



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: APLICACIÓN DEL
PROGRAMA DE AUTOVALIMIENTO, DE ATADO DE PASADORES
A UNA ADOLESCENTE CON SÍNDROME DE DOWN**

**PRESENTADA POR
POOL FRANCIS CUMBICUS MERINO**

**ASESOR
CARLOS MARTÍN TRILLO DÍAZ**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2019



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y
PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: APLICACIÓN DEL
PROGRAMA DE AUTOVALIMIENTO, DE ATADO DE PASADORES A UNA
ADOLESCENTE CON SÍNDROME DE DOWN**

TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:
POOL FRANCIS CUMBICUS MERINO

ASESOR:
MAG. CARLOS MARTÍN TRILLO DÍAZ

LIMA -PERÚ
2019

DEDICATORIA

A mis padres por el apoyo constante que me dieron en cada momento y que con sus esfuerzos me estuvieron apoyando para terminar satisfactoriamente mi carrera profesional de Psicología.

AGRADECIMIENTO

En primer Lugar, agradezco a Dios por permitirme esforzarme cada día para mi desenvolvimiento profesional en mi estudio de caso.

En segundo Lugar, agradezco a la Psicóloga Lucía Edith Fano Paragulla por brindarme el apoyo permanente al realizar mis prácticas pre-profesionales I -II.

En tercer lugar, a la profesora Olga Ivonne Dávila Gonzales por el asesoramiento brindado en las prácticas pre-profesionales I-II para el estudio de caso psicológico.

Finalmente, al Profesor Carlos Martín Trillo Díaz por el asesoramiento brindado para mi estudio de caso.

ÍNDICE

Páginas

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	12
1.1 Síndrome de Down.....	12
1.1.2 Antecedentes	12
1.1.3 Definición	13
1.1.4 Características.....	13
1.1.5 Incidencia.....	14
1.1.6 Clasificación.....	14
1.1.7 Criterios clínicos.....	15
1.1.8 Enfermedades asociadas más frecuentes.....	15
1.1.9 Tratamientos.....	16
1.2 La familia y estilos de crianza en personas con Síndrome de Down...17	
1.2.1 La familia.....	17
1.2.2 Estilos de crianza.....	18
1.3 Conductas de autovalimiento.....	19
1.3.1 Definición.....	19
1.3.1 Características.....	20
1.3.3 Funciones del autovalimiento.....	20
1.3.4 Atado de pasadores.....	21

1.3.4.1 Definición.....	21
1.3.4.2 Pasos para atarse los pasadores.....	21
1.4. Teoría conductual del aprendizaje	22
1.4.1 Antecedentes	22
1.4.2 Definición.....	23
1.4.3 Principios.....	23
1.4.4 Tipos de aprendizaje conductual.....	23
1.4.4.1 Condicionamiento clásico.....	23
1.4.4.2 Condicionamiento Operante.....	24
1.5 Análisis conductual aplicado.....	25
1.5.1 Definición.....	25
1.5.2 Características.....	25
1.5.3 Técnicas del análisis conductual aplicado.....	26
1.5.4 Funciones del análisis conductual aplicado.....	26
1.6 Técnicas para mantenimiento de conductas.....	27
1.6.1 Control de estímulos.....	27
1.6.2 Reforzador intermitente	27
1.6.3 Reforzadores condicionados	27
1.6.4 Desvanecimiento.....	27
1.6.5 Encadenamiento.....	27
1.7 Técnicas de incremento de conductas.....	28
1.7.1 Reforzamiento positivo.....	28
1.7.2 Reforzamiento negativo.....	28
1.7.3 Moldeamiento.....	28
1.7.4 Modelado.....	28

1.7.5 Economía de fichas.....	29
1.7.6 Estímulos Instigadores.....	29
1.7.7 Generalización programada.....	29
1.8 Técnicas para la reducción de conductas.....	29
1.8.1 Extinción.....	29
1.8.2 Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas (Rdtb)	29
1.8.3 Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDO).....	30
1.8.4 Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles o Alternativas (RDI).....	30
1.8.5 Costo de respuesta.....	30
1.8.6 Tiempo Fuera.....	30
1.8.7 Saciación.....	30
1.8.8 Sobrecorrección.....	31
1.9 Antecedentes nacionales e internacionales.....	31
CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO	34
2.1 Datos de Filiación.....	34
2.2 Problema actual.....	34
2.3 Procedimientos de evaluación.....	34
2.4 Informe Psicológico.....	38
2.5 Perfil del Funcionamiento Psicológico.....	43
CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA.....	44
3.1 Identificación del Problema Especifico.....	44
3.2 Análisis funcional de la conducta de atado de pasadores.....	44
3.3 Diseño del Programa de Tratamiento.....	46
3.4 Aplicación del Programa de Tratamiento.....	49

3.5 Resultados del Tratamiento.....	53
3.5.1 Línea base	53
3.5.2 Intervención	54
3.5.3 Evaluación final	56
3.5.4 Seguimiento.....	57
3.5.5 Resultados en gráficos y en porcentaje.....	58
3.5.6 Informe de tratamiento.....	63
CAPÍTULO IV: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
4.1 Resumen.....	65
4.2 Conclusiones.....	68
4.3 Recomendaciones.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	73

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico nº1: Perfil del funcionamiento psicológico.....	43
Tabla1 : Análisis funcional de la conducta	45
Tabla 2: Línea base de las conductas por sesiones:	53
Tabla 3: Intervención de las conductas de por sesiones.....	55
Tabla 4: Evaluación final de las conductas por sesiones.....	56
Tabla 5: Seguimiento de las conductas por sesiones:.....	57
Gráfico nº2: Línea base de las conductas por sesiones	58
Gráfico nº3: Intervención -registro de la conducta de estirar el pasador	58
Gráfico nº4: Intervención de la conducta pasarlo por los agujeros por sesiones.....	59
Gráfico nº5: Intervención-registro de cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos.....	59
Gráfico nº6: Intervención -registro de la conducta de coger el pasador y pasarlo por los agujeros delanteros.....	60
Gráfico nº7: Intervención-registro de cruzar los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustar(nudo).....	60
Gráfico nº8: Intervención-registro de continuar ajustando y doblar uno de ellos(oreja).....	61
Gráfico nº9: Evaluación final de las conductas por sesiones.....	62
Gráfico nº10: Seguimiento de las conductas por sesiones.....	62

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo XVII, la educación especial tuvo un período de pesimismo y negativismo al cuál se le denominaba “la época del gran encierro”, debido a que no había ninguna atención para las personas con discapacidad. En el siglo XVIII Rodríguez Pereira trabajo con sordos y ciegos. En el siglo XIX, se denominó la “época de la institucionalización” donde se reconoce la necesidad de atender a las personas con alguna discapacidad. Sin embargo, la atención que se brindaba a la población con discapacidad estaba centrado en el déficit del estudiante, generando bajas expectativas frente a su desarrollo individual, educativo y social. Frente a este enfoque los profesionales en el proceso de enseñanza - aprendizaje mostraban actitudes muy pesimistas y paternalistas, en consecuencia, los estudiantes con discapacidad de esa época se institucionalizaban y estudiaban hasta edades avanzadas, de tal manera que cuando egresaban de los colegios especiales no se podían valer por sí mismo y dependían en la escuela de la maestra, auxiliares y en la familia de sus padres y/o hermanos.

En el siglo XX se realizaron propuestas de grandes científicos sobre el ámbito de la psicología y la educación. A partir de la década de los 60 se han producido grandes cambios en la educación especial hasta comienzos de los 80 conocido como la época de la integración escolar. Actualmente la educación especial se ha humanizado con la educación inclusiva, ya que pone en práctica un enfoque de equidad, inclusión e igualdad de oportunidades, donde todos los estudiantes pueden aprender, pero tomando en cuenta sus características individuales.

Actualmente en los centros educativos básicos especiales (CEBE) se brinda una atención escolarizada bajo un enfoque inclusivo a estudiantes con necesidades educativas especiales asociados a discapacidad, severo y multidiscapacidad.

En los CEBES se tiene una elevada población de estudiantes con Síndrome de Down, el cual se define como un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma del par 21 que se produce a través de la fecundación. Los tipos de síndrome de Down son: Trisomía del par 21, translocación y mosaicismo. Sus rasgos clínicos son: Hipotonía, laxitud articular, piel sobrante en la nuca y orejas displásicas.

A nivel social las personas con Síndrome de Down suelen socializarse fácilmente, son muy carismáticos, sin embargo, en las conductas de habilidades de la vida diaria como el autovalimiento y la autonomía personal son muy dependientes, por el cuál esto es producto de los estilos inadecuados de la crianza de los padres y por la falta de aplicación de programas de autovalimiento en el proceso de enseñanza – aprendizaje para la aplicación en su vida cotidiana.

La atención de esta población está a cargo de los profesionales docentes y no docentes calificados con experiencia, como los psicólogos quienes están llamados a estimular y desarrollar sus habilidades. Para lo cual es necesario que se implementen programas individuales que estén orientados a los estudiantes con Síndrome de Down para que sean más autónomos, se valgan por sí solos y aseguren su futuro frente a la ausencia de sus padres, garantizando de este modo una mejor calidad de vida.

El propósito del presente estudio de caso es dar a entender con precisión la utilización de un programa de intervención de atado de pasadores en una adolescente con Síndrome de Down, como una forma de desarrollarse independientemente en las labores de su día a día.

El programa de intervención se realizó en los diferentes ambientes en los que la evaluada se desempeñaba, como el aula de clases, terapia física y en el recreo. En estos tres ambientes se pudo observar las dificultades de la evaluada para poder atarse los pasadores.

El presente trabajo está organizado en IV capítulos. El primer capítulo comprende el marco teórico del Síndrome de Down, el cual se centra en explorar una breve reseña histórica, definición, tipos , la familia, estilos de crianza, conductas de autovalimiento, análisis conductual aplicado, enfoques conductuales y técnicas de modificación de conducta. En el capítulo II se presentan los datos de filiación del estudio de caso, los procedimientos de evaluación, referido al informe psicológico y culmina con un perfil del funcionamiento psicológico. El capítulo III está enfocado en el programa de intervención terapéutica, a través del cual se especifica la identificación del problema específico, el diseño del programa de tratamiento, la aplicación del programa de tratamiento y los resultados del tratamiento. Asimismo en este capítulo se observan los gráficos, el porcentaje de los resultados y el informe del tratamiento. En el capítulo IV abarca el resumen, las conclusiones y las recomendaciones del estudio de caso. Finalmente las referencias bibliográficas y los anexos del estudio de caso evaluado.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Síndrome de Down

1.1.2 Antecedentes

Si bien es cierto para Díaz (2016), el Síndrome de Down significa “Mongoloide” y actualmente se le conoce como “Síndrome de Down”. La historia, data del pueblo Olmeca en donde arqueólogos encontraron reliquias de niños con caras redondas en el año 1500 a.c. Un hecho importante sucedió en el año 1866 en donde John Langdon Down, en Inglaterra, determinó aspectos característicos físicos sobre el Síndrome de Down. Ya en el año 1909 Shuttleworth realizó un estudio etiológico de 350 casos, en el cual hizo énfasis sobre la edad materna durante la gestación como factor de riesgo para que se manifieste el Síndrome de Down. En cuanto a su etiología en el año 1932 Petrus Jhananes Waardenburg estableció un reparto anormal de material cromosómico como posible causa del Síndrome de Down. Finalmente en el año 1958 el genetista francés Jérôme Lejeune descubrió que el síndrome consiste en una alteración cromosómica del par 21 y que esto determinaría su causa. Por lo tanto, la trisomía 21 resultó ser la primera alteración cromosómica hallada en el hombre.

1.1.3 Definición

Para Díaz (2016), el Síndrome de Down es caracterizado por un cromosoma extra del par 21 de carácter genético, debido a una tercera copia y consiste en una alteración de los cromosomas que a su vez son responsables de las características físicas y de la conducta de las personas afectadas. Las características fundamentales del síndrome de Down son: hipotonía muscular e hiperlaxitud, facies ancha y plana, retraso mental, anomalías internas, dedos cortos, pelvis displásica, nariz pequeña con la raíz nasal aplanada y rasgos físicos. Respecto al Síndrome de Down las personas con mayor edad son más propensas a sufrir enfermedades, como problemas de malformaciones intestinales, deficiencia visual o auditiva, problemas de tiroides y leucemia.

Así mismo, Hernández (2013) lo define como “una enfermedad genética que constituye la primera causa de retraso mental”(p.5). Por lo tanto el Síndrome de Down es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma del par 21 y que presenta múltiples alteraciones.

1.1.4 Características

Según Arranz (2002), las características fundamentales del Síndrome de Down son:

- Hipotonía generalizada y ojos en forma almendrada rasgados hacia arriba, lengua que tiende a salirse de la boca y bajo tono muscular.
- Laxitud articulada, manos y pies pequeños.
- Cara aplanada, dedos meñiques pequeños y a veces encorvados.
- Piel sobrante en la nuca, hendiduras palpebrales oblicuas y cuello corto.
- Orejas pequeñas y orejas displásicas.

1.1.5 Incidencia

Según Robles (2003), en su revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down, establece que la incidencia estimada a nivel mundial se sitúa entre 1 de cada 1.000 y 1 de cada 1.100 recién nacidos.

El estudio colaborativo español de malformaciones congénitas (2006) determinó que en el año 2000 alcanzó una cifra de 8,79 por 10.000 nacidos y en el 2005 sigue disminuyendo a 7,40 por 10.0000 nacidos. Así mismo, los datos recogidos señalan que alrededor de un tercio de los embarazos presentan anomalías cromosómicas y no llegan al término. En conclusión, se estima que existe un total de 35,000 habitantes con síndrome de Down (FEISD, 2000). Por lo tanto se estima que la incidencia ha variado en los últimos años.

1.1.6 Clasificación

Según López (2013), los tipos de Síndrome de Down son los siguientes:

-Trisomía del par 21: Existe un cromosoma extra del par 21 en donde la trisomía libre o simple es la más común, suele darse en el 95 por ciento de las personas con Síndrome de Down.

-Translocación: Se da cuando un fragmento de un cromosoma 21 se adhiere a otro cromosoma. “Esto se produce porque, bien el padre o la madre cuentan con dos cromosomas completos más un trozo del 21, que se había adherido a otro cromosoma” (López, 2013, p.21). Esto representa el 4 % de personas con Síndrome de Down.

-Mosaicismo: Es caracterizado por tener células normales y otras de trisomía. En su descripción se produce cuando el óvulo y el espermatozoide aportan 23 cromosomas. Pero a lo largo de las primeras divisiones de las

células surge en alguna de ellas el fenómeno de la no disyunción de tal modo que todas las que deriven de esta tendrán 47 cromosomas” (López, 2013, p.21). Esto quiere decir que representa ser el mejor de los tipos con Síndrome de Down. Esto representa al 1% de personas con Síndrome de Down.

1.1.7 Criterios clínicos

Según Rodríguez (2016), determina los siguientes criterios clínicos:

- Bajo tono muscular: Se determina en el lactante por retraso en las adquisiciones motoras, posturas anómalas y escasos de movimientos.
- Retraso mental: Es una afección que presenta un funcionamiento intelectual por debajo del promedio.
- Discapacidad intelectual: Es una alteración en el desarrollo, es decir se presenta limitaciones en el funcionamiento intelectual y en las conductas adaptativas. Otros como: Los rasgos físicos y envejecimiento (68 años).

1.1.8 Enfermedades asociadas más frecuentes

Según Morales (2007), determina algunas de las enfermedades que se observan con más frecuencia en los niños y adolescentes con Síndrome de Down:

- Defectos cardíacos, Trastornos del sueño y patrones de sueño alterados, trastorno odontoestomatológicos, infecciones e hipotiroidismo y trastorno de la visión e enfermedades de las encías.
- Alteraciones gastrointestinales y enfermedades de la sangre.
- Trastornos endocrinos, auditivos, problemas en la parte superior de la columna, Inmunodeficiencia, problemas digestivos, susceptibilidad a las infecciones, problemas de salud y emocionales.

1.1.9 Tratamientos

Según Roizen (2005), establece los tratamientos para el trabajo continuo con personas con Síndrome de Down:

- Atención temprana. Es aquella que consiste en brindar al niño un conjunto de intervenciones para su desarrollo y para evitar un riesgo de padecerlo.
- Adaptaciones curriculares: son aquellas estrategias educativas con el fin de responder a las necesidades especiales de los niños o adolescentes para su aprendizaje cotidiano.
- Inseminación artificial: Es un tratamiento que se utiliza cuando existe un problema de fertilidad y que consiste en la colocación de una muestra de semen, previamente preparada en el laboratorio, en el interior del útero de la mujer con el fin de incrementar el potencial de los espermatozoides y las posibilidades de fecundación del óvulo.
- Antioxidantes: se utilizan para tratar los problemas cognitivos y de envejecimiento del Síndrome de Down.
- Técnicas prenatales: Amniocentesis (estudiar las células presentes), biopsia de corion (consiste en extraer tejido placentario y examinar las células) y ultrasonografía (consiste en la obtención de imágenes del feto para detectar anomalías)

Según Salman (2002), establece otras terapias como la logoterapia, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia con animales como la hipoterapia, la curación por la fe/oración, la quiropráctica, la homeopatía, la osteopatía, programas motóricos con base neurológica, aromaterapia, naturoterapia y yoga que son efectivos para el trabajo diario con personas con Síndrome de Down.

1.2 La familia y los estilos de crianza en personas con Síndrome de Down

1.2.1 La familia

La familia es un grupo social en donde el adolescente incorpora comportamientos ya sean favorables o desfavorables para su adecuado desarrollo. Los padres son lo que educan a los hijos desde niños, pero un factor tedioso es que algunos padres no dedican tiempo a sus hijos y no los observan adecuadamente, debido a esa circunstancia no hay entendimiento entre padres e hijos, lo que empeora su convivencia. Es común decir que la familia es la unión entre los hijos y los miembros de la familia, por ende “la familia es la célula básica del cuerpo social, la más universal de las instituciones y el agente de socialización por excelencia” (Rondón, 2011, p. 82), esto atribuye a que la familia es uno de los fundamentos para instaurar el comportamiento a los hijos.

Desde este punto de vista se puede afirmar que la familia es un complemento de un todo y que es una de las instituciones donde el niño comienza a modular su comportamiento y por excelencia se refiere que la familia es un principio de enseñanza, por ende, la familia no solo es un proceso integral de instrucción sino un sentido afecto que permite un mejor desarrollo del adolescente; asimismo abarca un proceso de interacción, es decir, la familia es un patrón de enseñanza en nuestro proceso de desarrollo y dentro de ella aprendemos muchos procesos de aprendizaje que comienza a desarrollarse, es por ello que varios autores determinan que “La familia es la primera escuela de aprendizaje emocional; es el crisol doméstico en el que aprendemos a

sentirnos a nosotros mismos y en donde aprendemos la forma en que los demás reaccionan ante nuestros sentimientos” (Goleman,1997, p. 223).

Las prácticas educativas de los padres con Síndrome de Down pueden estar determinadas por una serie de factores que se dividen en tres grupos: “Un primer grupo relacionado con el niño, un segundo grupo relativo a los padres y un tercer grupo relacionado con la situación en la que se lleva a cabo la interacción” (Ramírez, 2005, p.169), con ello, cabe decir, que el niño, los padres y el contexto son factores donde intervienen las pautas de comportamiento y que permiten un adecuado proceso de socialización.

1.2.2 Estilos de crianza

La palabra “Crianza” significa orientar y controlar una conducta determinada a las cuales se les atribuye formas o pautas de referencia para un buen comportamiento; puesto que los estilos de crianza surgen como base de referencia para que dicha conducta sea favorable. Los estilos de crianza tienen como fuente de referencia la familia, la escuela y la educación, que son principios de desarrollo para que la persona instaure un buen comportamiento. Por lo tanto, se puede establecer que estas pautas de comportamiento instauradas en la persona permiten que asuma sus responsabilidades generando una respuesta favorable a lo que asumió como responsabilidad. Así mismo, los estilos de crianza con personas con Síndrome de Down determinan una constelación de pautas de comportamientos que se le brinda al adolescente para un adecuado comportamiento y a partir de ello se forma un clima familiar de forma adecuada. Asimismo, Steinberg (1993) citado por Merino (2004), considera el Estilo de crianza “como una forma de estimular los comportamientos del adolescente en donde los padres son los responsables de

su cuidado durante todo su proceso de desarrollo”. Esto atribuye a las actitudes de los hijos. Por ejemplo, se explica que los padres interiorizan a sus hijos diferentes pautas de comportamiento para obtener un adecuado beneficio para sus hijos y apoyarlos (Bardales & Ganoza, 2014). Así mismo, se puede establecer que los padres son la autoridad máxima para un adecuado comportamiento para sus hijos. Los estilos de crianza permiten generar pautas de comportamientos en donde los padres son lo que instauran y rigen la educación de sus hijos. Los padres que son los modelos de aprendizaje permiten que el adolescente con Síndrome de Down incorpore pautas y valores para su adecuado comportamiento para su vida cotidiana.

1.3 Conductas de autovalimiento

1.3.1 Definición

Según Merle (2015), define el concepto de autovalimiento como un conjunto de habilidades en donde el niño o adolescente se desempeña en diversas actividades de la vida diaria para su independencia personal, es decir es aquella que permite que el niño o adolescente avance mucho más y aprenda a independizarse solo. Esto permite mejorar sus habilidades para el desempeño personal. Según Frenon (1997) define a un sujeto como autónomo cuando “es capaz de anticiparse, preparar-se y de prevenir. Cuando un sujeto se aleja de la improvisación, característica de la adolescencia, cuando logra trazar un plan, cuando logra una planificación para acceder a su deseo, se considera que se encuentra en un estado de autonomía” .Pues esto implica tener mucho desempeño para poder imponer sus habilidades de manera independiente. Entonces, se considera que la autonomía no es algo “dado” sino que es una “construcción” y ese proceso de construcción de autonomía es

gradual o progresivo. Por lo tanto, es un proceso de construcción en donde el niño o adolescente incorpora nuevos conocimientos para su independencia personal en su vida diaria.

1.3.2 Características

Según Frenon (1997), las características de las conductas de autovalimiento para la vida diaria son :

- Autocuidado personal: Incluye todas las actividades de adaptación relacionados con la autonomía personal en el aseo, comida higiene y aspecto físico.
- Autodirección de uno mismo: Son aquellas habilidades relacionadas con la autorregulación del propio comportamiento.
- Habilidades sociales con los demás: Comprende intercambios sociales interpersonales y cooperar con otros.
- Independencia personal: Comprende que el niño o adolescente es capaz de poder realizar las actividades de la vida diaria de manera sola.

1.3.3 Funciones del autovalimiento

Según Merle (2015), determina las principales funciones del autovalimiento:

- Lograr la independencia entre el trabajo del docente y el de los Padres para realizar sus trabajos cotidianos.
- Aprender a cuidar de sus necesidades personales.
- Implica que el niño o adolescente aprenda habilidades de auto cuidado así como algunas habilidades básicas del manejo del hogar.
- La autonomía o independencia personal es la condición por la cual la persona no depende de nadie en su desenvolvimiento cotidiano.

- Es una herramienta educativa que se utiliza generalmente para enseñarle una conducta nueva al niño o adolescente.

1.3.4 Atado de pasadores

1.3.4.1 Definición

Burkard (2002), define el concepto de atado de pasadores como una actividad de la vida diaria que consiste en el movimiento de las manos y coordinación para la ejecución. Por lo tanto implica independencia personal en las adolescentes para su ejercicio diario y autonomía personal.

1.3.4.2 Pasos para le atado de pasadores

Burkard (2002), determina los pasos de atado de pasadores:

- El niño debe coger el pasador y pasarlo por los agujeros delanteros, tratando de no desajustar los pasadores.
- Luego deberá cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos.
- Así mismo cruzar los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustar (nudo).
- Seguidamente deberá continuar ajustando y doblar uno de ellos (oreja)
- Al final deberá dar la vuelta con el otro extremo del pasador al que ya doblado, jalar hasta formar el lazo y ajustar.

Por ende, la conducta de autovalimiento de atado de pasadores es una habilidad efectiva para la vida diaria, en donde el adolescente o niño aprende a independizarse para su utilidad de la vida diaria. Esto implica el buen uso del cordón que es utilizado comúnmente para atarse los pasadores. Por lo tanto, implica independencia personal, participación activa, entendimiento y comprensión mediante la interacción de los padres para su aprendizaje diario.

1.4. Teorías conductuales del aprendizaje

1.4.1 Antecedentes

Según Leiva (2005), establece en los antecedentes del aprendizaje que Pavlov en el año 1927 empleo animales para sus experimentos. Pues esto permitió los principios del aprendizaje de la relación de estímulos y respuestas que resultaron óptimos para el comportamiento del ser humano. Esto genero un gran auge en la sociedad debido a que aparecieron deferentes perspectivas sobre el conductismo. En los años 60, algunos psicólogos clínicos empezaron a aplicar técnicas conductuales con alumnos y pacientes, especialmente en instituciones mentales, clínicas y en educación especial parta su rehabilitación. En 1920 el experimento del Pequeño Albert es una demostración empírica del procedimiento de condicionamiento clásico realizada por John B. Watson y su colaboradora Rosalie Rayner, en la Universidad Johns Hopkins. En 1879 se desarrolló el primer laboratorio experimental por Wilhelm Wundt en Leinpzig a través del método experimental, estudiar la experiencia inmediata y observable. A partir de la década de 1930 se desarrolló en Estados Unidos el condicionamiento operante, como resultado de los trabajos realizados por B. F. Skinner y colaboradores. Así mismo la aparición del conductismo en psicología representó un cambio desde el estudio de la conciencia y el subjetivismo desde diferentes concepciones, hacia el materialismo y el objetivismo que permite el estudio de la conducta observable. Por lo tanto, la teoría de aprendizaje permite el entendimiento de la conducta humana de manera clara y objetiva.

1.4.2 Definición

Según Leiva (2005), determina el concepto del aprendizaje como un proceso en donde aprendemos a asimilar información de forma consistente y permanente, en donde adquirimos nuevos conocimientos. Los conductistas definen el aprendizaje como la adquisición de nuevas conductas. Es decir, abarca un cambio relativamente permanente en el comportamiento, que refleja una adquisición de conocimientos o habilidades a través de la experiencia.

1.4.3 Principios

Para Ardila (2013), los principios del aprendizaje están basados bajo leyes y sujeta a las variables ambientales. Así mismo abarca un cambio conductual, son observables e identificables, las conductas malas desadaptativas son adquiridas a través del aprendizaje y pueden ser modificadas por los principios del aprendizaje. Las metas conductuales deben ser específicas, discretas e individualizadas de manera que debe enfocarse en el aquí y ahora.

1.4.4 Tipos de aprendizaje conductual

1.4.4.1 Condicionamiento clásico

Según Pérez (2003), determina el concepto de condicionamiento clásico como uno de los procesos más estudiados de la psicología, dentro de este concepto encontramos a Pavlov conocido como el famoso que estableció una asociación de estímulos y respuestas. “El trabajo de Pavlov se ubica en la tradición objetivista-reflexológica que denominó la investigación fisiológica en Rusia a finales del siglo pasado y comienzos del presente” (Jenkins, 1979), pues se cabe determinar que los trabajos de Pavlov fueron muy importantes y que actualmente se está utilizando para trabajos experimentales.

El Departamento de Psicología de la Salud (2009), establece que las principales características del condicionamiento clásico y los principales representantes son los siguientes: “En primer lugar el orden de los estímulos en donde el estímulo incondicionado procede al condicionado, en segundo lugar la contigüidad que tiene que ver con el apareamiento de ambos estímulos, posteriormente la relación entre ambos estímulos y la temporalidad el intervalo entre ambos tipos de estímulos, en donde es crítico para establecer su asociación”. Entre los representantes tenemos al famoso Pavlov que realizó un trabajo experimental y controlado con perros en donde su finalidad era establecer la asociación de estímulos y las secreciones psíquicas. Otro autor importante es John B. Watson reconocido como el fundador de la Psicología Conductual.

En resumen, el condicionamiento clásico deriva del condicionamiento Pavloviano y se refiere a “una operación de fortalecimiento o extinción de una conexión entre estímulos originalmente neutros y las conductas respondientes o reflejas y emocionales del organismo entero” (Pérez & Julio, 2003, pp.2005-227).

1.4.4.2 Condicionamiento operante

Según Pérez (2003), establece que el condicionamiento operante es un proceso de la Psicología, reconocido por Skinner en donde establece relaciones funcionales en relación con fenómenos antecedentes y consecuentes estableciendo una respuesta. Los instrumentos que Skinner utilizó fue la caja de Skinner en donde se encontraba una palanca en donde el animal debía presionar con el fin de conseguir el alimento, también utilizó el registro acumulativo, en donde Skinner lo utilizaba para recoger los datos y la

máquina de enseñanza que consistía en donde la maquina daba una pregunta y dejaba un espacio en el cual el estudiante debe escribir su respuesta basada en la enseñanza programada.

“El descubrimiento del condicionamiento operante no fue algo preconcebido, sino más bien estuvo influenciado por una serie de hechos accidentales“ (Elbert, 2006,p.67), pues esto refleja un hecho importante en la historia debido a que Skinner era muy criticado y era cuestionado. En resumen, este condicionamiento establece la triple relación de contingencia de una conducta.

1.5 Análisis conductual aplicado

1.5.1 Definición

Según Rodrigo (2009), define el concepto de análisis conductual aplicado como método de intervención de forma sistemática basada en el rendimiento y autoevaluación. Es usado también en la prevención y utiliza técnicas para el cambio de conductas: mantener conducta, incrementar conducta, reducir conductas y restringir conductas. Este busca el mejoramiento social y bienestar de sus clientes (Sulzer, 1983). Por lo tanto, establece cambios de conductas en sus clientes favoreciendo su bienestar, asimismo se determina que es interaccional debido a que genera una relación gradual entre la conducta y el ambiente.

1.5.2 Características

Según Rodrigo (2009), determina las características esenciales del análisis conductual aplicado son las siguientes:

- Definición y medición precisa de conductas observables.
- La conducta es controlada por el ambiente.

- El análisis conductual está orientado a la conducta actual y a las variables que la mantienen en el presente.
- Su objetivo de estudio es el análisis experimental y las técnicas operantes.

1.5.3 Técnicas del análisis conductual aplicado

Según Rodrigo (2009), determina las técnicas psicológicas más habituales en el análisis conductual aplicado son las siguientes:

- El modelado (aprendizaje por observación e imitación).
- El moldeamiento (perfeccionamiento progresivo de una respuesta).
- El encadenamiento (división de conductas complejas en segmentos).
- El reforzamiento diferencial de conductas incompatibles con las que se busca eliminar.

1.5.4 Funciones del análisis conductual aplicado

Según Rodrigo (2009), determina las funciones del análisis conductual aplicado:

- Enseñar al niño o adolescente habilidades de modificación de conducta.
- Facilitar su desarrollo, ayudándole a que logre un alto grado de independencia y una buena calidad de vida.
- Permite identificar las conductas de manera clara.
- Las conductas se observan en el ambiente natural.
- Controlar los comportamientos controlados.
- Restaurar una conducta inadecuada a una adecuada.
- Lograr el aprendizaje para su vida cotidiana.
- Implica entrenamiento y desvanecimiento.

- Implica la generalización de las conductas.

1.6 Técnicas para mantenimiento de conductas

Según Garry (2008), en su libro técnicas de modificación de conductas, establece las siguientes técnicas de modificación de conductas:

1.6.1 Control de estímulos

Es un procedimiento mediante el cual aprendemos a emitir conductas apropiadas en presencia de ciertos estímulos y no en la de otros.

1.6.2 Reforzamiento intermitente

Consiste en presentar el reforzador de manera discontinua, es decir, no se refuerzan todas y cada una de las respuestas del sujeto sino solamente algunas de ellas.

1.6.3 Reforzadores condicionados

Es un procedimiento a través del cual se da un emparejamiento o asociación con otros reforzadores.

1.6.4 Desvanecimiento

Consiste en retirar gradualmente los estímulos (discriminativos o reforzadores) utilizados en un programa de modificación de conducta, con el fin de que la conducta que se ha instaurado pase a ser controlada por condiciones más naturales del medio ambiente normal del sujeto.

1.6.5 Encadenamiento

Es el reforzamiento de combinaciones de conductas sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, para formar conductas más complejas.

1.7 Técnicas de incremento de conductas

Según Garry (2008), en su Libro técnicas de modificación de conductas, establece las siguientes técnicas de modificación de conductas:

1.7.1 El reforzamiento positivo

Es la presentación de un reforzador agradable después que la conducta deseada se ha exhibido. Es decir, si el sujeto realiza la conducta pues este va a recibir un estímulo agradable.

1.7.2 El Reforzamiento negativo

El reforzamiento negativo es la eliminación de un estímulo aversivo con la intención de aumentar la frecuencia de una conducta aceptable.

1.7.3 Moldeamiento

El moldeamiento es el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones sucesivas a la conducta blanco hasta que ésta se instituye.

1.7.4 Modelado

Es una técnica, basado en el aprendizaje por observación de Bandura, en donde el sujeto observa la conducta y lo imita. Este trabajo establece el aprendizaje como la adquisición de nuevos patrones de conductas.

Este procedimiento es fundamental para comprender el desarrollo cognoscitivo de los seres humanos en donde involucra factores internos y externos imitativos. El trabajo de Bandura se basó en el experimento del niño Bobo que era un juguete inflable con arena en el fondo, pues esto consistía en unos de los experimentos más reconocido por Albert Bandura (1965). En resumen, este procedimiento consiste en observar e imitar la conducta.

1.7.5 Economía de fichas

Es el procedimiento que consiste en que el terapeuta y niño deben establecer un convenio en el cual se acordará entregar al niño una ficha cada vez que emita una conducta determinada.

1.7.6 Estímulos Instigadores

Son estímulos que promueven, inducen o provocan la respuesta blanca, para que ocurra y pueda luego ser reforzada. Pueden ser órdenes, sugerencias e incluso la sujeción física

1.7.7 Generalización programada

Es un principio que determina que una respuesta aprendida o condicionada en presencia de un estímulo o situación particular ocurre de igual manera en presencia de otros estímulos o situaciones similares.

1.8 Técnicas para la reducción de conductas

Según Garry M. (2008) en su Libro técnicas de modificación de conductas, establece las siguientes técnicas de modificación de conductas:

1.8.1 Extinción

Consiste en suprimir el reforzamiento de una conducta previamente reforzada. Es decir, establecer las condiciones para que la persona no reciba reforzamiento tras la emisión de las conductas desadaptadas.

1.8.2 Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas (Rdtb)

En este procedimiento se refuerza al sujeto por mantener una tasa de conducta más baja de la observada en línea base. Es decir, se refuerza por la emisión de la conducta, pero sólo esta se emite a tasas bajas. Esta técnica es aplicable cuando lo que se desea es reducir ciertos comportamientos, pero no eliminarlos.

1.8.3 Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDO)

Es un procedimiento en el que el reforzador sigue a cualquier conducta que emite el individuo, con la excepción de la conducta inapropiada que queremos eliminar.

1.8.4 Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles o Alternativas (RDI)

Se basa en reforzar una conducta que es incompatible o no puede hacerse al mismo tiempo que la conducta que se desea eliminar. Para llevar a cabo este procedimiento primero hay que identificar y operacionalizar la conducta indeseable.

1.8.5 Costo de respuesta o castigo negativo

Se retira algún reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta. Es decir, se pierden cantidades específicas de un reforzador previamente adquirido por emitir una conducta inadecuada.

1.8.6 Tiempo fuera de reforzamiento

Consiste en retirar las condiciones del medio que permiten obtener reforzamiento, o sacar a la persona de éstas, durante un determinado período, de manera contingente a la emisión de la conducta desadaptada.

1.8.7 Saciación

Se determina la presentación de un reforzador de forma tan masiva que pierda su valor. Puede llevarse a cabo de dos formas, bien haciendo que el sujeto emita la conducta que se trata de reducir de forma masiva – denominada saciación de respuesta, o más comúnmente práctica negativa o práctica masiva, bien proporcionando el refuerzo que mantiene la conducta en tan gran cantidad o durante tanto tiempo que pierda su valor recompensante.

1.8.8 Sobrecorrección

En este procedimiento, desarrollado por Foxx & Azrin (1973), establece que se requiere de trabajo y esfuerzo para remediar las consecuencias negativas de la conducta desadaptativa. La idea central es compensar en exceso las consecuencias de la conducta inadecuada (sobre corregir). Resulta útil en situaciones donde la extinción, el costo de respuesta, el tiempo fuera y el reforzamiento diferencial de otras conductas no pueden aplicarse.

1.9 Antecedentes nacionales e internacionales

Nacionales:

Según Palacios (1992), en su investigación los tipos de Síndrome de Down y el pronóstico escolar en los centros Educativos especiales, estatales y particulares, de Lima metropolitana. Centra sus objetivos en confirmar las teorías que el Síndrome de Down de tipo mosaico tienen mayor rendimiento escolar en el área de comunicación, ocupación e independencia personal. La muestra está conformada por 15 niños de ambos sexos. La investigación es de tipo descriptivo comparativo. El instrumento utilizado es la Prueba del PAC1, siendo la evaluación de tipo mixta, dentro de los cuales en los hallazgos principales se concluyó que no existe diferencia entre los tipos de Síndrome de Down en áreas de ocupación, social y comunicación; pero en independencia si, confirmando parcialmente la hipótesis inicial. Por lo tanto, los de Síndrome de Down de tipo mosaico tienen mayor pronóstico escolar.

Ramírez (2016) Realizó una investigación titulada “Vivencias de los padres en el cuidado del hijo adolescente con Síndrome de Down” en la ciudad de Trujillo. El objetivo fue describir y analizar las vivencias de los padres en el

cuidado del hijo adolescente con Síndrome de Down. Como resultado de la investigación se obtuvieron dos categorías: Participar de los logros en el cuidado del hijo adolescente Down y construyendo el significado de ser padres de un hijo adolescente Down. Concluyendo que los padres para brindar los cuidados a su hijo con Síndrome de Down, tuvieron que afrontar retos, tiempo, paciencia y tolerancia; para satisfacer las necesidades de alimentación, higiene y vestido, relatando que al inicio fue duro y todo un desafío, pero finalmente, la mayor satisfacción, fue el de ver a sus hijos adolescentes con habilidades, que permitieron su autonomía; pero siempre con supervisión.

Según Michelle (2011). El objetivo del trabajo fue desarrollar un Modelo Teórico sobre la experiencia de familias de niños con Síndrome de Down en edad pre escolar y escolar. Los marcos utilizados fueron el Interaccionismo Simbólico y la Teoría Fundamentada en los Datos. Se utilizó la entrevista semiestructurada como instrumento de investigación, siendo que diez familias participaron del estudio. Se identificó el Modelo Teórico: “Buscando la independencia y autonomía del niño a través de la estimulación constante”, que muestra el esfuerzo por obtener el mejor desarrollo del niño a través de estimulaciones, para un futuro menos dependiente. Por lo tanto se determina que los adolescentes con Síndrome de Down suelen ser más independientes en su vida personal, por el cual se determina que los de tipo mosaico suele aprender más rápido. En conclusión, existe una gran significancia en la investigación.

Internacional:

Según Marciel (2016), en la ciudad de Colombia. El propósito de este estudio fue el de investigar los objetivos y estrategias de socialización que los padres tienen para sus hijos con Síndrome de Down (SD). Participaron 24 madres y 19 padres de niños con Síndrome de Down, con una edad promedio de 22 meses y que viven en la región de Itajaí, ubicada en el sur del Brasil. Se realizó una entrevista sobre las metas de socialización y un cuestionario sociodemográfico. Se aplicó el análisis temático categórico para el tratamiento de los datos de la entrevista. Las frecuencias de las respuestas de los participantes a cada categoría y los datos de los cuestionarios sociodemográficos también fueron analizados. Los resultados indicaron que los padres comparten metas similares; ellos desean de manera significativa el autoperfeccionamiento relacionado con la autonomía y la independencia de sus hijos. La expectativa de que los niños con Síndrome de Down tengan un desarrollo típico fue también una de las preocupaciones de los padres. Los progenitores emplearon estrategias semejantes: Ambos se atribuyeron para sí la responsabilidad de asegurar que el niño logre los objetivos deseados. Se concluye que el cambio en la forma como se percibe la condición de Síndrome de Down el aumento en la expectativa de vida de las personas con este síndrome, la creación de políticas públicas y el hecho de que los niños sean ubicados en instituciones, pueden haber influenciado los valores predominantes de los padres con respecto a la autonomía e independencia de los niños con síndrome de Down.

CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1 Datos de Filiación

Nombre	: Lucy
Lugar de nacimiento	: “Hospital de Yungay “
Fecha de nacimiento	: 13 -09-1999
Edad	: 18 años
Sexo	: Femenino
Grado y sección	: 6to grado de Primaria Especial
Centro educativo	: CEBE “San Martin de Porres”
Domicilio	: San Martin de Porres
Fechas de evaluación	: -28 y 29 de agosto del 2017. -28 de septiembre del 2017. -12 de octubre del 2017. -27 de octubre del 2017.
Referido por	: Docente
Examinador	: Pool Francis Cumbicus Merino

2.2 Problema actual

La madre refiere que Lucy presenta dificultades en el lenguaje expresivo y comprensivo. Además evidencia problemas significativos en la coordinación motora fina y gruesa. También dificultad para leer y escribir. Asimismo, le dificulta atarse los pasadores de las zapatillas, por el cuál la mamá le ata los pasadores cuando están sueltos.

2.3 Procedimientos de evaluación

Historia personal

El embarazo fue deseado y programado por ambos padres. La madre refiere que no tuvo control médico durante el embarazo. Tuvo un parto normal a los 8 meses y 20 días, nació en el Hospital Yungay, presentó coloración morada, llorando inmediatamente; Después del nacimiento fue diagnosticada

con Síndrome Down, haciéndole conocer a los padres a los dos días de nacida. Tomó leche materna hasta los tres años.

En cuanto a su desarrollo psicomotor presenta hipotonía muscular en los cuatro miembros, sostuvo la cabeza a los 2 años, se sentó a los 2 años y 6 meses, no gateo, camino a los 3 años, asimismo tuvo control de esfínteres diurno a los 3 años y nocturno a los 2 años.

Con respecto al lenguaje manifestó sus primeras palabras con dificultad a los 8 meses y sus primeras frases al segundo año.

Inició su educación a los 2 años, en la institución Pronoei “Divino niño Jesús”, posteriormente a los 7 años ingreso a estudiar en el CEBE San Martín de Porres hasta la actualidad.

La adolescente no presenta problemas de conductas. Actualmente no lee y escribe. En el hogar realiza tareas como limpiar su cuarto y apoyar en las tareas del hogar. Lucy es la última de dos hijas, se relaciona y se adapta con facilidad. En sus momentos libres le gusta ver televisión y escuchar música. Actualmente tiende a andar con los pasadores de las zapatillas sueltos y no sabe atarse.

Historia Familiar

Lucy Pertenece a una familia funcional. Vive con ambos padres, es la última de dos hijas, la madre le apoya en las tareas académicas. Existe una buena relación entre ambos padres, evidenciándose preocupación por el desarrollo de su hija.

El papá engríe a la adolescente como una niña, el tipo de autoridad de los padres es patriarcal con caracteres democráticos y ambos padres se preocupan por el futuro de su hija.

No existen antecedentes de Síndrome Down en la familia. Asimismo, presenta una buena relación con sus hermanas. Ante conductas de desobediencia la familia le indica que se quede en su cuarto por un determinado tiempo.

Entrevista

La evaluada ante la entrevista psicológica, mostro interés y participo de las sesiones satisfactoriamente, al finalizar se retiró con un buen comportamiento. Durante las sesiones se observó lo siguiente: Mantuvo un contacto ocular espontaneo y presto atención a las indicaciones. Asimismo, se expresó verbalmente con mucha dificultad, no pronuncia correctamente los diferentes fonemas por lo cual difícilmente se puede comprender lo que trata de decir.

Observaciones generales

Lucy es una adolescente tranquila, risueña y reacciona ante los elogios. Se aproxima a la gente por iniciativa propia. Presenta un lenguaje poco fluido. Mantiene buena atención. Presenta conductas de autocuidado general, se asea, se viste y desviste sola, así como también limpia, barre y trapea su cuarto; Pero todavía no es capaz de atarse los zapatos .Espera su turno en cada actividad y sigue órdenes que se le indican.

Reporte de la profesora

La profesora refiere que Lucy es tranquila, trabaja en forma ordenada, es sociable, le gusta interactuar con sus compañeros, imita modelos motores simples, responde al llamado de su nombre, su aprendizaje es lento, tiene dificultades en su motricidad y le dificulta atarse las zapatillas.

Reporte del terapeuta Físico

El terapeuta físico refiere que Lucy mantiene atención ante las indicaciones que se le dan. Asimismo, presenta hipotonía leve en los cuatro miembros y le dificulta atarse los pasadores.

Reporte de la madre

- Es colaboradora por su propia iniciativa.
- Se va al baño sola.
- Le gusta bailar.
- Le dificulta atarse los pasadores de las zapatillas
- Presenta un lenguaje ininteligible
- Sociable.
- Risueña.

2.4 Informe Psicológico

Datos de Filiación

Nombre : Lucy
Lugar de nacimiento : "Hospital de Yungay "
Fecha de nacimiento : 13 -09-1999
Edad : 18 años
Sexo : Femenino
Grado y sección : 6to grado de Primaria Especial
Centro educativo : CEBE "San Martin de Porres"
Domicilio : San Martin de Porres
Fechas de evaluación : -28 y 29 de agosto del 2017.
-28 de septiembre del 2017.
-12 de octubre del 2017.
-27 de octubre del 2017.
Referido por : Docente
Examinador : Pool Francis Cumbicus Merino.

Motivo de Consulta

- Reevaluación Psicológica.
- Dificultades en el lenguaje expresivo y comprensivo.
- Problemas significativos en la coordinación motora fina y gruesa.
- dificultad para escribir y leer.
- Dificultad para atarse los pasadores.

Fuentes de Información

- Anamnesis psicológica
- Entrevista
- Observación
- Reportes

Aplicación de los siguientes instrumentos psicológicos:

- La Escala de Inteligencia Stanford-Binet.
- La Escala de Madurez Social de Vineland.
- El Test de Vocabulario de las Figuras de Peabody.
- La Escala de Evaluación Conductual de Martín Kozloff.

Observaciones generales y de conducta

La evaluada es de contextura gruesa y tez trigueña, tiene ojos y cabellos de color negro. Presenta una vestimenta adecuada a la estación y buen aliño personal.

Lucy es una adolescente tranquila, muy risueña, reacciona positivamente a los elogios, también imita modelos motores simples, colabora, se aproxima a la gente por iniciativa propia, mantiene un contacto ocular espontáneo, presta atención a las indicaciones y espera su turno.

Durante el proceso de evaluación la examinada mostro interés y colaboración ante los reactivos que eran presentados, evidenciándose entusiasmo al realizar las actividades. En ocasiones es necesario repetirle las instrucciones porque parece no comprender con facilidad.

Se expresa verbalmente con mucha dificultad, no pronuncia correctamente los diferentes fonemas por lo cual difícilmente se puede comprender lo que trata de decir.

Antecedentes

La mamá tuvo un embarazo hasta 8 meses y 20 días, con un adecuado estado emocional y de salud; no tuvo control médico, asimismo el embarazo fue deseado y programado por ambos padres en donde se sentían muy alegres y contentos. El tipo de parto fue normal, nació en el hospital de Yungay en donde fue atendida por un médico especializado, lloró inmediatamente al nacer, y fue entonces que les comunicaron que su hija había nacido con Síndrome de Down, haciéndole conocer a los padres a los dos días de nacida. Tomó leche materna hasta los tres años, en su desarrollo psicomotor se observa que presenta hipotonía leve en los cuatro miembros, asimismo

presenta retraso en el desarrollo motor y de lenguaje, así como en el aprendizaje de hábitos. Inició su educación a los 2 años, en la Institución “Pronoei Divino niño Jesús”, posteriormente a los 7 años ingreso al CEBE San Martín de Porres hasta la actualidad. Actualmente la adolescente vive con ambos padres, presenta una familia funcional, existe buena comunicación en la familia, es la última de dos hijas, su mamá le ayuda en las tareas ya que el papá trabaja. Ambos padres se preocupan por el futuro de su hija y se adaptan a las condiciones que presenta Lucy.

Análisis e interpretación de los resultados

- De acuerdo con los resultados de la evaluación psicológica realizada, vemos que Lucy se desenvuelve con un Cociente intelectual de 30 correspondiente a una categoría diagnóstica de Retardo mental Severo y una edad mental de 3 años, 9 meses. Se observa un mejor desempeño en el área de memoria, concentración, juicio y razonamiento presentándose una edad mental de 4 años, 6 meses, lo cual implica habilidad para conceptualizar, prestar atención, resolver problemas generales, además de responder a situaciones de la vida diaria, logrando adaptarse. Existe un menor desempeño en el área visomotora, vocabulario y fluidez verbal con una edad mental de 2 años, 3 meses observándose dificultades para escribir, cortar, además problemas de lenguaje expresivo y poca articulación de las palabras. En el área de comprensión general presenta una edad mental de 3 años, 6 meses presentándose dificultades en la comprensión.
- En el área social presenta un nivel de madurez social Moderado con una edad social equivalente a 7 años, 6 meses en donde se evidencia

un mejor desempeño en ocupación con una edad social de 2 años, 15 meses pudiendo Lucy realizar trabajos rutinarios en casa como barrer, limpiar la sala, ordenar su cuarto, lavarse, peinarse y bañarse sola.

En el área de ayuda en sí mismo (comida y vestido) presenta una edad social de 8 años, 9 meses en donde la examinada puede vestirse, desvestirse sin ayuda, utilizar la cuchara y el tenedor adecuadamente.

Existe un menor desempeño en habilidades de locomoción, comunicación y dirección con una edad social de 3 años, 4 meses por el cual la examinada no va al colegio sola, ni a lugares distantes, camina por el vecindario con supervisión, asimismo presenta dificultades para escribir y leer palabras simples, relatar experiencias, hacer llamadas telefónicas, realiza compras menores y no se le confía el dinero.

- En el área de inteligencia no verbal presenta un muy lento aprendizaje para comprender y entender los textos. Su lenguaje es ininteligible y se comunica con gestos.
- En el área conductual presenta habilidades para escuchar, mirar y moverse. También se evidencia habilidad de imitación motora y verbal. Asimismo presenta un pobre lenguaje funcional, pocas habilidades de autonomía, escasa disposición para el aprendizaje y no presenta conductas problemáticas.

Conclusión diagnóstica

Lucy es una adolescente que presenta Síndrome Down, actualmente se desempeña con un nivel intelectual correspondiente a la categoría de Retardo mental severa, sus mejores recursos están relacionados con su atención y memoria.

Socialmente se encuentra funcionando a nivel de Retardo social moderado siendo capaz de realizar actividades de autoayuda para el vestido, alimentación y ocupación; sin embargo existen dificultades para atarse los zapatos así como en actividades que requieren de coordinación motora fina, existiendo además dificultades en su lenguaje expresivo.

Emocionalmente es capaz de dar y recibir afecto, le gusta interactuar con sus compañeros.

Recomendaciones

- Continuar su educación especializada en el CEBE
- Diseñar y aplicar un programa para incrementar sus conductas de autovalimiento (atarse los pasadores).
- Estimular sus habilidades sociales.
- Estimular su coordinación motora fina a través de actividades manuales.
- Orientación psicológica a la familia.

Gráfico n°1

2.5 Perfil del Funcionamiento Psicológico

Nombre: Lucy

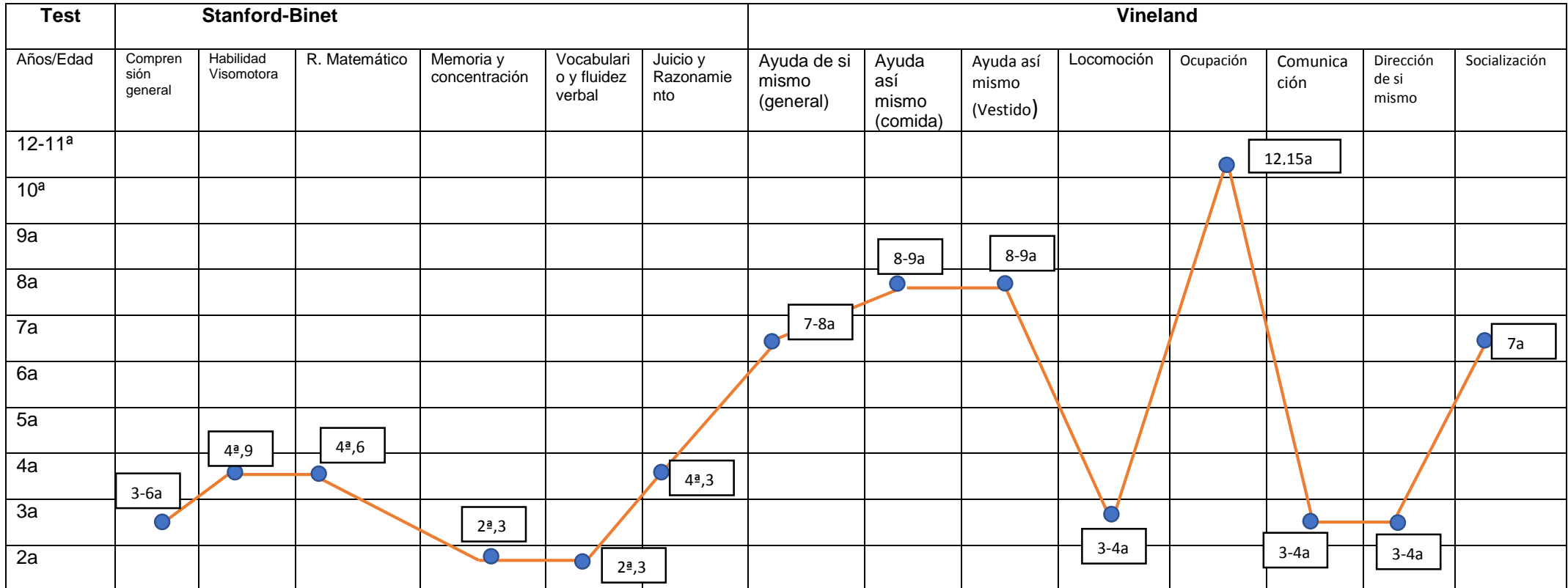
Edad: 18 años

Grado de Instrucción: Estudiante

Aula: 6to grado

Fecha de evaluaciones: 29 de agosto y 28 de septiembre del 2017

Examinador: Pool Francis Cumbicus Merino.



CAPÍTULO III

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA

3.1 Identificación del Problema Específico

Luego de haber revisado y analizado la información obtenida a través de las observaciones y evaluaciones; y de acuerdo a las necesidades y dificultades de la adolescente, se ve por conveniente la aplicación de un programa de autovalimiento ya que a Lucy le dificulta atarse los pasadores, puesto que este programa tiene la finalidad de que exista una mayor adaptación al medio, así mismo pueda lograr su independencia personal en aspectos relacionado al vestido y atarse los pasadores adecuadamente sin ayuda. En la intervención psicológica, se utilizará las técnicas de modificación de conducta, basadas en el Análisis Conductual Aplicado.

3.2 Análisis Funcional de la conducta de atado de pasadores

Se muestra a continuación los resultados del análisis funcional, el cual evalúa una conducta en términos observables estableciendo tanto sus antecedentes como los consecuentes que sostienen la conducta.

TABLA 1**Análisis funcional de la conducta de atado de pasadores**

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENTES
En el aula de clase La profesora la observa y le indica que se ate los pasadores.	Lucy intenta atarse los pasadores, pero no logra atárselos.	La profesora le ata los pasadores.
En el ambiente de terapia física se le ordena que se ate los pasadores.	Lucy le dificulta ponerse los pasadores.	El terapeuta físico le observa y le ata los pasadores.
En el recreo se le indica que se ate los pasadores.	Lucy intenta ponerse los pasadores, pero no logra atarse.	El Portero observa a Lucy y le ata los pasadores.

3.3 Diseño del Programa de Tratamiento

PROGRAMA PARA ATARSE ADECUADAMENTE LOS PASADORES

I. DATOS PERSONALES

Nombre	: Lucy
Edad cronológica	: 18 años, 11 meses
Fecha de nacimiento	: 13-09-99
Lugar de nacimiento	: “Hospital de Yungay “
Sexo	:Femenino
Grado de instrucción	: 6to grado de Primaria Especial
Centro educativo	: CEBE SAN MARTIN DE PORRES
Horario	: Lunes –Viernes de 8:30-9:40
Examinador	: Pool Francis Cumbicus Merino.

OBJETIVO GENERAL

Que la adolescente logre atarse los pasadores sin ninguna dificultad para su independencia personal.

OBJETIVO ESPECIFICO

Al terminar el programa la adolescente será capaz de atarse los pasadores adecuadamente ante la sola indicación del instructor con 100 % de efectividad.

DEFINICIÓN

La conducta de autovalimiento es la habilidad en donde el niño o adolescente se desempeña en diversas actividades de la vida diaria. La conducta de atarse los pasadores se considera correcta cuando sigue los siguientes pasos:

- A. Estirar los pasadores
- B. Pasarlo por los agujeros delanteros.

- C. Cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos.
- D. Cruzar los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustar (nudo).
- E. Continuar ajustando y doblar uno de ellos (oreja).
- F. Dar la vuelta con el otro extremo del pasador al que ya doblado, jalar hasta formar el lazo y ajustar.

REPERTORIO INICIAL

La examinada debe contar con las conductas básicas de atención, imitación y seguimiento de instrucciones y no debe presentar impedimentos físicos ni sensoriales.

REPERTORIO FINAL

Al finalizar el programa, la examinada debe realizar sola la conducta antes mencionada en la definición con un 100 % de efectividad.

MATERIALES

Material: Plantilla o molde de zapatillas para atado de pasadores, un par de zapatillas, hojas de registro y un lápiz.

AMBIENTE

- En el aula de clase.
- En el ambiente de terapia física.
- En el recreo.

TECNICAS A UTILIZAR

Según Garry (2008), en su libro “Técnicas de modificación de conducta” establece los siguientes conceptos teóricos:

REFORZAMIENTO POSITIVO:

Es un procedimiento mediante el cual se le presenta al sujeto un estímulo que le gusta o le interesa inmediatamente después de la realización de la conducta, con esto se consigue aumentar la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir.

-REFORZADOR SOCIAL: Es la forma de consolidar al sujeto para realizar una acción que se compone de acciones positivas. (Reforzadores sociales: halagos, aplausos, etc.)

-ENCADENAMIENTO HACIA ADELANTE: En este tipo de encadenamiento se enseñan las conductas una a una, iniciando de nuevo la cadena cada vez que se añade un nuevo segmento. En primer lugar, se ejecuta el primer eslabón y se obtiene un refuerzo; posteriormente se lleva a cabo de nuevo la primera conducta de la cadena y a continuación la segunda, y así sucesivamente.

Hay dos modos básicos para enseñar una cadena de conductas. El encadenamiento mediante tarea total (Enseña ABCD, Enseña ABCD, Enseña ABCD...) y el encadenamiento mediante tarea parcial (La cadena por partes y combinarlos con los pasos hasta formar la cadena completa). Dentro de este encadenamiento existen tres tipos: Encadenamiento puro, progresivo y hacia adelante. Dentro de la técnica del programa de atado de pasadores se utilizó el encadenamiento hacia adelante cuyo procedimiento es enseñar A, enseñar B ,enseñar AB,enseñar C, enseñar ABC, enseñar D, enseñar ABCD,enseñar E,

enseñar ABCDE, enseñar F y enseñar ABCDEF. Todas estas conductas se deben realizar hasta formar la cadena completa.

-MODELADO: Es el aprendizaje mediante la observación e imitación, consiste en una herramienta en la que se utiliza un modelo que ejecute conductas verbales y motoras exactas que se esperan del sujeto, mientras este observa y escucha.

-ESTIMULOS DE APOYO: Estos son estímulos que ya tiene un control sobre la conducta que deseamos reforzar dentro de una nueva situación para ello se utilizarán la instigación verbal y física.

DISEÑO EXPERIMENTAL

Según Reynaldo Alarcón (1991), comprende de una fase “A” para obtener una estable línea base y una fase “B” en la que se introduce el tratamiento. En ambas fases se toma medidas repetidas; en la primera fase “A” el investigador efectúa una serie de observaciones y toma continuas medidas para determinar la frecuencia de ocurrencia de la conducta bajo estudio. En fase “B” introduce la variable independiente y registra los cambios en la variable dependiente. De producirse cambios se atribuye a la acción de la variable independiente.

3.4 Aplicación del programa de tratamiento

FASE I: LINEA BASE

Esta fase se realiza en condiciones naturales, en el patio de juegos, también se pudo apreciar la conducta a la hora de terapia física, así como en el aula de clase donde la alumna realiza diversas actividades; a la alumna se le observó con los pasadores sueltos, para lo cual se le dio la siguiente instrucción: “Lucy mira tus zapatillas, tus pasadores están sueltos, ¡átalos! ¡te

puedes caer!“, este procedimiento se repite en tres sesiones. Se aplica el programa si observamos que la alumna tiene dificultades para hacerlo.

FASE II: ENTRENAMIENTO

La conducta de atarse los pasadores se ha dividido en pequeñas conductas para poder ser trabajado, cada tarea se realiza a largo de las diferentes sesiones: Se empleará la instigación verbal y física, luego el encadenamiento y el modelado para que la alumna emita la conducta. Se registran los aciertos y errores en la ejecución de las tareas mencionadas.

Cuando la alumna realice cada paso a cualquier nivel de independencia, se refuerza la conducta diciéndole: “Muy bien“, “eso es“, “Tu puedes“, “Te felicito“, “Lo lograste“, “Excelente“.

El encadenamiento hacia adelante se empieza de la conducta inicial hasta llegar al final de la conducta. Cabe resaltar que paralelamente se irán aplicando las técnicas del modelado, reforzamiento positivo, encadenamiento hacia adelante, instigación verbal y física. El siguiente paso se realiza de la siguiente manera: “Lucy vamos a atar los pasadores ”, Mira lo que voy hacer para que después tú lo hagas, luego de realizar el modelado diciéndole : primero a si debemos estirar los pasadores y se le entrega para que lo ejecute (A), luego estiramos el pasador y pasamos por los agujeros delanteros, se le apoyara con el estímulo instigador(A,B).Así mismo estiramos el pasador, pasamos por los agujeros delanteros , cruzamos el pasador por los agujeros y lo apretamos fuerte(A,B,C). Seguirán reforzando todas las aproximaciones y alentándola para que lo haga. Ahora estiramos el pasador, pasamos por los agujeros delanteros, cruzamos el pasador por los agujeros y lo apretamos fuerte; Así mismo cruzamos los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo

del otro y ajustarlo fuerte (nudo) (ABCD). Para continuar se debe asegurar que cada eslabón este bien realizado .Luego estiramos el pasador, pasamos por los agujeros delanteros, cruzamos el pasador por los agujeros y lo apretamos fuerte; Así mismo cruzamos los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustarlo fuerte (nudo); Continuar ajustando y doblar uno de ellos (oreja) (ABCDE). Finalmente estiramos el pasador, pasamos por los agujeros delanteros, cruzamos el pasador por los agujeros y lo apretamos fuerte; Así mismo cruzamos los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustarlo fuerte (nudo); Continuar ajustando y doblar uno de ellos (oreja) y para culminar damos la vuelta con el otro extremo del pasador al que ya doblado, jalar hasta formar el lazo y ajustarlo (ABCDEF).

Para afianzar el aprendizaje de la conducta completa de atarse el pasador, la técnica del modelado se realiza de la siguiente manera:

Lucy observa lo que te voy a enseñar; primero estiramos los pasadores, luego pasamos los cordones por los agujeros delanteros, luego cruzamos el pasador por los agujeros y lo apretamos fuerte, luego realizamos el nudo y las orejas ajustando fuerte al momento de cruzarlos y finalmente dar la vuelta con el otro extremo del pasador al que ha doblado, jalar hasta formar el lazo y ajustar. ¡Lucy observaste lo que vas a hacer! ¡Ahora quiero que lo hagas tú! Al momento de realizar las conductas de atado de pasadores se va instigando la conducta y se va reforzando las conductas realizadas.

FASE III: DESVANECIMIENTO

El instructor hace que la adolescente realice de manera sola la conducta de atado de pasadores, diciéndole: “Lucy ata tus pasadores”, Lucy coge y estira el pasador, luego pásalo por los agujeros delanteros sin ayuda. Seguidamente

logra cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos. Así como cruzar los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustar (nudo). Así mismo continúa ajustando y doblar uno de ellos (oreja) y luego da la vuelta con el otro extremo del pasador al que ya doblado, jala hasta formar el lazo y ajustar. El instructor observara las conductas a través del modelado, por el cual se debe instigar y motivar a la evaluada para poder realizar la conducta.

En esta fase se disminuye la instigación verbal para que la evaluada realice la instrucción “Atarse el pasador”. La adolescente debe realizar la conducta en una sola instrucción, pero se sigue reforzando las conductas.

FASE IV: GENERALIZACIÓN

Para que la conducta se generalice, se le prepara a la madre para que continúe con el entrenamiento en casa y pueda atarse los pasadores de los zapatos o zapatillas.

FASE V: EVALUACIÓN FINAL

Se registrarán al igual que la línea base y se llevará a cabo en las últimas semanas registrándose la ejecución de las conductas en un 100% de efectividad.

FASE VI: SEGUIMIENTO

Concluido el programa, se repite el mismo procedimiento de la evaluación final durante las dos semanas con el fin de observar el mantenimiento de la conducta establecida.

3.5 Resultados del tratamiento

Los resultados obtenidos a través del “PROGRAMA DE AUTOVALIMIENTO, DE ATADO DE PASADORES”, son presentados a continuación:

3.5.1 Línea Base

La línea base se realizó en 3 sesiones y se registraron las conductas de atado de pasadores en la tabla 2, se determinó si Lucy puede atarse los pasadores sola. En esta tabla se observa que en la primera sesión logró realizar solo el primer paso de la conducta y obtuvo un 17%. En la segunda sesión logró las dos primeras conductas obteniendo un 33%. En la tercera sesión solo realizó la primera conducta con un 17% del total de las conductas desarrolladas.

TABLA 2

Línea base de las conductas por sesiones

PASOS Y SESIONES	1	2	3
Estirar los pasadores	✓	✓	✓
Pasarlo por los agujeros delanteros.	X	✓	X
Cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos.	X	X	X
Cruzar los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustar (nudo).	X	X	X
Continuar ajustando y doblar uno de ellos (oreja).	X	X	X
Dar la vuelta con el otro extremo del pasador al que ya doblado, jalar hasta formar el lazo y ajustar.	X	X	X
TOTAL	1	2	1
%	17%	33%	17%

3.5.2 Intervención

La intervención se desarrolló en 17 sesiones con 30 minutos de duración, en las que se pudo observar las conductas que Lucy fue desarrollando el atado de pasadores. Se trabajó un registro semanal por sesiones para determinar su avance. Se observó que las conductas de atado de pasadores han ido mejorando durante el proceso de intervención. En la tabla 3 se observa la fase de intervención de todos los pasos de atado de pasadores. En la sesión 4 desarrollo “Estirar los pasadores y pasarlo por los agujeros delanteros” y obtuvo un 33 %. En la sesión 5 y 6 realizó las conductas “Estirar los pasadores, pasarlo por los agujeros delanteros, cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos.” y obtuvo un 50%. En la sesión 7 hasta la sesión 9 logró las cuatro primeras conductas de atado de pasadores obteniendo un 66,6%. En la sesión 10 hasta la 16 realizó las cinco conductas de atado de pasadores con un 83,3% del total de las conductas desarrolladas. Finalmente, en la sesión 17 realizó todas las conductas de atado de pasadores con 100 % de efectividad.

TABLA 3

Intervención de las conductas por sesiones:

PASOS Y SESIONES	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Estirar los pasadores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pasarlo por los agujeros delanteros.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos.	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cruzar los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustar (nudo).	X	x	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Continuar ajustando y doblar uno de ellos (oreja).	X	x	x	x	x	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dar la vuelta con el otro extremo del pasador al que ya doblado, jalar hasta formar el lazo y ajustar.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	✓
TOTAL	2	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6
%	33%	50%	50%	66,6%	66,6%	66,6%	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	100%

3.5.3 Evaluación final

La evaluación final se desarrolló en 3 sesiones durante 30 minutos, en las que se pudo observar las conductas de la evaluada. En la tabla 4 Lucy realiza las conductas de atado de pasadores sin ninguna dificultad logrando un 100% de efectividad del total de las conductas desarrolladas.

TABLA 4

Evaluación final de las conductas por sesiones

PASOS Y SESIONES	18	19	20
Estirar los pasadores	✓	✓	✓
Pasarlo por los agujeros delanteros.	✓	✓	✓
Cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos.	✓	✓	✓
Cruzar los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustar (nudo).	✓	✓	✓
Continuar ajustando y doblar uno de ellos (oreja).	✓	✓	✓
Dar la vuelta con el otro extremo del pasador al que ya doblado, jalar hasta formar el lazo y ajustar.	✓	✓	✓
TOTAL	6	6	6
%	100%	100%	100%

3.5.4 Seguimiento

El seguimiento se desarrolló en 3 sesiones durante 30 minutos, en las que se pudo observar las conductas de la evaluada. En la tabla 5 Lucy realiza las conductas de atado de pasadores sin ninguna dificultad logrando un 100% de efectividad del total de las conductas.

TABLA 5

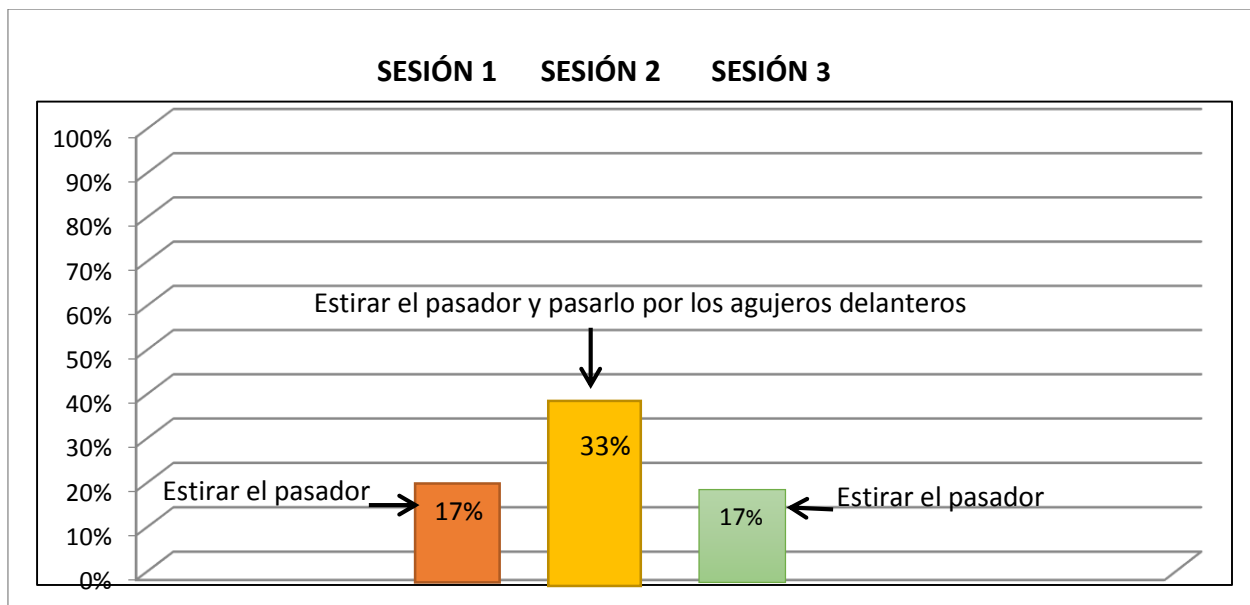
Seguimiento de las conductas por sesiones:

PASOS Y SESIONES	21	22	23
Estirar los pasadores	✓	✓	✓
Pasarlo por los agujeros delanteros.	✓	✓	✓
Cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos.	✓	✓	✓
Cruzar los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustar (nudo).	✓	✓	✓
Continuar ajustando y doblar uno de ellos (oreja).	✓	✓	✓
Dar la vuelta con el otro extremo del pasador al que ya doblado, jalar hasta formar el lazo y ajustar.	✓	✓	✓
TOTAL	6	6	6
%	100%	100%	100%

3.5.5 Resultados en gráficos y en porcentaje

Gráfico N°2

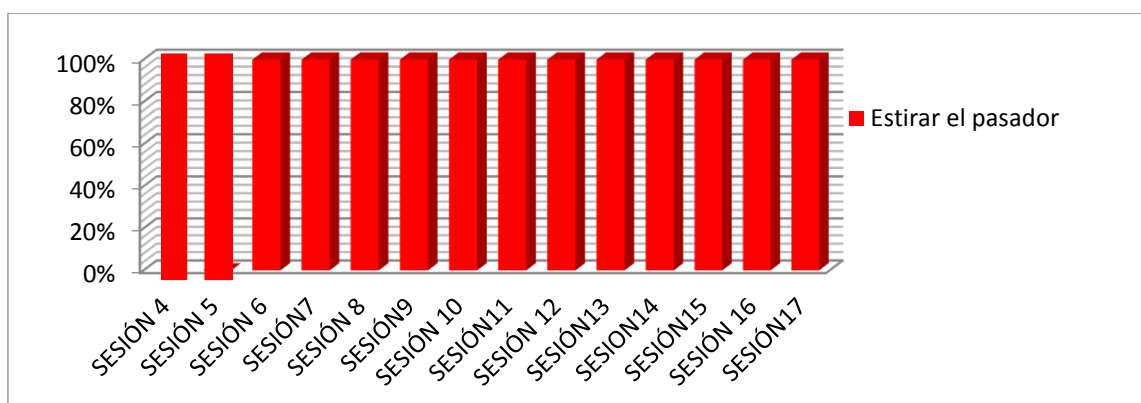
Línea base de las conductas de atado de pasadores por sesiones



- En la primera y la tercera sesión la adolescente logró desarrollar la conducta estirar el pasador y obtuvo un 17%, mientras que en la segunda sesión realizó las conductas estirar el pasador y pasarlo por lo agujeros delanteros con un 33% del total de las conductas desarrolladas.

Gráfico N°3

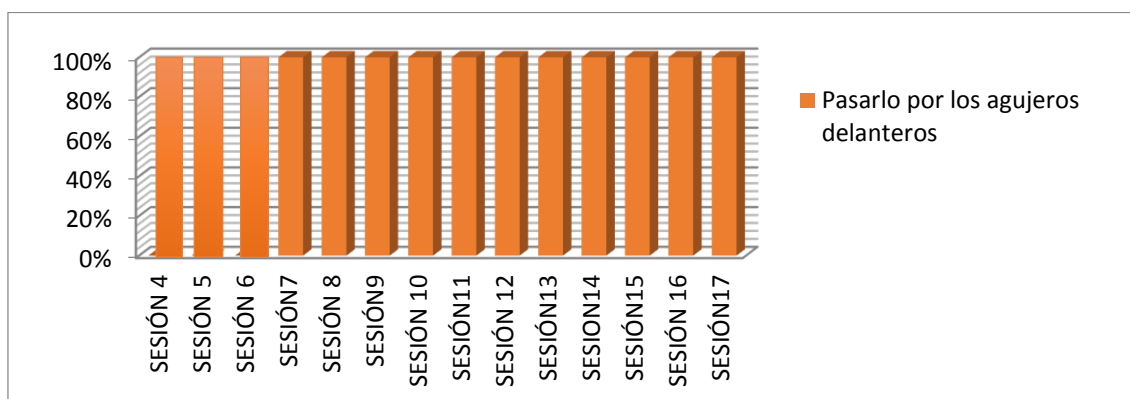
Intervención de la conducta Estirar el pasador por sesiones:



-Se puede observar que en la sesión 4 hasta la sesión 17 obtuvo un 100% de efectividad de la conducta estirar el pasador sin dificultad.

Gráfico N°4

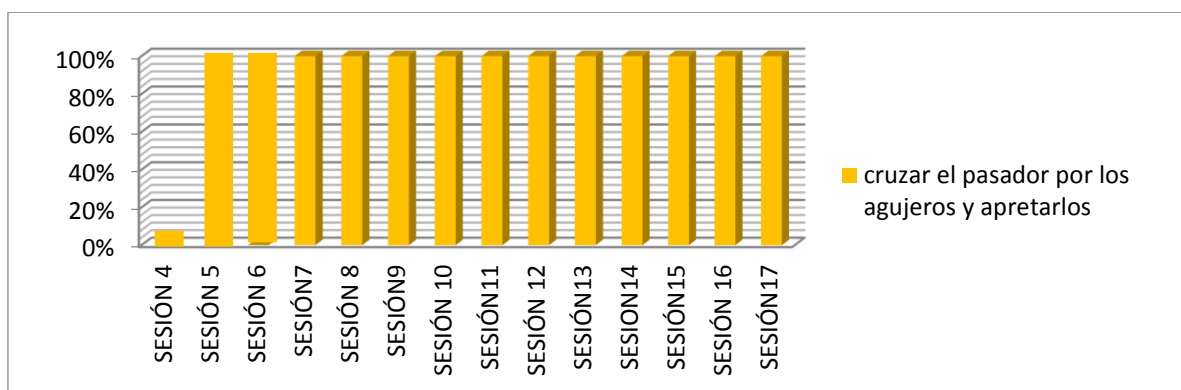
Intervención de la conducta pasarlo por los agujeros por sesiones:



- Se puede observar que en la sesión 4 hasta la sesión 17 obtuvo un 100% de efectividad de la conducta coger el pasador y pasarlo por los agujeros delanteros sin ninguna dificultad.

Gráfico N°5

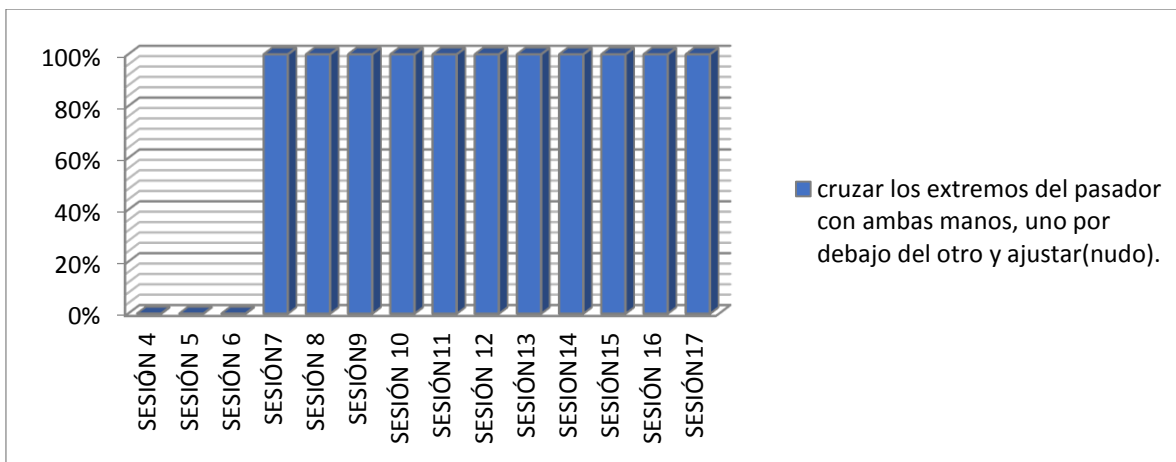
Intervención de la conducta cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos por sesiones:



- Se puede observar que en la sesión 4 no logró desarrollar la conducta, mientras que en la sesión 5 hasta la sesión 17 obtuvo un 100% de efectividad de la conducta cruzar el pasador por los agujeros y apretarlos sin dificultad.

Gráfico N°6

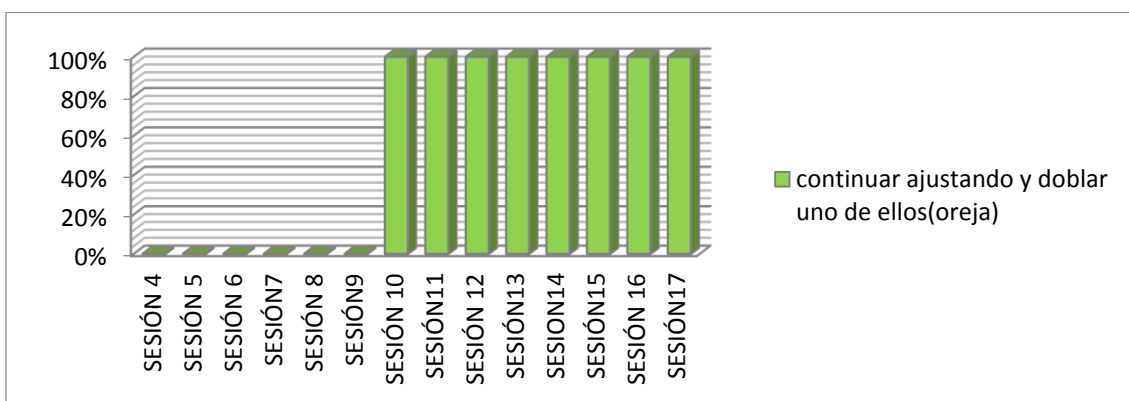
Intervención de la conducta cruzar los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustar (nudo) por sesiones:



-Según el gráfico en las sesiones 4, 5 y 6 no logra ejecutar la conducta evaluada. En la sesión 7 hasta la sesión 17 llegó a un 100% de efectividad de la conducta cruzar los extremos del pasador con ambas manos, uno por debajo del otro y ajustar (nudo) si ninguna dificultad.

Gráfico N°7

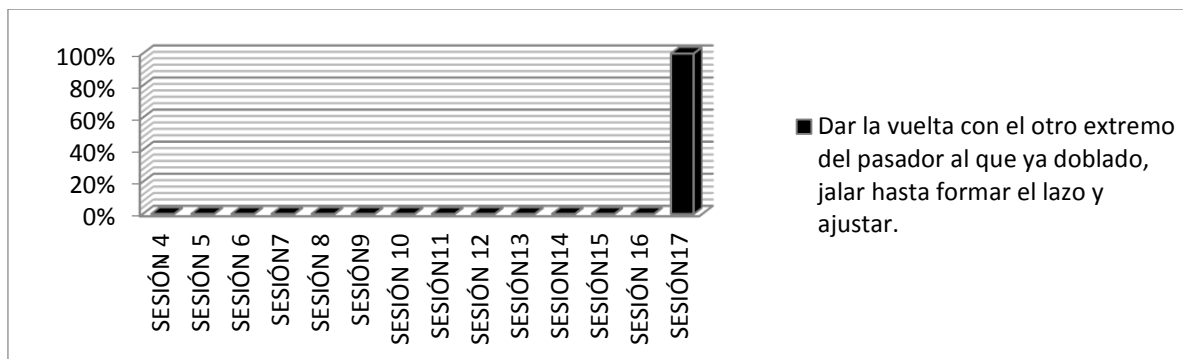
Intervención de la conducta continuar ajustando y doblar uno de ellos (oreja) por sesiones:



-Según el gráfico de la sesión 4 hasta la sesión 9 le dificulta desarrollar la conducta evaluada. En la sesión 10 hasta la sesión 17 llegó a un 100% de efectividad de la conducta continuar ajustando y doblar uno de ellos (oreja).

Gráfico N°8

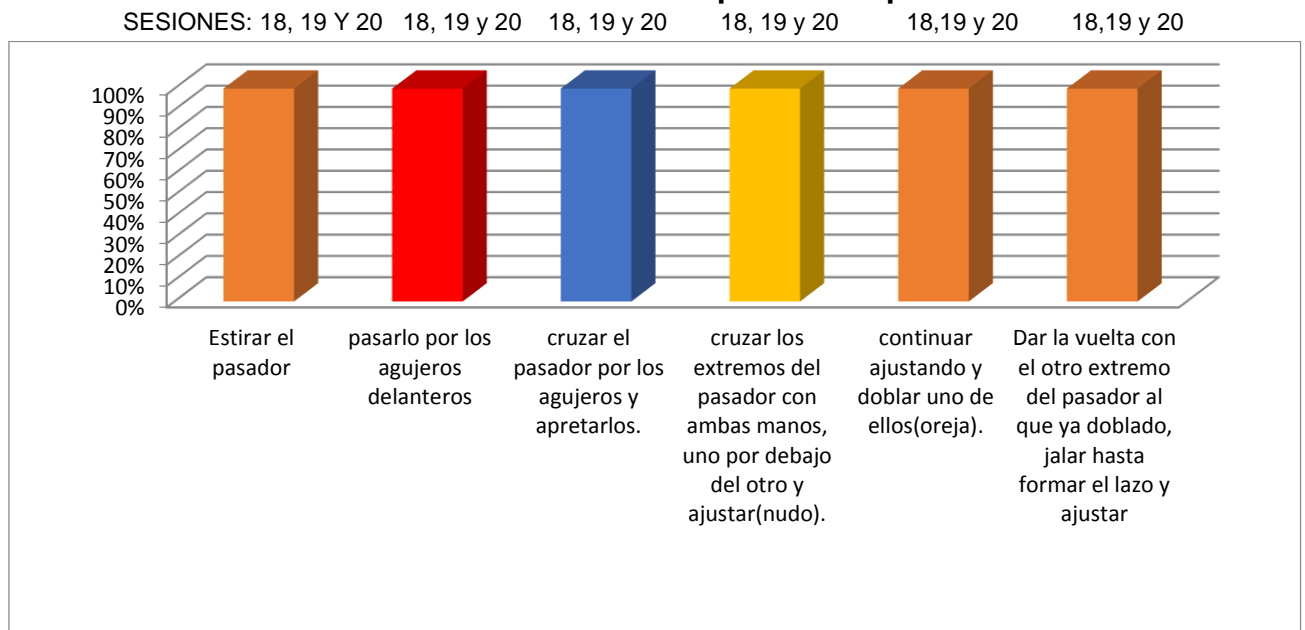
Intervención de la conducta dar la vuelta con el otro extremo del pasador al que ya doblado, jalar hasta formar el lazo y ajustar por sesiones:



- Según el gráfico en la sesión 4 hasta la sesión 16 no logra desarrollar la conducta evaluada. En la sesión 17 logró un 100% de efectividad de la conducta dar la vuelta con el otro extremo del pasador al que ya doblado, jalar hasta formar el lazo y ajustar sin dificultad.

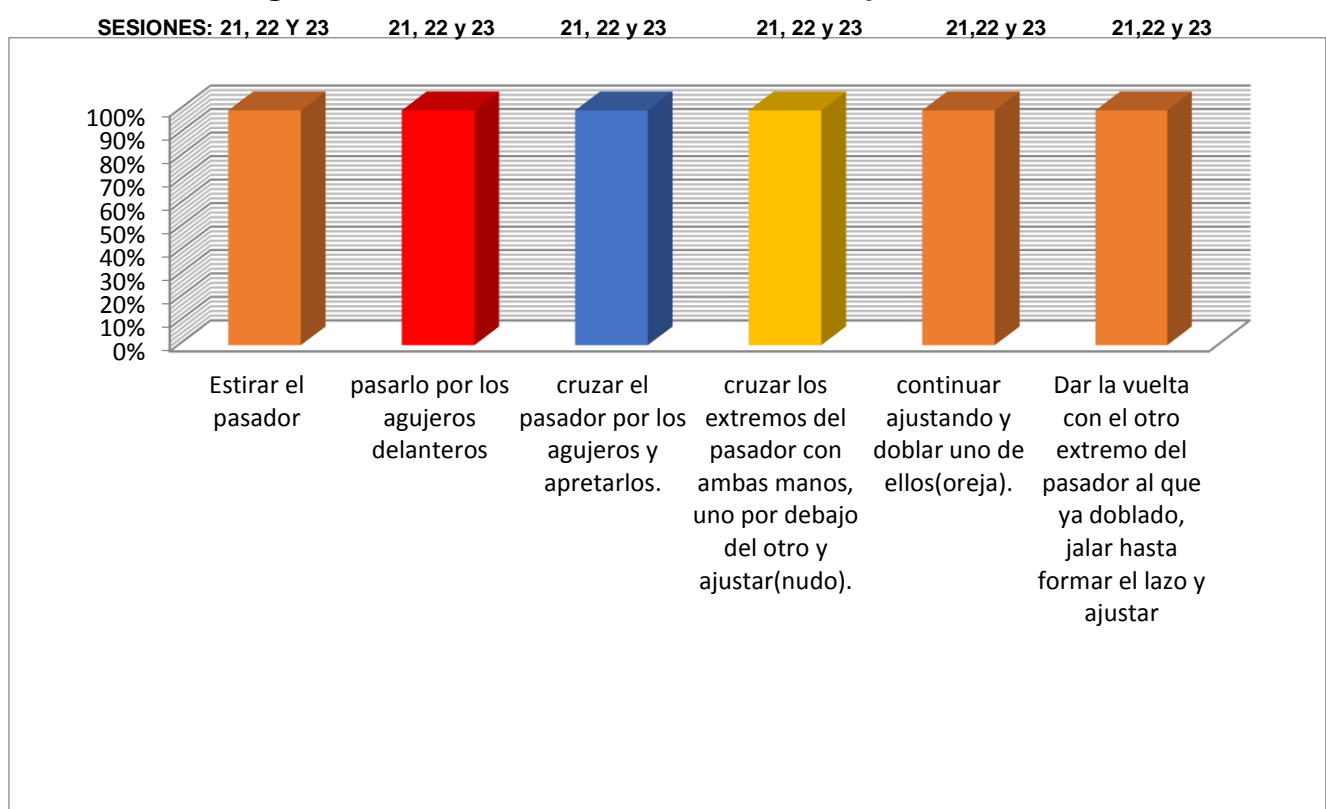
Gráfico N°9

Evaluación final de las conductas de atado de pasadores por sesiones:



-Se observa un total de 100% de efectividad en las sesiones 18,19 y 20.

Gráfico N°10 Seguimiento de la conductas de atado de pasadores



-Se observa un total de 100% de efectividad en las sesiones 21,22 y 23.

3.5.6 Informe del Tratamiento

El presente programa tuvo como objetivo central realizar un programa de autovalimiento para atarse los pasadores en una adolescente de 18 años de edad con Síndrome de Down. En este programa se utilizó las técnicas de modificación de conductas tales como: El reforzador positivo, reforzador social, el modelado, encadenamiento hacia adelante e instigación verbal o física. Teniendo en cuenta que Lucy es una adolescente que presenta dificultades para atarse los pasadores se propuso en realizar este programa de autovalimiento en 6 pasos con la finalidad de que logró atarse los pasadores y pueda independizarse sola.

Propuestos lo objetivos, se procedió al programa de autovalimiento de atado de pasadores para su vida diaria. En primer lugar, se trabajó la línea base en 3 sesiones, en donde se observó las conductas que puede hacerlo sola. En segundo lugar, se realizó la fase de intervención (sesión 4 hasta la sesión 17), en donde se trabajó con la evaluada paso por paso. En tercer lugar, la evaluación final (sesión18 hasta la sesión 20), para verificar si realiza los pasos de las conductas evaluadas sin dificultad. En cuarto lugar, la fase de seguimiento (sesión 21 hasta sesión 23), para determinar si la conductas evaluadas fueron desarrolladas sin ningún problema y finalmente la generalización de las conductas. Todas estas sesiones se realizaron en los tres ambientes: En el aula de clase, terapia física y patio del colegio con la finalidad de poder obtener éxito en el programa de tratamiento.

Las 23 sesiones fueron desarrolladas con normalidad y sin ninguna dificultad, realizando cada paso del programa de tratamiento. Lucy se mostró colaboradora y atenta a las indicaciones establecidas. Durante el programa del tratamiento la evaluada realizó los pasos del atado de pasadores con el instructor

y al finalizar se retiró con un buen comportamiento logrando su objetivo, pudiendo realizar el atado de pasadores con un porcentaje de 100% del total de las conductas evaluadas. También se pudo realizar el trabajo con apoyo de la profesora y terapeuta físico mientras hacían sus labores académicas.

En el proceso de línea base se pudo observar las dificultades que presenta Lucy y que conductas pudo realizar de manera sola. En las 3 primeras sesiones, realizó las dos primeras conductas: “Estirar el pasador y pasarlo por los agujeros delanteros”. En la fase de intervención se pudo determinar que Lucy realiza el atado de pasadores paso por paso con el instructor, pudiendo realizar las 6 conductas evaluadas en la sesión 17 del programa de autovalimiento. En la fase de evaluación final la adolescente realiza los 6 pasos de las conductas sin dificultad y en la fase de seguimiento se pudo determinar que logró las 6 conductas propuestas en el programa de tratamiento con un 100 % de efectividad del total de las conductas evaluadas.

En conclusión, se puede establecer que el programa de tratamiento de autovalimiento fue un éxito, ya que se generalizó las conductas de atado de pasadores sin ningún problema y permitió que Lucy se independice sola en su vida diaria.

CAPÍTULO IV

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Resumen

El presente caso de estudio se trata de Lucy que tiene 18 años, nació el 13-09-1999 en Lima, actualmente vive en el distrito de SAN MARTIN DE PORRES, cursa manualidades en el CEBE SAN MARTIN DE PORRES, las fechas de evaluación fueron el 28 y 29 de agosto, el 28 de septiembre, el 12 de octubre del 2017 y el 27 de octubre del 2017.

En el proceso de evaluación, en cuanto al motivo de consulta la examinada tiene dificultades en el lenguaje expresivo, la comprensión, habilidades motoras gruesas y finas, también para atar los pasadores, leer y escribir. Asimismo, le gusta escuchar música y ver la televisión.

Con respecto a la **anamnesis psicológica**, Lucy es la última de dos hermanas, el embarazo fue deseado por ambos padres, parto normal de 8 meses y 20 días, la joven nació en el Hospital Yungay, presento coloración morada y lloró inmediatamente. Después del nacimiento fue diagnosticada con Síndrome de Down, haciéndole conocer a los padres a los dos días de nacida. Tomo leche materna hasta los dos años, presenta retraso en el desarrollo motor y en el aprendizaje de hábitos. Inicio su educación a los 2 años, en la institución “Pronoei Divino niño Jesús”, posteriormente a los 7 años ingreso al CEBE san Martin de Porres hasta la actualidad. En el hogar realiza tareas como limpiar su cuarto y apoyar en las tareas del hogar. Se relaciona y se adapta con facilidad.

En relación a la **historia familiar**, pertenece a una familia funcional, la adolescente vive con ambos padres y hermanas. La madre le apoya en las tareas académicas, el papá la engríe como una niña, ambos padres se preocupan por el

futuro de su hija, el tipo de autoridad de los padres es patriarcal con caracteres democráticos, existe una buena relación entre los padres y hermanas, evidenciándose la preocupación por el desarrollo de su hija y ante situaciones inadecuadas la familia le indica que se quede en su cuarto por un determinado tiempo.

En cuanto a la **observación**, la examinada fue observada en el ambiente de terapia física, en el aula de clases y en el patio del colegio. Antes del proceso de evaluación, Lucy mostró interés y rapport con el evaluador, sin embargo, en las siguientes sesiones trabajo con más empeño, motivación y precisión pudiendo terminar las evaluaciones satisfactoriamente. Es una adolescente con Síndrome de Down, tranquila, risueña, reacciona a los elogios, imita modelos motores simples, colabora, así mismo es persistente, se aproxima a la gente por iniciativa propia, mantiene un contacto ocular espontáneo, presta atención a las indicaciones, realiza manualidades, desarrolla las actividades con paciencia, espera su turno, obedece órdenes, sociable, y realiza tareas simples. Asimismo, presenta dificultades para expresar las palabras, comprender y se evidencia problemas visuales (estrabismo) en ambos ojos.

Luego de haber calificado e interpretado los instrumentos psicológicos aplicados se hizo la contrastación de la información que se ha ido obteniendo durante el proceso de evolución, posteriormente se efectuó la integración de la información para formular el diagnóstico. Los resultados del proceso de evaluación presentamos en el siguiente informe. Los datos generales, las fuentes de información, así como los antecedentes que ya fueron mencionados. En cuanto al análisis e interpretación del resultado, la examinada fue evaluada en el área intelectual, social y emocional. Todo ello lo resumimos

en la **conclusión diagnóstica** donde la examinada es una adolescente diagnosticada con Síndrome de Down, suele ser risueña, interactuar con sus compañeros de clase, llorar con cierta facilidad cuando no encuentra sus cosas y en sus momentos libres escuchar música y ver televisión. Asimismo se evidencia que ordena su cuarto, realiza tareas del hogar como lavar los servicios, barrer, trapear su casa, es capaz de vestirse, desvestirse sola, utilizar el tenedor, cuchara adecuadamente, presenta habilidad para concentrarse, resolver problemas generales y responder a situaciones de la vida diaria. Por lo tanto se observa que no va al colegio sola, ni a lugares distantes y camina por el vecindario con supervisión, presenta dificultades para escribir palabras simples, para la comprensión de dos o más ordenes, no consigue articular fluidamente frases u oraciones , se comunica con palabras sueltas y mal pronunciadas, siendo su lenguaje inteligible, dificultades para relatar experiencias, leer por iniciativa propia y hacer llamadas telefónicas, tampoco realiza compras menores y no se le confía el dinero.

En los resultados obtenidos con el **programa de intervención** en 23 sesiones, se demuestra que se ha desarrollado con éxito el programa de autovamiliendo sin ninguna dificultad para su vida diaria y se ha generalizado las conductas del atado de pasadores para su independencia.

4.2 Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones finales con referente al estudio de caso y programa de tratamiento:

1.- En la línea base del programa del tratamiento en la primera sesión logró la conducta estirar el pasador y obtuvo un porcentaje de 17%. En la segunda sesión desarrollo por si sola las conductas estirar el pasador y pasarlo por los agujeros delanteros con un total de 33%, mientras que en la tercera sesión realizó la conducta estirar el pasador obteniendo un 17% del total de las conductas desarrolladas.

2.- En la fase intervención del programa de tratamiento en la cuarta sesión un 33%, en la quinta y sexta sesión un 50%. En la séptima sesión hasta la novena sesión un 66,6%. En la décima sesión hasta dieciséis un total de 83,3% del total de las conductas desarrolladas y en la diecisiete sesión desarrollo todas las conductas con un 100% de efectividad.

3.- En la evaluación final del programa de tratamiento en las sesiones 18,19 y 20 logró un 100% de efectividad del total de las conductas desarrolladas.

4.-En la fase de seguimiento del programa del tratamiento en las sesiones 21,22 y 23 realizó todas las conductas con un 100% de efectividad.

5. -Lucy logró atarse los pasadores sin ninguna dificultad.

6.-Se desarrolló el atado de los pasadores haciendo uso de las técnicas de modificación de conductas: reforzamiento positivo, reforzador social, encadenamiento hacia adelante, el modelado, estímulos de apoyo tales como instigación verbal y física.

7.- El diseño reversible A-B permitió verificar que los resultados obtenidos se debieron a la utilización efectiva de las técnicas de modificación de conductas.

8.-Se logró el encadenamiento hacia adelante (A-B-C-D-E-F) hasta lograr la conducta de atarse los pasadores sin dificultad.

9.- Se evidencia un mejor desempeño en las áreas de ocupación social, ayuda así mismo general, ayuda así mismo (comida), ayuda así mismo (vestido) y área de socialización.

10.- Presenta un mejor desempeño en las áreas de habilidad visomotora, memoria, concentración, juicio y razonamiento.

11.-El programa de autovalimiento de atado de pasadores fue muy efectiva para lograr su independencia en su vida diaria.

4.3 Recomendaciones

1. Continuar desarrollando programas de autovalimiento para su vida diaria.
2. Participar de talleres que más le gusten como danzas o deportes.
3. Generalizar el trabajo del atado de pasadores para incrementar su autonomía.
4. Continuar en la educación especial.
5. Seguir realizando tareas en el hogar.
6. Estimular sus habilidades sociales.
7. Estimular su coordinación motora fina a través de actividades manuales.
8. Orientación psicológica a la familia.

REFERENCIAS

- Bardales, E., & Diana, L. (2014). *Estilos de crianza y Desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de una institución educativa estatal*. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/340>.
- Carbajal, G., & Vega, S. (2013). *Grado de depresión y apoyo familiar percibido por el adulto mayor*. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/267>.
- Chaves, L., & Cabrera. (2001). Modelos y enfoques en intervención familiar. *Intervención Psicosocial*. 10(2), 185-198.
- Gasset, D. (2000). *El ocio en las personas con síndrome de Down*. (Tesis de Pregrado). Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/5208/1/T24821.pdf>
- Guerra, B. (2000). *Síndrome de Down y respuesta al esfuerzo*. (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/36649>.
- García, M. (2016). Los sentimientos de los hermanos con discapacidad intelectual o del desarrollo. *Revista Virtual Down* 21.19(2), 53-75. Recuperado de <https://www.down21.org/revista-virtual/revista-virtual-2016/1715-revista-virtual-abril-2016-numero-179/2923-articulo-profesional-mes-de-abril-2016.html>.
- Kleiman, S. (2009). Familias y Parejas Psicoanalistas en América Latina. *Comisión de Familia y Pareja FEPAL*. 4(1), 1-263.
- López, S. Calvo, J., & Rodríguez. (2008). Estilos educativos parentales. *Ediciones Universidad de Salamanca*. 20(2), 151-178.

- Musitu, G. (2000). Socialización familiar y valores en el adolescente: un análisis intercultural. *Anuario de Psicología*. 31(2), 15-32. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61542/88397>.
- Navarrete, E. (2011). *Estilos de crianza y calidad de vida en padres de preadolescentes que presentan conductas Distractivas en el aula*. (Tesis de maestría). Recuperado de http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2110/1/avarrete_Acuna_Lucia.pdf.
- Ospina, Y. (2014). *Estilos de crianza familiar y rendimiento académico*. (Tesis de Maestría). Recuperado de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/309>.
- Ramírez, M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos*. 31(2), 167-177.
- Rondón, G., & Munuera, G. (2009). Mediación Familiar: Un nuevo espacio de intervención para trabajadores sociales". *Revista Nacional de Trabajo Social de Colombia*. 4(1), 8-11. Recuperado de <https://www.researchgate.net>.
- Rondón, L. (2011). Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: El tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares. *I Congreso Internacional de Mediación y Conflictología*. 1(1), 2-94. Recuperado de <https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1691/4Rondon.pdf?sequence=3>.
- Ruiz Rodríguez, E. (2016). Todo un mundo de emociones. Educación emocional y bienestar en el síndrome de Down. *CEPE Editorial*, Madrid. 10(2), 358-

364. Recuperado de <http://editorialcepe.es/coleccion-vivir-con-sindrome-de-down/1547-todo-un-mundo-de-emociones.html>

ANEXOS

HISTORIA PSICOLÓGICA E INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS ANAMNESIS

HISTORIA PSICOLÓGICA

I. DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres [Redacted]

Edad 18 años Fecha de Nac. 13.-09.-99 Lugar Hospital de Yaguajay

Domicilio Mg. A. # 13. AA. HH - S.M.P.

Diagnóstico Médico y/o Psicológico Síndrome de Down

Tratamiento Actual rehabilitación con la madre y Terapia fisioterapia

Medicamento no tiene medicamentos

Escolaridad

E.I. PRONOT Centro Educ. " Niño Jesús "

E.P. Centro Educ.

E.E. Centro Educ.

Examinador Rod. Francia Curbiao, Mestr Fecha:

Actualmente estudia en el CEBE SAN MARTIN DE PORRES

II. PROBLEMA ACTUAL

La madre refiere Lucy es la mayor de sus hijas, es una niña sensible y se adapta rápido a las circunstancias. Puede de apoyar en la familia y apoyar a los otros. También requiere apoyo al desarrollo. Lucy presenta dolores de piernas, no puede caminar en línea recta y en la dificultad. También presenta algunos problemas visuales, en la casa ayuda en las tareas del hogar, ayuda bastante y ella le que se le da, facilidad de mucha atención en el trabajo y dificultades en los trabajos manuales y no puede escribir conscientemente.

Desde cuándo notó las dificultades?

- desde 4 de primaria había dos problemas con su problema

- desde su nacimiento

Qué hizo?

- Inicio de escolaridad

- Estimulación y Re-educación

III. DATOS FAMILIARES

a) PADRES

Padre	Madre
Nombre.....	Nombre.....
Edad..... 39 años	Edad..... 34 años
Ocupación..... Contador Civil	Ocupación..... DA Com
Enfermedades..... Ninguna	Enfermedades..... ninguna
Personalidad..... patencial con características de autoritario	Personalidad..... Sensible
De no vivir con los padres con quién vive el niño?	
..... desde	
Motivo
Ocupación del apoderado

b) HERMANOS

Nombres	Edad	Ocupación	Problema
.....	4 años	Estudiante	-
.....	2 años	-	-
Múltiple disciplina i. Demandas de Atención y atención de Conducta			

Otros miembros de la familia que viven con el niño

Solo vive con los padres

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Tipo de problema:

Me se presenta ningún problema familiar

Parentesco:

c) VIDA FAMILIAR

Armonía familiar..... La mamá piensa que la familia
vive con clima familiar favorable

Actitud de la familia frente al problema (Padres, hermanos, otros).....

- La mamá le ayuda en las tareas y ayuda
a Lucy las tareas problema que presenta

Expectativas de la familia frente a la rehabilitación y/o re-educación.....

- Preocupación por el futuro
de Lucy

IV. ASPECTO HABITACIONAL

Características de la vivienda..... Alquilada

Tipo de construcción: bello / número de Análisis: 4
Ingreso de la familia: 2da semana.

V. DESARROLLO DEL NIÑO

Embarazo

Deseado por la madre Si Deseado por el padre Si Condiciones en que fue gestado Vomitos Enfermedades ó molestias de la madre durante el embarazo Ninguna

Utilizó abortivos, hierbas, métodos fisiológicos, caídas casuales o expresas Ninguna Enfermedades ó molestias de la madre durante el embarazo Ninguna Accidentes Ninguna

Estado emocional durante el embarazo Motivada Alegre durante el embarazo

Parto

A los cuántos meses presentó 8.m. - 2 años Fue normal, largo, difícil, doloroso, alguna complicación Normal

Fue atendido por Enfermera requirió del uso de fórceps, cirugía u otra maniobra obstétrica Ninguna

Estado del Recién Nacido

Peso no recuerdo Talla no recuerdo Apariencia general Color rosado

Nació asfixiado, cianótico Ninguna tardó en llorar al nacer? No estaba hinchado, morado, con el cordón umbilical enredado al cuello? Ninguna

Le dieron oxígeno? No estuvo en incubadora? No

Qué tiempo? No Tuvo convulsiones? No

Enfermedades que tuvo el niño desde su nacimiento No

Primera Infancia

Estuvo hospitalizado? No Qué tiempo? No Motivo No

Alimentación

Leche materna Si Qué tiempo? No Leche artificial No motivo No Tipo de leche Materna

biberón hasta No Problemas intestinales Ninguna

Motricidad

Edad en que sostuvo la cabeza 2 años Edad en que se sentó 2 años, 6 mes.

Se paró Si caminó 3 años

Desarrollo Fisiológico

Edad en que apareció los dientes No controló la vejiga No

Controló la evacuación intestinal No

Desarrollo Social

Edad en que reconoció a las personas No edad en que reconoció a la madre No

dijo sus primeras palabras 2 años

Problemas Gripa

VI. HISTORIA ESCOLAR

Edad que ingresa al colegio 8 años Reacción al ingresar los primeros días a la escuela se adaptó a la institución

Desarrollo escolar

Leve a una niña que le cuesta realizar con precisión y
quele motivan las actividades a los 8 años 7 meses cuando
tuvo la primera prueba buena. Capacidad de Atención y
persistencia y Comportamiento. Actitudinal. Sigue las tareas
pero problemas en la precisión y Puntaje. Tiempo
- problemas de Leer y escribir. Fines

VII. DESARROLLO EN LA ACTUALIDAD

Alimentación:

Come solo o con ayuda come sola apetito come los alimentos
a una hora Comidas preferidas
comidas que disgusta

Sueño

Duerme mucho - Regular Si Poco - Cuando duerme es tranquilo Si Intranquilo NO tiene pesadillas NO tiene miedo de dormir en la oscuridad NO con quién duerme sola tiene cama propia Si Hora de acostarse 8:00 pm Hora de levantarse 6:00 am

Vestido

Se viste solo o con ayuda sola se desviste solo o con ayuda sola

Higiene

Se lava solo o con ayuda sola se baña solo o con ayuda con ayuda
Si es aseado Si es ordenado Si

Problemas

Enuresis nocturna NO Enuresis diurna Si Funcionamiento intestinal
Suele tener náuseas NO vómitos NO
Se come las uñas NO Tiene Tics NO Muecas NO
Se mete los dedos en la nariz NO hace pataletas y berrinches NO

Motivo

Juegos

Sabe jugar Si Juega solo o con otros se socializa poco a qué le gusta jugar el cubo. Sigue las reglas con quién prefiere jugar con amigos y sola Ve TV Si Tiempo 30 minutos
Ayuda a los padres Si en qué siempre la ayuda y hace las cosas de la casa

Inquietudes en el área sexual

En los temas del hogar
Ninguno

VIII, RESULTADO DE EXAMENES ESPECIALIZADOS:

Psicológico Si
Psiquiátrico -
Neurológico -
Audiológico -
Oftalmológico -
Terapia de Lenguaje NO
Terapia Física Si
Terapia Ocupacional Actual

TERAPIA FÍSICA

- EVALUACIÓN FISIOTERAPEUTICA
- FECHA DE NACIMIENTO: 13/09/99
- EDAD :18 AÑOS
- CEBE: SAN MARTIN DE PORRES

POSTURA : Mantiene una postura de pie ligeramente encorvada , con ligera rotación de la cabeza a la derecha descenso del hombro derecho.

TONO:

-Hipotonía leve en los cuatro miembros

FUERZA:

-Disminución de la fuerza muscular en los miembros superiores en un 50%, se mantiene la fuerza en los miembros inferiores en un 90%.

DESPLAZAMIENTO:

-Leve rotación interna de cabeza , rodilla y tobillo aparentemente compensado, valgo de rodillas e inversión leve de pies .Sus reacciones motoras son rápidas a la orden , por momentos distracción .Puede caminar , correr y desplazarse por el ambiente.

RECOMENDACIONES:

-Evaluación traumatológica y práctica de actividad deportiva .

SAN MARTIN DE PORRES, 09 DE OCTUBRE DEL 2017

OBSERVACIONES GENERALES

REPORTE DE LA MAESTRA

- Es una joven tranquila
- Trabaja bien con planificación
- Imita modelos simples
- Sociable con quien interactúa
- Conducta adecuada
- Risueña
- Lenguaje poco expresivo
- Persistente
- Se comunica con un lenguaje ininteligible
- Hipotonía muscular
- Confiada
- Inocencia
- Le dificulta ponerse los pasadores.
- Permanece sentada durante todas las evaluaciones

REPORTE DE LA MADRE

- Es colaboradora por su propia iniciativa y cuando se le pide
- Va al baño sola
- Va a la tienda sola, la mamá está pendiente
- Le gusta ver el chavo y Barney
- Le gusta la música
- Señala quien le va recoger al colegio
- Cuando no encuentra las cosas llora
- Se pone la ropa sola
- Le dificultad ponerse los pasadores

ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

PROTOCOLO SIMPLICADO DE LA ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

- Fecha de nacimiento : 13-09-99
- Edad : 18 años 11 meses
- Colegio: CEBE SAN MARTIN DE PORRES
- Edad base: 50
- Edad límite: 3-4
- Puntos adicionales: 18
- Calificación total : 68
- Edad equivalente: 7,6
- Coeficiente social :39,6
- Fecha de examen: 29 de agosto del 2017.
- Examinador: Pool Francis Cumbicus Merino.

Edad 0-1	Edad 1-2	Edad 2-3	Edad 4-5	Edad 7-8
1. 1	18.1	35.1	51. 1	66.0
2. 1	19.1	36.1	52. 1	67.1
3. 1	20.1	37.1	53. 0	68.0.5
4. 1	21.1	38.1	54. 0.5	69.1
5. 1	22.1	39.1	55. 1	70.1
6. 1	23.1	40.1	56. 1	Edad 8-9
7. 1	24.1	41.1	Edad 5-6	71.1
8. 1	25.1	42.1	57. 0	72.1
9. 1	26.1	43.1	58. 0	73.0
10. 1	27.1	44.1	59. 1	74.0.5
11. 1	28.1	Edad 3-4	60 . 0	Edad 9-10
12. 1	29.1	45.1	61. 0	75.1
13. 1	30.1	46. 1	Edad 6-7	76.0
14. 1	31.1	47.1	62.1	77. 0
15. 1	32.1	48. 1	63. 0	78.0
16. 1	33.1	49. 1	64. 1	79.0
17. 1	34.1	50. 1	65.1	80.0
				81.0
Edad 11-12	Edad 12-15	Edad 15-18		
82. 1	85.0	90.0		
83 . 0	86.0.5	91.0		
84 . 0	87.0	92.0		
	88.0	93.0		
	89.1			

Observaciones:

Ítems 54: Le falta atarse las zapatillas.

TABLA CORRESPONDIENTE DE LA ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

Color rojo: Negro lo hace.

Color rojo: Más o menos lo hace.

Área edades	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	11-12	12-15
Ayuda de sí mismo (general) 7-8 años		51							
Ayuda de sí mismo (comida) 8-9 años				62	67	75			
Ayuda de sí mismo (vestido) 8-9 años		52 54		61,65	70	74			86
Locomoción 3-4 años	45								
Ocupación 12-15 años		55				71,72		82	89
Comunicación 3-4 años	44								
Dirección de sí mismo 3-4 años	44								
Socialización 7 años		56	59	68 69					

- EDAD: 18 AÑOS
- EDAD BASE: 50
- PUNTOS ADICIONALES:18
- TOTAL: 68
- EDAD SOCIAL: 7,6
- C.S: :ES X100: 90X100 :9000: 39,6 = RETRASO SOCIAL MODERADO
- EC 227 227

PRUEBA DE VOCABULARIO DE PEABODY

Por: Llord DAUNN –Firma A

PROTOCOLO

<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de examen :12-10-2017 - Fecha de nacimiento :13-09-1999 - Edad: 18 años -1 mes-2 días - Sexo: Femenino - Centro educativo: CEBE SAN MARTIN DE PORRES. 	OBSERVACIONES <ul style="list-style-type: none"> - Tranquila. - Observadora. - Se distancia un poco - Observa mucho las imágenes. - Participativa en la actividad.
---	--

	LAMINAS	CLAVE	RESPUESTAS	ERROR
EDAD BASE	1.Carro	4	✓	A
	2.Vaca	3	✓	B
	3.Bebe	1	✓	C
	4.Niña	2	✓	D
	5.Pelota	1	✓	W
	6.Cubo	3	✓	X
	7.Payaso	2	✓	Y
	8.Llaves	1	✓	A
	9.Latas	4	X	B
	10.Gallina	2	✓	C
	11.soplado	4	X	D
	12.Ventilador	2	✓	W
	13.Cavando	1	✓	X
	14.Falda	1	✓	Y
	15.Cogiendo	4	X	A
	16.Tambor	1	✓	B
	17.Hola	3	✓	C
	18.Atando	4	X	D
	19.Cerco	1	X	W
	20.Chimenea	1	✓	X
	21.Abeja	4	✓	Y
	22.Arbusto	3	X	A
	23.Vaciando	1	X	B
	24.Cosiendo	1	X	C
	25.Hot-dog	4	✓	D
	26.Profesora	2	✓	W
	27.Construyendo	3	✓	X
ERROR LIMITE	28.Flecha	3	X	Y
	29.Canguro	2	✓	A
	30.Accidente	3	X	B
	31.Nido	3	X	C
	32.Vagon	4	X	D
	33.Sobre	1	X	W
	34.Recogiendo	2	✓	X
	35.Insignia	1	x	Y
	36.Pinza	1	✓	A
	37.Pavo real	2	✓	B

38.Reina	3	x	C
39.Coche	4	✓	D
40.Latigo	1	✓	W
41.Red	4	✓	X
42.Pecoso	4	x	Y
43.Aguila	3	x	A
44.Cordon	2	✓	B
45.Lustre	4	x	C
46.Disco	2	x	D
47.Bostezar	2	x	W
48.Caer	2	x	X
49.Semaforo	1	✓	Y
50.Capsulas	1	x	A
51.Submarino	4	x	B
52.Termo	4	✓	C
53.Tuerca	2	x	D
54.Grupo	4	x	W
55.Atajando	3	x	X
56.Tranporte	1	✓	Y
57.Repostero	1	✓	A
58.Ceremonia	2	✓	B
59.Arveja	3	✓	C
60.Potro	4	x	D
61.Dirigiendo	3	x	W
62.Yunque	2	x	X
63.Deleite	2	✓	Y
64.Conferencista	3	x	A
65.Comunicación	2	✓	B
66.Arquero	4	x	C
67.Estadio	1	x	D
68.Excavar	1	✓	W
69.Agredir	4	x	X
70.Malabares	1	✓	Y
71.Pastel	1	x	A
72.Utensilio	3	✓	B
73.Quimico	4	x	C
74.Artico	4	x	D
75.Destruccion	4	✓	W
76.Botones	3	x	X
77.Costa	2	x	Y
78.Elevando	4	✓	A
79.Gimiendo	1	✓	B
80.Proyector	3	✓	C
81.Canoa	3	✓	D
82.Centinela	2	x	W
83.Surco	4	x	X
84.Viga	1	x	Y
85.Fragmento	3	x	A
86.Revolotear	2	x	B
87.Afliccion	3	x	C
88.Despeñadero	4	x	D
89.Rabiera	2	✓	W
90.Sumergir	1	✓	X

91.Descender	3	✓	Y
92.Puf	2	✓	A
93.Canino	1	X	B
94.Chequeo	1	✓	C
95Alpinismo	3	X	D
96.Tasando	3	x	W
97.Confinado	4	X	X
98.Precipitacion	4	X	Y
99.Tejado	1	✓	A
100.Anfibia	1	x	B

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - PD: 25 - CI:64 - PE:2 - DX:MUY LENTO APRENDIZAJE |
|---|

ESCALA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE KOZLOFF

Fecha: 28 de agosto del 2017

A. HABILIDADES DE DISPOSICIÓN PARA EL APRENDIZAJE

	SI	A VECES	NO
Contacto ocular espontaneo	✓		
Contacto ocular ante el orden	✓		
Sigue instrucciones simples	✓		
Se sienta trabajar en algunas tareas	✓		
Se aproxima a la gente por iniciativa propia			X
Sonríe a los demás	✓		
Reacciona a los elogios	✓		

B. HABILIDADES DE ESCUCHAR , MIRAR Y MOVERSE

	SI	A VECES	NO
Se inclina y se pone de pie.	✓		
Mantiene equilibrio al andar.	✓		
Camina hacia atrás	✓		
Impulsa el talón con el pie.	✓		
Arroja el balón	✓		
Salta sobre el mismo sitio			X
Mantiene equilibrio sobre un solo pie.			X
Efectúa salto de longitud.			X
Salta con un solo pie.			X
Camina con la punta y el talón del pie			X
Atrapa la pelota al arrojársela	✓		
Pedalea el triciclo			X
Habilidades para muchas conductas motoras gruesas y se mantiene en ella.	✓		

C.HABILIDADES MOTORAS FINAS

	SI	A VECES	NO
Mira objetos, partes del cuerpo, la cara y la boca.	✓		
Traslada objetos de una mano a otra.	✓		
Coge objetos agarrándolos con los dedos índices y pulgares.	✓		
Resuelve rompecabezas sencillos.	✓		
Imita trazos de líneas	✓		
Habilidad en muchas actividades motoras finas. Se entretiene mucho en ellas.	✓		
Buenos hábitos de trabajo como sentarse, marchar y trabajar en una tarea.	✓		
Señala con el dedo o empareja objetos al nombrárselos.	✓		

HABILIDADES SOCIALES

	SI	A VECES	NO
Se sirve del contacto ocular para conseguir recompensas.	✓		
Juega con los demás	✓		
Atiende su turno	✓		

C.HABILIDADES DE IMITACIÓN MOTORA- IMITACIÓN

	SI	A VECES	NO
Imita modelos motores simples.	✓		
Imita modelos motores complejos.	✓		
Emita la colocación de objetos	✓		
Imita los movimientos y posiciones de la boca.	✓		
Imita y juega a juegos de imitación	✓		

IMITACIÓN GENERALIZADA

	SI	A VECES	NO
Imita algunos modelos aun sin ser recompensados.		✓	
Mueve el cuerpo como hacen los demás por iniciativa propia.		✓	
Imita la realización de encargos o tareas por iniciativa propia		✓	
Imita modelos motores de muchas personas.		✓	

D. HABILIDADES DE IMITACIÓN VERBAL INTRODUCCIÓN A LA IMITACIÓN VERBAL

	SI	A VECES	NO
Presenta atención a los demás cuando hablan.	✓		
Lista de sonidos que prefieren el niño.	✓		
Emita frecuentemente muchos sonidos diferentes por		✓	

iniciativa propia.			
Emite más sonidos cuando Ud. Lo imita	✓		
Para conseguir cosas establece contacto ocular al mismo tiempo que imite un sonido.	✓		

IMITACIÓN VERBAL

	SI	A VECES	NO
Imita sonidos básicos		✓	
Imita silabas	✓		
Imita palabras sencillas.	✓		
Emita frases y oraciones sencillas.			X
Imita modelos verbales de muchas personas.		✓	

E. LENGUAJE FUNCIONAL

	SI	A VECES	NO
Nombra objetos o figuras.	✓		
Pide las cosas que quiere	✓		
Identifica y describe lo que ve y lo que oye.	✓		
Contesta preguntas cortas	✓		
Dice correctamente "hola "adiós"	✓		
Emplea frases y oraciones para nombrar, preguntar, describir y contestar preguntas.		X	
Identifica y describe uno y más de uno.		X	
Entiende y emplea preposiciones		X	
Entiende y emplea pronombres		X	
Entiende y emplea opuestos		X	
Utiliza palabras relacionadas con el tiempo.		X	

MANEJO DE PROBLEMAS ESPECIALES

	SI	A VECES	NO
Utiliza el lenguaje funcional y sabe cómo emplearlo.			X
Utiliza el lenguaje funcional en vez de repetir el eco			X
Utiliza el lenguaje funcional en muchos lugares y con mucha gente.			X

F.HABILIDADES DE TRABAJO Y AUTONOMIA

	SI	A VECES	NO
Realiza tareas sencillas.	X		
Realiza frecuentemente y por iniciativa propia encargos más complejos.	X		

TAREAS DE AUTONOMÍA

	SI	A VECES	NO
Como por su cuenta utilizando los utensilios apropiados.	X		
Se quita solo la ropa.	X		
Se viste sola	X		
Se lava los dientes	X		
Haces sus necesidades en lugares apropiados	X		
Realiza a menudo por iniciativa propia muchas tareas de autonomía personal.	X		

G. CONDUCTAS PROBLEMATICAS

	SI	A VECES	NO
Se balancea			X
Gira alrededor o redonda			X
Hace girar objetos			X
Clava su mirada en sus dedos u objetos.			X

RESUELVE COSAS

	SI	A VECES	NO
Resuelve las cosas o las enreda.	✓		

CONDUCTAS AUOTESTIMULANTES E INUSITADAS

	SI	A VECES	NO
Golpea la cabeza contra los objetos		X	
Se muerde o se araña.		X	
Agita las manos y los brazos.		X	
Hace muecas.		X	
Adopta posturas extrañas.		X	
Exige o realiza actos extraños.		X	

AREAS	PTJE MAXIMO	PTJE sujeto	Rendimiento
A.- HABILIDADES DE DISPOSICIÓN PARA EL APRENDIZAJE	16	14	87,5%
B. HABILIDADES DE ESCUCHAR , MIRAR Y MOVERSE	48	36	75%
C.HABILIDADES DE IMITACIÓN MOTORA	20	16	80%
D. HABILIDADES DE IMITACIÓN VERBAL	20	15	75%
E. LENGUAJE FUNCIONAL	28	10	35%
F.HABILIDADES DE TRABAJO Y AUTONOMIA	16	16	100%
G. CONDUCTAS PROBLEMATICAS.	26	0	100%

STANFORD -BINET

- Edad :18 años , 0 meses
- Instrucción. Estudiante
- Fecha de la prueba : 28/09/2017
- Fecha de nacimiento: 13/09/1999

AÑO II (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)			AÑO II-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		
1. Tablero de formas.	(1)	✓	1. Identificar objetos por su uso.	(3)	✓
2. Respuesta diferida.	(2)	✓	2. Identificar partes del cuerpo.	(6)	✓
3. Partes del cuerpo.	(4)	✓	3. Nombrar objetos.	(5)	✓
4. Torre de bloques.		✓	4. Vocabulario de imágenes.	(8)	✓
5. Vocabulario de imágenes.	(3)	✓	5. Repetir dos dígitos.	(1)	✓
6. Combinación de palabras.	(2)	✓	6. Obedecer ordenes sencillas.	(2)	✓
PS. Identificar objetos por su nombre.	(5)	✓	PS. Tablero de formas invertido	(2)	✓
AÑO III (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)			AÑO III-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		
1. Ensartado de cuentas.	2° (4)	✓	1. Comparación de pelotas (3 de 3 ó 5 de 6)		✓
2. Vocabulario de imágenes.	(10)	✓	2. Paciencia: Figuras	(1)	✓
3. Puente de cubos.		✓	3. Discriminar figuras de animales	(4)	✓
4. Memoria de imágenes.	(1)	✓	4. Describir grabado: Nivel I	(2)	✓
5. Copiar un círculo.	(1)	✓	5. Clasificar botones.	2°	✓
6. Dibujar una línea vertical.	(1)	✓	6. Comprensión I	(1)	✓
PS. Repetir tres dígitos.	(1)	✓	PS. Comparar palitos (3 de 3 ó 5 de 6)		✓
AÑO IV (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)			AÑO IV-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		
1. Vocabulario de imágenes.	(14)	✓	1. Comparaciones estéticas	(3)	✓
2. Nombrar objetos de memoria.	(2)	✓	2. Analogías opuestas II	(3)	✓
3. Analogías opuestas II	(2)	✓	3. Semejanzas/Diferencias de figuras II	(3)	✓
4. Identificar imágenes.	(3)	✓	4. Materiales	(2)	✓
5. Discriminación de formas	(8)	✓	5. Tres encargos	(3)	✓
6. Comprensión II	(2)	✓	6. Comprensión III	(1)	✓
PS. Memoria de frases II	(1)	✓	PS. Identificar imágenes.	(4)	✓
AÑO V (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)			AÑO V-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		
1. Completar dibujo de hombre.	(2)	✓	1. Vocabulario	(6)	✓
2. Doblar papel: Triángulo		✓	2. Diferencias	(2)	✓
3. Definiciones.	(2)	✓	3. Figuras incompletas	(4)	✓
4. Copiar un cuadrado	(1)	✓	4. Concepto de número	(4)	✓
5. Semejanzas/Diferencias de figuras II	(9)	✓	5. Analogías opuestas II	(3)	✓
6. Paciencia: Rectángulo en dos	(2)	✓	6. Recorrer un laberinto	(2)	✓
PS. Nudo I	()	✓	PS. Describir grabado: Nivel II	(2)	✓
AÑO VII (6 tests x 2 ó 4 x 3)			AÑO VIII (6 tests x 2 ó 4 x 3)		
1. Figuras absurdas I	(4)	✓	1. Vocabulario	(8)	✓
2. Semejanzas entre dos cosas	(2)	✓	2. Memoria de cuentos	(5)	✓
3. Copiar un rombo	(1)	✓	3. Absurdos verbales II	(3)	✓
4. Comprensión IV	(3)	✓	4. Semejanzas y diferencias I	(3)	✓
5. Analogías opuestas III	(2)	✓	5. Comprensión IV	(4)	✓
6. Repetir 5 dígitos	(1)	✓	6. Nombrar días (orden correcto)	(2)	✓
PS. Repetir tres dígitos al revés	(1)	✓	PS. Interpretar situaciones I	(2)	✓

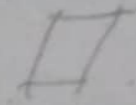
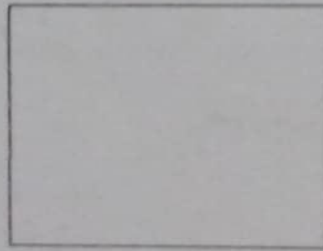
COPIAR UN CIRCULO
(III.5)



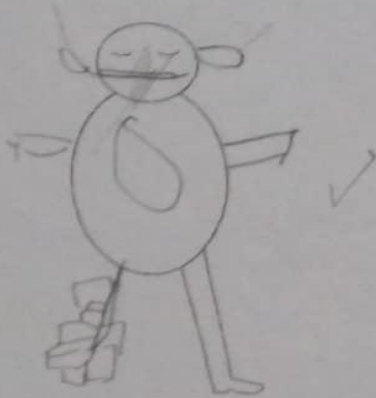
DIBUJAR EN LINEA VERTICAL
(III.6)



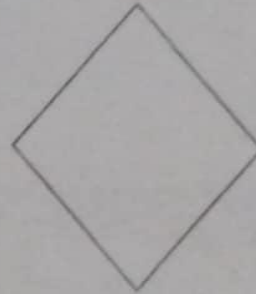
COPIAR UN CUADRADO
(V.4)



COMPLETAMIENTO DE UN
DIBUJO DE HOMBRE (V.1)

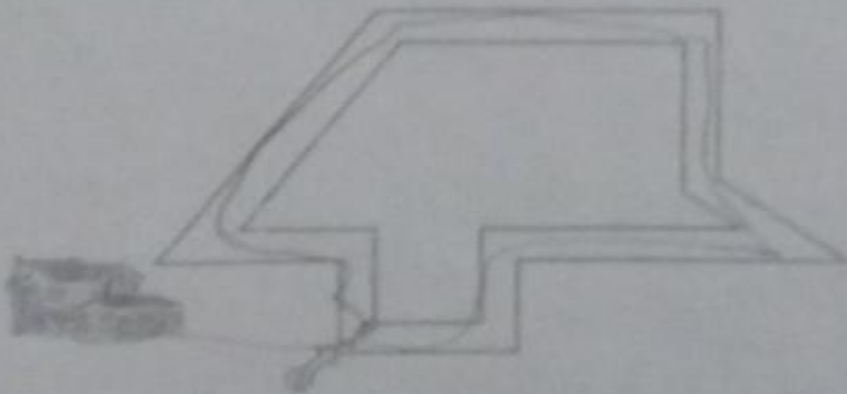
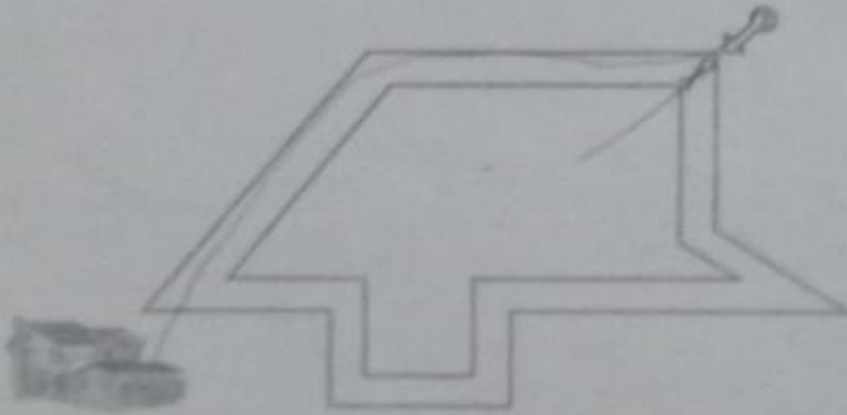
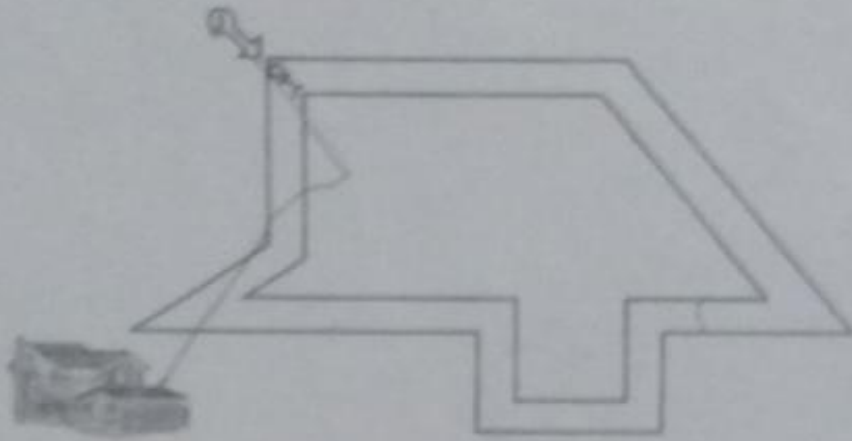


COPIAR UN ROMBO
(VIII.3)



MEMORIA DE DIBUJOS I, II
(IX.3; XI.1; XII.PS)

RECORRER UN LABERINTO (VI,6)



PERFIL DE RESULTADOS DE LA ESCLA DE INTELIGENCIA STANFORD –BINET

	2	2-6	3	3-6	4	4-6	5
Comprensión general 3 años , 6 meses		2,6			4		
Habilidad Visomotora 4 años , 9 meses			1,3,5	5			1
Razonamiento matemático 4 años, 6 meses							
Memoria y concentración 2 años , 3 meses		5	4		2	5	
Vocabulario y fluidez verbal 2 años , 3 meses		3					
Juicio y razonamiento 4 años , 3 meses		1		1,2,3	5		6

- EC: 18 AÑOS ,0 MESES Y 20 días
- E.Base: 2 años , 6 meses
- Total :21 meses
- E.base + total:
- EM: 3 años, 9 meses.
- CI: menos de 30
- Diagnóstico: Retraso Mental severo

Observaciones:

- Dificultad en nombrar objetos.
- Dificultad Vocabulario de imágenes grabados y semejanzas
- Dificultad en razonamiento matemático

INTERVENCIÓN

PASO 1: ESTIRAR LOS PASADORES.



PASO 2: PASARLO POR LOS AGUJEROS DELANTEROS.



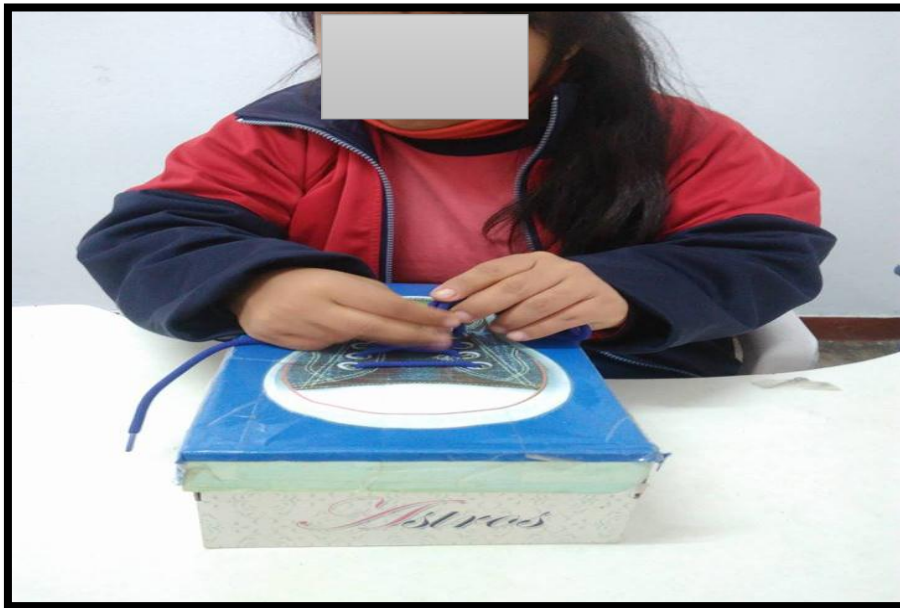
PASO 3: CRUZAR EL PASADOR POR LOS AGUJEROS Y APRETARLOS.



PASO 4: CRUZAR LOS EXTREMOS DEL PASADOR CON AMBAS MANOS, UNO POR DEBAJO DEL OTRO Y AJUSTAR (NUDO).



PASO 5: CONTINUAR AJUSTANDO Y DOBLAR UNO DE ELLOS (OREJA).



PASO 6: DAR LA VUELTA CON EL OTRO EXTREMO DEL PASADOR AL QUE YA DOBLADO, JALAR HASTA FORMAR EL LAZO Y AJUSTAR.



GENERALIZACIÓN DE LA CONDUCTA DE ATADO DE PASADORES





“La única discapacidad en la vida es una mala actitud”

Scott Hamilton.