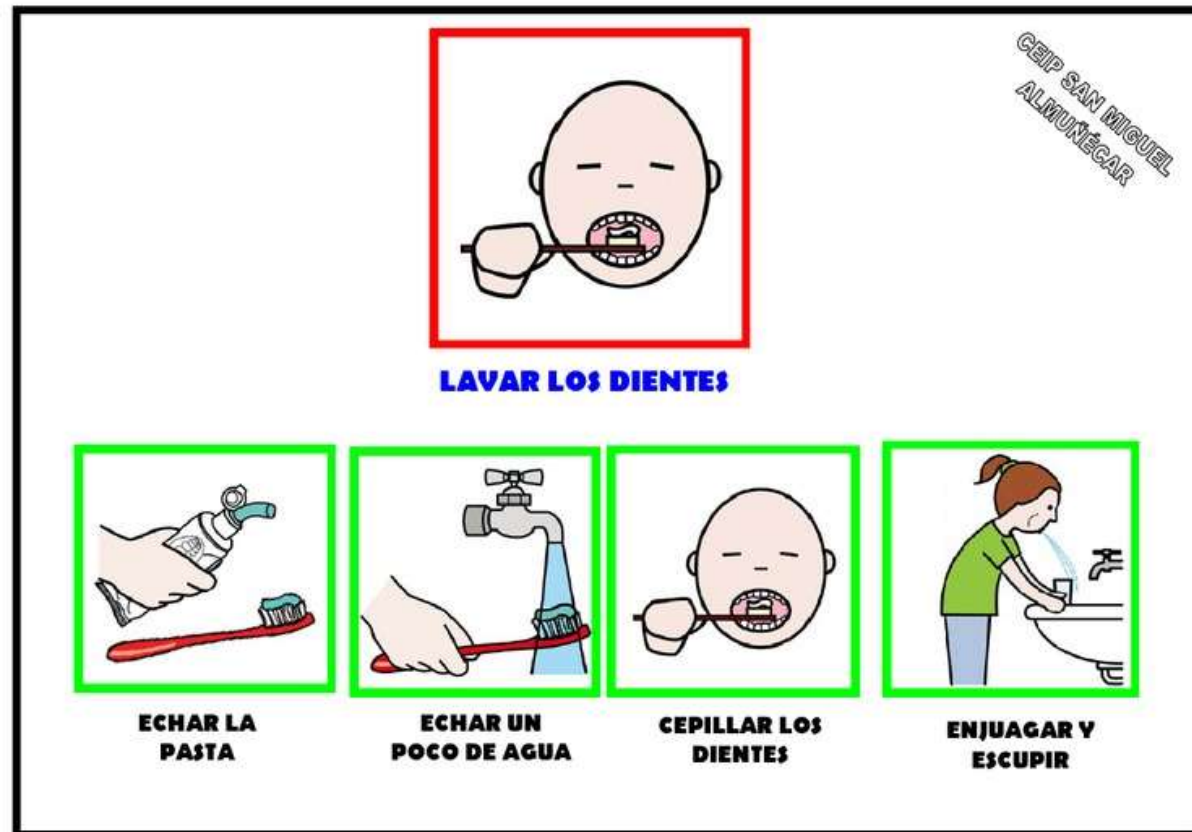
ANEXO 4

Útiles de aseo personal



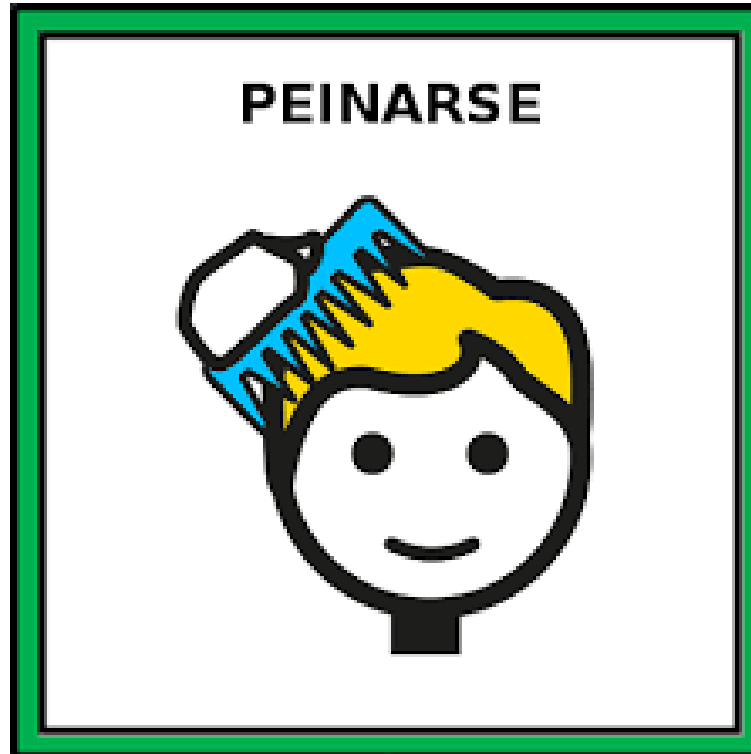
ANEXO 5

Pictograma del cepillado de dientes



ANEXO 6

Peinarse



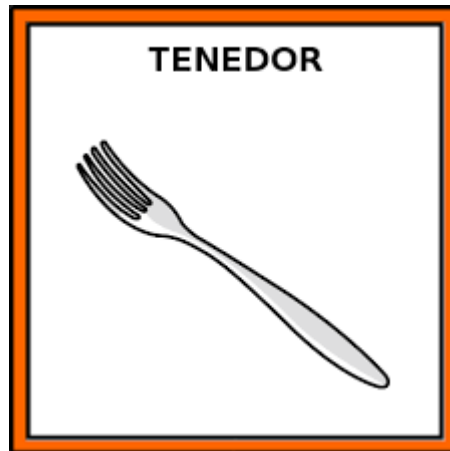
ANEXO 7

Imágenes sobre los útiles para peinarse



ANEXO 9

Utensilios para comer



Anexo 10

LISTA DE COTEJO

Responde cada ítem con un X teniendo en cuenta lo siguiente valores:

ASPECTOS PARA EVALUAR	SI	NO
AREA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE		
1. Comunica sus deseos, sentimientos y emociones en forma: gestual.		
2. Verbal.		
3. Reproduce sonidos onomatopéyicos		
4. Escucha y comprende órdenes sencillas: Dame		
5. Toma		
6. Ven		
7. Siéntate		
8. Párate		
9. Lleva		
10. Trae		
11. Mantiene la atención frente a un estímulo.		
12. Reacciona cuando se le llama por su nombre.		
13. Identifica su horario de actividades		
14. Mira a la persona que le habla		
15. Nombra y /o señala elementos de láminas, carteles, fotografías, etc.		

16. Escucha con atención cuentos e historias sencillas.		
17. Realiza ejercicios para mejorar su articulación.		
LECTURA Y ESCRITURA		
1. Reconoce su nombre en el cartel.		
2. Reconoce las vocales asociadas a imágenes.		
3. Copia y delinea vocales.		
4. Comprende un cuento con apoyo de imágenes.		
5. Responde a preguntas simples: ¿Quién? ¿Dónde?		
HABILIDADES DE AUTOCUIDADO		
Practica hábitos de higiene personal:		
1. Lavado de manos		
2. Controla sus esfínteres		
3. Comunica su necesidad de ir al baño		
4. Practica hábitos de vestido		
5. Se peina		
6. Cepilla sus dientes		
HABILIDADES DE ALIMENTACION		
1. Hace uso correcto de: Hace uso de la servilleta para limpiarse la boca		

2. Tenedor		
3. Cuchillo		
4. Cuchara		
5. Colocar la mesa: colocar el mantel		
6. Coloca el plato		
7. Coloca el tenedor		
8. Coloca la cuchara		
9. Coloca la servilleta		
10. Coloca el vaso		
11. Se sienta para comer		
PRACTICA HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN		
12. Mastica los alimentos antes de digerirlos		
13. Come solo alimentos que se coge con la mano (pan, galletas, frutas)		
14. Bebes líquidos en vaso sin derramar.		
15. Come alimentos sin ensuciar la mesa		
RECONOCIMIENTO DE SUS FAMILIARES		
1. Reconoce a los miembros de su familia		
2. Mamá		
3. Papá		
4. Hermanos		
5. Tíos		
6. Tías		

CUERPO HUMANO Y CONSERVACION DE LA SALUD		
1. Identifica su horario de actividades		
2. Identificar las partes del cuerpo: Ojos		
3. Cabeza		
4. Oídos		
5. Nariz		
6. Boca		
7. Brazos		
8. Manos		
9. Hombros		
10. Piernas		
11. Pies		
MUNDO FISICO Y CONSERVACION DEL AMBIENTE		
1. Manipula diferentes objetos y materiales percibiendo características: Conoce texturas blando. Suave		
2. Temperatura: frio – caliente		
3. Peso: Liviano- duro		
4. Colabora en las actividades de limpieza del aula		
5. Disfruta jugar en el medio natural		

6. Clasifica materiales según su textura, temperatura, dureza, peso.		
AREA SOCIAL DE CONVIVENCIA E INTERACCION		
1. Respeta turnos en actividades de juego dirigido		
2. Realiza actividades lúdicas en ambientes naturales		
3. Respeta las normas de convivencia del salón		

Anexo 11

Cuestionario de preguntas

A continuación, se realizarán 5 preguntas, por favor responder con sí o no:

Respuesta correcta	1
Respuesta incorrecta	0

1. ¿Qué es un reforzador?

2. ¿Qué es un reforzador social o material?

3. ¿Cómo se aplica la técnica de economía de fichas?

4. ¿Conoce la técnica del modelado?

Anexo 12

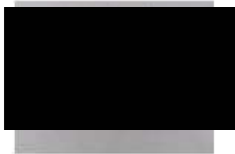
Carta de aceptación de la empresa



Terapias especializadas Divino Niño

Carta de autorización

El centro de terapias especializadas Divino Niño, autoriza a la Bach. en psicología Ana Paula Yucra Vela, con DNI N° [REDACTED], que ha tomado conocimiento de la presentación de este caso, como Trabajo de Suficiencia Profesional y según los procedimientos nos comprometemos a canalizarlo y apoyar las gestiones, que fueran necesarias dentro de las normas vigentes, autorizando el uso de información por tener fines académicos.



Lic. Ines Lovato Chuquillanqui

DNI N° [REDACTED]

Gerente General

Anexo 13


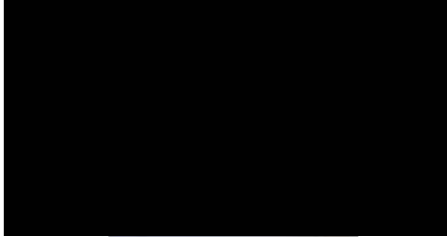
Consentimiento informado del papá

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Tito Alexander Lovato Chuquillanqui identificado con DNI N° [REDACTED] por medio del presente acepto que mi menor hijo participe en el proceso de evaluación e intervención del trabajo titulado: **“INTERVENCION PSICOLOGICA PARA EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES DE AUTOCUIDADO EN UN ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL”**. El objetivo del estudio es **Fortalecer habilidades de autocuidado en el adolescente con discapacidad intelectual para incrementar el nivel de autonomía**. Esta investigación estará a cargo de la Bachiller en Psicología: Ana Paula Yucra Vela. Identificada con DNI N° [REDACTED]

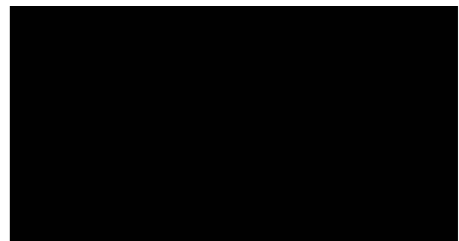
De igual manera, declaro que he sido informado con claridad sobre los objetivos y metas con los que cuenta la intervención psicológica ante los cuales no se concede ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar. Además, se rige por parámetros de confidencialidad y privacidad de los datos personales y la información suministrada, siendo exclusiva del investigador.

Teniendo en cuenta lo anterior, de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento para que mi menor hijo participe en la investigación.

Tito Alexander Lovato Chuquillanqui

DNI N°



Ana Paula Yucra Vela

DNI N° [REDACTED]