

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
Facultad de Humanidades  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: Consecuencias psicosociales debidas al trastorno de  
discapacidad intelectual moderado en un paciente de 22 años, atendido en el  
Centro de Asistencia Social (CAS)**  
(Práctica Profesional Dirigida)

Dalia Marisol Velásquez Corzo

Guatemala, julio 2017

**Estudio de caso: Consecuencias psicosociales debidas al trastorno de  
discapacidad intelectual moderado en un paciente de 22 años, atendido en el  
Centro de Asistencia Social (CAS)**  
(Práctica Profesional Dirigida)

Dalia Marisol Velásquez Corzo

Licda. Mirna Paola Gaitán Laínez (**Asesora**)

Licda. María Fernanda Ramírez Hernández (**Revisora**)

Guatemala, julio 2017

## **Autoridades Universidad Panamericana**

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. Cesar Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

## **Autoridades de la Facultad de Ciencias Sociales**

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	MSc. Ana Muñoz de la Cruz
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

**PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

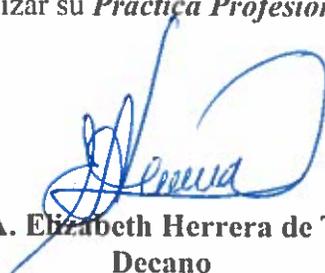
**FACULTAD DE HUMANIDADES,  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: *Dalia Marisol Velásquez Corzo*  
Estudiante de la *Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social* de esta Facultad solicita autorización para realizar su *Práctica Profesional Dirigida* para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: julio 2, 017

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de *Licenciatura en Psicología y Consejería Social* se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar *Práctica Profesional Dirigida* está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: *Dalia Marisol Velásquez Corzo* recibe la aprobación para realizar su *Práctica Profesional Dirigida*.

  
M.A. Elizabeth Herrera de Tan  
Decano  
Facultad de Humanidades



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, julio dos mil diecisiete.**

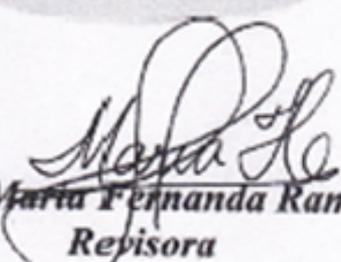
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Consecuencias psicosociales debidas al trastorno de discapacidad intelectual moderado en un paciente de 22 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)”**. Presentada por el (la) estudiante: **Dalia Marisol Velásquez Corzo**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



**Licda. Mirna Paola Gaitán Láinez**  
**Asesora**

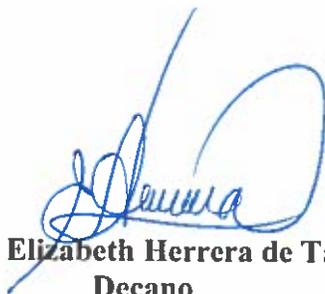
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mayo 2017.-----

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Estudio de caso: Consecuencias psicosociales debidas al trastorno de discapacidad intelectual moderado en un paciente de 22 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)”**. Presentada por el (la) estudiante: **Dalia Marisol Velásquez Corzo**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

  
**Licda. María Fernanda Ramírez**  
**Revisora**

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio del dos mil diecisiete.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso: Consecuencias psicosociales debidas al trastorno de discapacidad intelectual moderado en un paciente de 22 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)", presentado por *Dalia Marisol Velásquez Corzo*, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social , reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida .



M.A. Elizabeth Herrera de Tan  
Decano  
Facultad de Humanidades



**Nota:** Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

## **Agradecimientos**

A Dios:

Ser supremo ejemplo para nuestra humanidad. Por darme sabiduría y bendecirme en cada momento de mi vida.

A mi familia:

Quienes me apoyaron económicamente y moralmente, motivándome a conseguir mis metas trazadas.

A la Universidad Panamericana:

Por darme la oportunidad de una sabiduría llena de valores.

A Licenciada Paola Gaitán:

Gracias por sus enseñanzas, apoyo y comprensión.

A mis compañeras:

Gracias por brindarme apoyo, tolerancia y tenerme paciencia.

# Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	ii
<b>Capítulo 1</b>	1
<b>Marco de Referencia</b>	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Programas establecidos	3
1.6 Visión	3
1.7 Misión	3
1.8 Justificación de la Investigación	3
<b>Capítulo 2</b>	5
<b>Marco Teórico</b>	5
2.1 Trastorno de Discapacidad Intelectual Moderado	5
2.2 Consecuencias emocionales	8
2.3 Consecuencias familiares	11
2.4 Consecuencias sociales	13
<b>Capítulo 3</b>	16
<b>Marco Metodológico</b>	16
3.1 Planteamiento del problema	16
3.2 Pregunta de investigación	17
3.3 Objetivos	18
3.3.1 Objetivo General	18
3.3.2 Objetivos Específicos	18
3.4 Alcances y límites	18

3.5	Metodología	19
	<b>Capítulo 4</b>	21
	<b>Presentación de Resultados</b>	21
4.1	Sistematización del Estudio de Caso	21
4.2	Análisis de Resultados	29
	Conclusiones	33
	Recomendaciones	34
	Referencias	35
	Anexos	38

### **Lista de imágenes**

Imagen 1 Organigrama del Centro de Asistencia Social	2
Imagen 2 Genograma	24

### **Lista de cuadros**

Cuadro 1 pruebas e instrumentos aplicados	26
---	----

## **Resumen**

La presente investigación tiene como objetivo analizar las consecuencias psicosociales debidas al trastorno de discapacidad intelectual moderado. El estudio de caso que se presenta es de tipo cualitativo cuya técnica indaga, examina o detalla eventos de carácter subjetivo. Se agradece la oportunidad brindada del Centro de Asistencia Social (CAS) ubicado en la zona 9 de la ciudad de Guatemala, en donde fue llevada a cabo dicha investigación.

Dentro del capítulo 1, Marco de Referencia se encontrará información concerniente a los antecedentes, descripción, ubicación, organización, visión, misión, sobre el Centro de Asistencia Social (CAS), la cual fue realizado el estudio de caso.

El Marco Teórico, capítulo 2 hace referencia sobre los temas a tratar en esta investigación, dentro de las cuales se pueden nombrar el trastorno de discapacidad intelectual moderado, consecuencias emocionales, familiares y sociales, citando a investigadores que apoyan esta problemática.

El capítulo 3, Marco Metodológico se expone el planteamiento del problema, este caso está dirigido al trastorno de discapacidad intelectual. Dentro de los elementos requeridos se encuentran la pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites así como la temporalidad y metodología que se utilizó en la investigación del estudio de caso.

La presentación de resultados localizada en el capítulo 4, presenta el informe psicológico sobre el paciente del caso de estudio, en donde se puede encontrar los datos generales del paciente, motivo de consulta, la historia clínica y familiar, también el genograma, las relaciones entre los familiares y las pruebas realizadas, datos que fueron proporcionados por medio de una entrevista realizada tanto a la madre como al paciente. Dentro de este informe se puede observar la impresión diagnóstica del trastorno de discapacidad intelectual moderado y las consecuencias sociales.

## **Introducción**

Durante varios años ha evolucionado el nombre de discapacidad intelectual, pasando por “débil mental” o “retraso mental”. Entre las diferentes descripciones que existen del trastorno de discapacidad intelectual se encuentra la que propone la Association on Intellectual and Developmental Disabilities “Discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, manifestada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años” (AAIDD, 2010, p. 41).

Asimismo en el DSM V (2014) indica las escalas de gravedad de la discapacidad intelectual según el nivel de funcionamiento adaptativo de las cuales se dividen en leve, moderado, grave y profundo. El estudio de caso se basó en un paciente de 22 años, quien presentaba nivel de gravedad moderado.

Al presentar discapacidad intelectual moderado, el paciente ha tenido consecuencias psicosociales, dentro de ellas se encuentra las consecuencias emocionales las cuales se constaron baja autoestima y conducta inadecuada debido a que no poseen un adecuado manejo de las emociones, al mismo tiempo no comprenden cómo actuar ante los problemas que se le presentan.

Dentro de las consecuencias familiares y sociales se encuentra el rechazo de la familia y de sus iguales por padecer el trastorno de discapacidad intelectual. En el área de educación no existe una preparación adecuada para tratar a las personas que padecen este trastorno.

Por lo tanto, quienes padecen el trastorno de discapacidad intelectual moderado, se encuentran inmersos en un mundo en donde es muy difícil ser aceptado y apoyado para convivir de manera adecuada ante la sociedad.

# **Capítulo 1**

## **Marco de Referencia**

### **1.1 Antecedentes**

El Centro de Asistencia Social (CAS), es un proyecto social, de la Universidad Panamericana, se creó este centro con el fin de procurar un espacio físico, en donde se pueda brindar servicio social responsable y de alto nivel.

Actualmente, en este centro se lleva a cabo la práctica profesional de los estudiantes de la facultad de Humanidades, Escuela de Ciencias psicológicas, en donde se brinda apoyo emocional y asistencia psicológica a diferentes poblaciones como lo son niños, adolescentes y adultos. El centro ofrece una oportunidad a personas con bajos recursos económicos, ya que se cobra una tarifa social para que pudieran obtener el servicio de atención psicológica y así mejorar su salud integral.

CAS tiene como objetivo incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, a través de: supervisión directa y personalizada para el desarrollo de las diversas actividades prácticas que la carrera requiere. Se da un seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atiende por parte de los estudiantes de la carrera de psicología clínica y consejería social. Fomenta y refuerza la práctica de principios y valores en los profesionales de la psicología y de esa manera contribuyen a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

### **1.2 Descripción**

El Centro de Asistencia Social cuenta con ocho cubículos, la oficina de coordinación, área de secretaría, sala de espera, sala de conferencia, un armario en donde se guardan los materiales para trabajar con los niños, cocineta y dos baños. Dentro de los cubículos se cuenta con un escritorio, tres sillas, ventilación, bote de basura y material como; engrapadora, sacabocados, lapiceros, kleenex.

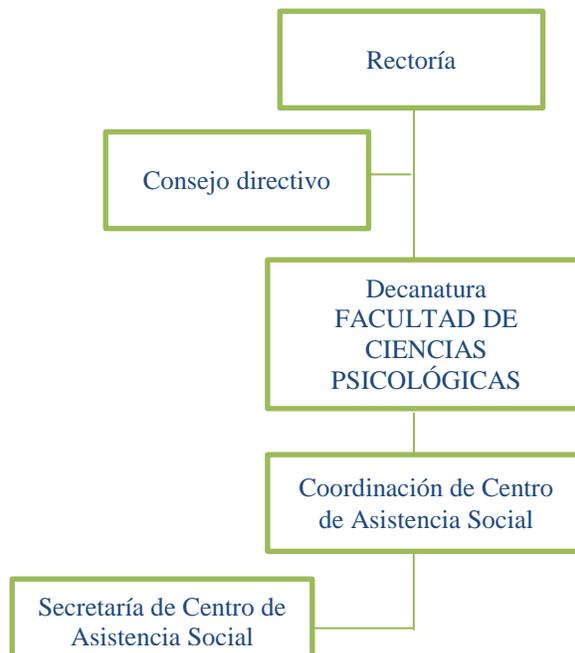
### 1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social se encuentra ubicado en la 7ª avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina 3er. nivel.

### 1.4 Organización

La organización del Centro de Asistencia Social se encuentra formado en primer lugar por la Rectoría, seguido por un Consejo Directivo la cual da pie a la Decanatura de Facultad de Ciencias Psicológicas y la Coordinación de Centro de Asistencia Social, finalizando por la Secretaria de Centro de Asistencia Social.

**Imagen 1**  
**Organigrama del Centro de Asistencia Social (CAS)**



Fuente: Proporcionado por autoridades del Centro de Asistencia Social (CAS), octubre, 2016.

## 1.5 Programas establecidos

Por el momento el Centro de Asistencia Social no cuenta con algún programa adicional a la atención psicológica, debido a que es un proyecto que inició hace dos años.

## 1.6 Visión

La misión del Centro de Asistencia Social es: “Brindar asistencia social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños, adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejorar así su calidad de vida”.

## 1.7 Misión

La visión del Centro de Asistencia Social es: “Proyección social a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente, ética”.

## 1.8 Justificación de la Investigación

Debido a que el trastorno de discapacidad intelectual es una patología de la cual carece de información, se vio la necesidad de realizar la investigación para poder conocer más sobre dicho trastorno.

Durante la investigación se pudo observar que las personas con discapacidad se ven afectadas en el área psicosocial, en el área social, existía discriminación y rechazo por personas que no tiene conocimiento sobre el trastorno de discapacidad intelectual, ya que estos elementos repercuten en el área emocional de las personas que padecen este trastorno, ocasionándole baja autoestima,

conflictos entre familiares y amistades.

Asimismo, esta investigación tiene la finalidad de aportar información y dar pie a futuras investigaciones, adicionalmente a personas que se interesen sobre la consecuencia psicosociales que presentan las personas con el trastorno de discapacidad intelectual moderada.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### **2.1 Trastorno de discapacidad intelectual moderado**

Dentro de los trastornos relacionados con el desarrollo infantil se encuentra el retraso mental, cuyo nombre se ha ido modificando, ya que desde que fue identificado, a quienes lo padecían se le llamaba de múltiples formas por ejemplo “débil mental”, “deficiente mental”, “retrasado mental”, lo cual resultaba peyorativo y humillante, en las últimas investigaciones realizadas por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se clasifica dentro de la categoría de trastornos del neurodesarrollo en donde es conocido como discapacidad intelectual.

Con esta nueva identidad, es necesario replantear su definición para tener un acercamiento certero de lo que implica este trastorno y consecuentemente sus repercusiones personales y familiares.

Hernández (2014) refiere

Para la Ley de Atención a las Personas con Discapacidad. Decreto No. 135 (1996). Artículo 3. en Guatemala, legalmente se considera discapacidad cualquier deficiencia física, mental o sensorial, congénita o adquirida, que limite substancialmente una o más de las actividades normales para una persona, siendo una desarmonía entre el entorno y la persona, en la que ambos son responsables de los esfuerzos que se hagan para atenuarla o compensarla, por lo tanto, no es sólo un asunto de la propia persona o su familia, sino también es una situación que involucra el entorno social, político, económico y cultural (p. 15).

Lo cual está implícito en la definición y criterios planteados por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 2014), en donde se hace hincapié en que las personas que tienen limitaciones del funcionamiento intelectual, déficit cognoscitivo y

dificultades de comportamiento adaptativo de inicio en el período de desarrollo, presentan trastorno de discapacidad intelectual, llamado también trastorno del desarrollo intelectual. Lo cual ha diferido cualitativamente de la definición centrada en el coeficiente intelectual manejada en el antiguo Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (DSM-IV-TR).

El DSM-IV-TR (2000) define

Un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media ( $CI < 70$ ) asociado a déficit del funcionamiento adaptativo actual en al menos dos sectores (comunicación, autonomía, vida familiar, aptitudes sociales e interpersonales, aprovechamiento de los recursos del contexto, responsabilidad individual, utilización de la experiencia adquiridas en la escuela, el trabajo, los momentos de ocio, salud y seguridad) que aparece antes de los 18 años (p. 47).

Existen diferentes autores que definen el trastorno de discapacidad intelectual, pero la definición más precisa es la que se menciona en la Association on Intellectual and Developmental Disabilities en un investigación del equipo de psíquicos del Gobierno de Navarra, “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (AAIDD, 2010, parr. 2).

Según Barrios, Millán y Sarmiento (2014) dentro de las consecuencias que presenta una persona con trastorno de discapacidad intelectual se encuentra: desarrollo cognitivo en donde tienen dificultad para aprender cantidad de información, falta de atención, concentrarse, dificultades para realizar nuevas actividades; desarrollo del lenguaje en esta área existe retraso en el ritmo del lenguaje, así como déficit en las habilidades para comunicarse no verbalmente; en el desarrollo físico las habilidades motoras se encuentran deterioradas, presentan problemas relacionados con

la salud, así como menos peso y estatura; desarrollo social y emocional afecta la aceptación en un grupo social, presenta conductas agresivas e impulsivas e inmaduras.

Las personas que padecen discapacidad intelectual tienen complicaciones durante el desarrollo vital ya que adicionalmente a las limitaciones mencionadas, pueden estar implicadas otras áreas cerebrales como la coordinación motora, control de impulsos, e incluso estar comprometidas otras áreas como el sistema cardiopulmonar, lo cual está directamente relacionado con la gravedad del problema.

En el DSM-V (2014), indica las escalas de gravedad de la discapacidad intelectual según el nivel de funcionamiento adaptativo las cuales se dividen en cuatro niveles que son:

- 317 (F70) Leve
- 318.0 (F71) Moderado
- 318,1 (F72) Grave
- 318.2 (F73) Profundo

Barrios et al. (2014) señala las principales etiologías del trastorno de discapacidad intelectual:

- Causas pre-natales: se presentan durante el período de gestación, cuando la madre adquiere enfermedades como sífilis, rubéola, desnutrición fetal, alcoholismo o alguna anomalía craneal.
- Causas perinatales: se presentan durante el parto, se pueden mencionar, las lesiones cerebrales por el implemento de instrumentos inadecuados, anoxia, parto prolongado.
- Causas post-natales: por ejemplo meningitis, encefalitis, traumatismos craneales por caídas y accidentes.

En una investigación de Hernández (2014), citando a Vásquez, (2007), Smith y Neuwirth (1975), menciona que la discapacidad tiene diferentes orígenes:

- Origen orgánico: son producidas por alteraciones anatómicas, originándose durante el período del embarazo transmitidas por alguno de los dos progenitores.
- Ambiental o adquirida: se producen por causas externas, debido a accidentes traumáticos, mecánicos, malnutrición, los aspectos socioculturales y malos tratos pueden agravar el problema.

Muchas veces la falta de información y comprensión sobre los cuidados que debe tener una mujer embarazada, tiene como consecuencia que sigan naciendo bebés que durante las distintas etapas de formación, se encuentren en riesgo de padecer el trastorno de discapacidad intelectual.

Asimismo, Fernández (2013), se refiere a diferentes situaciones en el contexto que pueden ser o bien conducidas indirectamente por la madre, como carencias alimenticias de ella durante el embarazo; problemas emocionales, familiares y económicos, inseguridad de ser un buen padre para los hijos; el consumo de drogas o alcohol; la falta de estimulación física, sensorial y la carencia de atención sanitaria. Asimismo la necesidad de acudir con comadronas que no cuentan con las mejores condiciones en un nacimiento o bien directamente al niño una vez nacido, como la malnutrición extrema, no recibir suficiente cuidado médico, o ser expuesto a venenos como plomo o mercurio.

## 2.2 Consecuencias emocionales

En 2005, Choliz menciona que “todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la calidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal” (p. 4).

Es por eso que en el caso de las personas con discapacidad intelectual pueden presentar la conducta positiva o negativamente extrema, ya que es así como expresan sus emociones.

Valenzuela (2011), cita a Goleman (1996), refiriéndose a que uno de los componentes del afecto, es el autoconocimiento emocional que hace referencia al conocimiento de nuestras propias emociones y cómo nos afectan. Esto supone la comprensión de la diferencia entre pensamiento, acciones y sentimientos; la comprensión de las causas y sus consecuencias; evaluar la intensidad, reconoce y utilizar su lenguaje.

Por lo tanto es importante que una persona con discapacidad intelectual tenga conocimiento y aprendizaje sobre sus propias emociones para lograr un adecuado manejo sobre las mismas, de ese modo podrá obtener una mejor relación con las personas de su alrededor, esta indicación es aplicable a la gravedad leve y moderado del trastorno de discapacidad intelectual.

En 2013, Belmonte indica que las emociones llevan implícitamente una tendencia a la acción, una conducta, un sentimiento o pensamiento, las cuales tienen tres funciones principales:

- Función adaptativa: permite adaptarse al entorno, situación y preparan el organismo para actuar.
- Función social: permite comunicar a los demás el estado de ánimo, así como, comprender el de ellos.
- Función motivacional: facilitan la ejecución.

Debido a las definiciones anteriormente expuestas se puede evidenciar la afección en el área emocional en una persona con discapacidad intelectual, ya que se encuentra más vulnerable ante un mundo que no comprende a cabalidad por lo que puede tener conductas que revelen actitudes defensivas y hasta agresivas dentro de su entorno, lo cual puede generar rechazo dentro de su entorno familiar y social. Dentro de las emociones y sentimientos que pueden llegar a experimentar se encuentran alegría, envidia, celos y frustración, en una escala mayor de lo que la media poblacional presenta.

Goleman (1996), denomina la inteligencia emocional como el conjunto de habilidades que ayudan a expresar y controlar los sentimientos adecuadamente en el terreno personal y social, incluyendo el buen manejo de sentimientos, motivación, perseverancia, empatía o agilidad mental, que son las cualidades que configuran un carácter con buena adaptación social.

Asimismo, las personas con trastorno de discapacidad intelectual, presentan dificultades para identificar las emociones que se mencionan a continuación: ira en donde su función principal es la autodefensa; miedo persigue la protección de la persona frente a peligros reales o imaginarios; la tristeza cumple una función de reintegración. La función primordial de la alegría es la afiliación y provoca felicidad. Dentro de las emociones secundarias se pueden destacar la envidia, orgullo, culpa, vergüenza, ansiedad.

En una investigación de Jadue (2002), Dogde y Garber (1991) sostiene que se pueden distinguir cinco importantes aspectos relacionados con la regulación de las emociones:

- **Apreciación cognitiva:** antes, durante y después de experimentar una emoción, el ser humano ejecuta un proceso de evaluación de la situación cognitiva, para determinar qué emociones deben ser expresadas.
- **Aspectos fisiológicos de las emociones:** cuando la apreciación cognitiva toma lugar, las respuestas fisiológicas se activan y la persona responde de acuerdo a la situación.
- **Expresiones emocionales:** las expresiones motrices de la emoción manifestadas a través del sistema neuromuscular consisten tanto en los movimientos de la cara, como en los posturales y gestos.
- **Socialización de las emociones:** a medida en que el niño se desarrolla, es reforzado para expresar sus emociones. Este proceso ocurre principalmente en la relación padres-hijo, pero si esta relación se ve afectada por la irritabilidad y la dificultad del niño para regular el estado de ánimo, es más difícil para los padres otorgar una adecuada enseñanza para que el niño socialice apropiadamente sus emociones.

- Modulación de las emociones: es necesario aprender a modular las emociones para poder responder adecuadamente a los estados internos, demandas situacionales y contexto social.

Las emociones tienen relación con la inteligencia debido a que son básicas para el desarrollo de otras habilidades. Las personas con discapacidad intelectual tienen complicaciones para reconocer sus propias emociones, así como los efectos y consecuencias que tienen. De la misma manera se les dificulta controlar las emociones que permiten afrontar un problema.

Una habilidad muy importante que tienen las personas, es la de empatía, las personas con discapacidad intelectual probablemente carecen de ésta, debido a que al no poder reconocer las emociones de las otras personas, se les hace difícil establecer una interacción social adecuada.

### 2.3 Consecuencias familiares

Una idea de López (1983) expuesta en una investigación de León, Menés, Puértolas, Trevijano y Zabalza (2003) comenta que el impacto hacia la familia sobre el diagnóstico de un niño con discapacidad, provoca en los familiares una serie de actitudes y comportamientos difíciles de superar. Ya que las expectativas al recibir la llegada de un hijo es de felicidad y al recibir la noticia de un diagnóstico de insuficiente mental se puede observar dos problemas: el del niño y el de la familia, ya que no se encuentra preparada para enfrentarse a dicha situación. Cuando asimilan la noticia inicia el proceso de aceptación y obtención de información para darle al hijo los mejores cuidados.

Tirado (2004) refiere en la tesis de Hernández (2014) seis etapas por las cuales atraviesan los padres de familia con un hijo con discapacidad intelectual, dentro de ellas se encuentra negación y aislamiento que utilizan como mecanismo de defensa; enojo en donde se cuestionan en que fallaron; miedo como parte de una respuesta inmediata; rechazo donde probablemente afecta negativamente el desenvolvimiento; búsqueda de atención médica para brindarle al hijo las

herramientas disponibles; aceptación que es la última etapa en donde los padres se van adaptando a su nuevo estilo de vida.

Es interesante como otros autores describen este proceso, Verdugo (2000) cita a Lozano y Pérez (1927) quien identifica las etapas por las que atraviesa una familia con un hijo diagnosticado con trastorno de discapacidad intelectual:

- Nacimiento del hijo o el momento del diagnóstico: además de los factores de ansiedad propios de la crianza, existen otros factores estresantes añadidos, que interfieren con el funcionamiento óptimo de la unidad familiar. Existen una serie de reacciones y sentimientos comunes que se engloban en tres fases: fase del shock inicial; fase de reacción; fase de adaptación funcional.
- La edad preescolar: pasa por la fase de adaptación funcional y en la que se plantean las familias qué se puede hacer y cómo pueden ayudar a su hijo.
- La edad escolar: abarca desde los 6-12 años, la elección de la institución escolar es el acontecimiento estresante porque tendrá una gran influencia.
- Familias con adolescentes: período de 13-18 años, los padres les cuesta reconocer que en mayor o menor grado se tienen que diferenciar de ellos y promover su independencia y capacidad de decisión.
- Familia con adultos: los años van pasando y surge la preocupación por el futuro, generalmente los padres toman conciencia de que deben solicitar la incapacidad legal para el hijo.

Según Gordillo y Pérez (2008) en una investigación de Hernández (2014) refieren que las dificultades que puede causar la presencia de discapacidad intelectual en el hogar no tienen por qué convertirse necesariamente en fuerzas desintegradoras de la familia.

El cuidado de un paciente con discapacidad intelectual requiere de tiempo, energía y sobre todo cariño. Los padres deben de confiar y apoyarse mutuamente para que dentro del hogar no existan problemas. También es importante que obtengan psicoeducación sobre las etapas del proceso

que están atravesando, de lo contrario pueden sufrir serios desajustes que pondrán al límite su rol como padres.

En 2014, Hernández sostiene “Es importante que puedan mantener contacto con otras familias que han vivido situaciones similares, porque ellos entienden lo que está sucediendo y les dará muchas ideas para realizar. Nunca dejar de hacer lo que hacen como familia, ir al parque, de paseo o a cualquier actividad social a la que los inviten, esta será una excelente forma de lograr la inclusión social de su hijo o hija” (p. 19).

Es muy importante que los padres de familia y hermanos tengan conocimiento sobre la teoría del trastorno de discapacidad intelectual, por ejemplo el origen, los síntomas, las causas y consecuencias, ya que crea una ventaja y los familiares se sienten más confiados sobre qué es lo que deben de hacer al momento que se necesite, y es allí en donde el papel de los especialistas les proporciona a los padres la información más acertada, con la finalidad de evitar en lo posible la culpabilidad de la situación del hijo y estar en constante comunicación con otros padres.

Cuando los padres llegan a la fase de aceptación, inicia el cambio radical para poder organizarse entre las tareas cotidianas y el estilo de vida.

## 2.4 Consecuencias sociales

En un estudio de Velasco, Govea, y González (2015); según citado por Atkinson y Marlier (2010) para las Naciones Unidas (1995) en Copenhague, señalan que en el marco de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, se afirmó que la integración social es uno de los elementos claves del desarrollo humano, junto a la lucha contra la pobreza y el optar por un empleo productivo, de ahí que la integración social se definió como “una sociedad para todos”.

Las personas que padecen de algún tipo de discapacidad desean que exista una integración social, debido a que en ocasiones sufren de rechazo, discriminación, entre otros factores, esto hace que perjudique e intensifique aún más el trastorno.

Dentro de las escuelas o grupos de pares existe el rechazo y burlas hacia las personas con discapacidad intelectual, debido a que no tienen conocimiento sobre dicho trastorno, al percibir esto el paciente comienza a decaer en el estado del ánimo y en algunas ocasiones teme integrarse nuevamente a un grupo social. Lo anteriormente expuesto es común en los trastornos de gravedad leve a moderado, quienes son los que por definición pueden percibir y comprender dichas actitudes.

La Organización Mundial de la Salud (2015) citado en Velasco et al (2015) hace referencia a que “un buen estado de salud de las personas con discapacidad también contribuirá al cumplimiento de los objetivos Mundiales de Desarrollo más generales” (p. 12).

Por lo tanto una consecuencia social se refiere a que toda dificultad de integración que experimenten estos pacientes, repercutirá invariablemente en el desarrollo social de la nación. Por lo que se hace necesario mencionar el círculo vicioso entre la situación socioeconómica del país y de los pacientes, por la que el nivel de acceso a servicios de salud pública es limitada; por ejemplo, en varios centros de salud no prestan servicios para estos casos, debido a que no se encuentran profesionales de la salud competentes como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas del lenguaje y psiquiatras que trabajen en conjunto a manera de un modelo multimodal para la atención integral de dichos pacientes.

Velasco, et al. (2015), comentan al respecto que se encontraron limitaciones importantes en la ejecución del derecho a la educación inclusiva y de calidad de las escuelas especiales.

Una de las razones es que no existen instituciones públicas de educación especial, distribuidas estratégicamente, que se encuentran preparadas tanto en estructura como en función con un claustro de educadores especiales que permitan el desarrollo y adaptación integral de estos pacientes.

De la Cuadra (2012), refiere

La necesidad común de las personas con discapacidad intelectual de aparecer en el mundo, de reconocimiento, de validación, de ser tenidas en cuenta como miembros de pleno derecho, de ser incluidas en la sociedad, toda esta gran necesidad, es la que empuja hacia el cambio. Pero este cambio no es viable si no existe una sensación de seguridad suficiente como para dar el siguiente paso, por lo que los primeros movimientos, los primeros ajustes útiles serán aquellos que doten de seguridad al entorno. Nutriendo el fondo de nuevas experiencias, de nuevos conocimientos podremos flexibilizar nuestro concepto, y redefinir así la idea obsoleta que existe sobre las personas con discapacidad intelectual atenúe el miedo y sea posible el acercamiento (p. 4-5).

Es necesario que las familias no sobreprotejan a los niños con discapacidad intelectual ya que no es beneficioso para ellos, el incluirlos a la sociedad ayudará a que en lo posible se fortalezca su autoestima, tengan un adecuado desarrollo y conozcan límites y responsabilidades con lo que puedan adaptarse social y afectivamente.

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

La característica principal del trastorno de discapacidad intelectual, se presenta en una inteligencia inferior al promedio y está acompañada de limitaciones significativas de habilidades como la comunicación, el cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio y seguridad.

Las causas que pueden provocar un trastorno de discapacidad intelectual se encuentran pre-natales, perinatales y post-natales, así como genéticas, metabólicas, congénita o ambientales.

Existen diversos niveles de gravedad como lo son leve, grave, moderado o profundo, esto genera que, en las distintas etapas de la vida tengan consecuencias en el área emocional, familiar y social debido al rechazo que sufren del entorno que les rodea.

Los pacientes con discapacidad intelectual moderada, pueden llegar a desarrollar habilidades de comunicación, formación laboral, atender el cuidado personal, independizarse por lugares familiares y tener habilidades sociales.

Los padres de familia pueden llegar a ignorar los problemas que atraviesa una persona con discapacidad intelectual, lo que puede llegar a tener consecuencias a nivel emocional, familiar y social.

### 3.1 .1 Problemática del caso de estudio

Dentro de los pacientes referidos al Centro de Asistencia Social (CAS), se escogió al sujeto de estudio de caso, quién es un joven de sexo masculino de 22 años de edad, que se presentó con aspecto agitado, inquieto y ansioso.

El proceso de pensamiento vago y no se encontraba orientado en tiempo. Así mismo el lenguaje disminuido y desordenado, demostraba tartamudez. Mencionaba que el rechazo que le mostraban los familiares y los compañeros lo hacían sentir de una forma diferente.

Después de realizar la etapa de evaluación, se pudo determinar que una de las causas fueron los problemas que tuvo la madre durante el parto como el esperar con dolor durante cuantioso tiempo, lo cual llevó al paciente a una discapacidad intelectual moderada. Debido al desconocimiento de padres a este trastorno, el paciente mostraba alteraciones emocionales, como inseguridad, ansiedad, frustración e impulsividad, el no poder tener control de emociones durante las situaciones que se le presentaban.

Motivo por el cual se hizo necesario un estudio sobre las consecuencias psicosociales debidas al trastorno de discapacidad moderado, explicando de qué manera afecta a las personas con dicho trastorno y así mismo pueda ayudar a las familias a considerar las necesidades especiales de los pacientes.

### 3.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles fueron las consecuencias psicosociales del trastorno de discapacidad intelectual moderado en un paciente de 22 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)?

### 3.3 Objetivos

#### 3.3.1 Objetivo General

Identificar las consecuencias psicosociales del trastorno de discapacidad intelectual moderado en un paciente de 22 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS).

#### 3.3.2 Objetivos Específicos

- Describir las consecuencias emocionales en el paciente de estudio.
- Analizar las consecuencias familiares en el caso de estudio.
- Exponer las consecuencias sociales en el paciente de estudio.

### 3.4 Alcances y límites

#### 3.4.1 Alcances

Los alcances logrados en el estudio de caso de la práctica Profesional Dirigida, fue el descubrimiento de habilidades en el área de cocina que tuvo el paciente por medio de la terapia ocupacional. Se realizó una terapia vincular para reforzar la relación, ya que la conducta impulsiva del paciente provocaba conflicto con la madre. Asimismo por medio de la psicoeducación impartida a la madre del paciente, se logró un mejor conocimiento sobre las causas, consecuencias y síntomas que genera el trastorno de discapacidad intelectual.

El plan terapéutico se enfocó en la técnica cognitivo-conductual ya que este modelo ayuda a modificar la conducta y combina modelos del aprendizaje del procesamiento de la información para mejorar las habilidades y destrezas del paciente con gravedad moderada.

### 3.4.2 Límites

Entre los límites se puede mencionar las ausencias del paciente al asistir a las sesiones programadas. Otra limitante fue la actitud negativa por parte del paciente, debido a que asistía con pensamientos negativos y se negaba a realizar las técnicas que se le enseñaban.

### 3.4.3 Temporalidad

El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo durante 25 sesiones de 50 minutos, adicionalmente tres sesiones con la madre para realizar entrevistas y poder obtener toda la información en referencia al caso.

## 3.5 Metodología

El presente trabajo se realizó mediante la investigación cualitativa de estudio de caso y se dio como parte de la asignatura de Metodología de la Investigación psicológica, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

El procedimiento de la investigación se basó en el caso de estudio de un joven de 22 años, cuyo nombre se identifica con las iniciales X. J. quien fue referido por la madre del paciente al Centro de Asistencia Social (CAS), lugar donde se llevó a cabo el proceso terapéutico, la madre refiere los problemas académicos que padecía su hijo.

Dentro de la familia existían conflictos ya que la madre era la única que estaba pendiente del paciente, el padre vivía en los Estados Unidos y no tenían una relación de armonía, asimismo la relación entre hermanos se define como deficiente.

Durante la fase de evaluación se utilizaron herramientas como observación, entrevista, historia clínica. Se realizó una batería de pruebas proyectivas y pruebas psicométricas como el test de la figura humana, el test de la familia, test del árbol, test de la persona bajo la lluvia, en donde se evidencian indicadores de tendencia a replegarse a sí mismo, mundo de la fantasía, percepción del ambiente amenazante, inmadurez e impulsividad, debilidad de energía, menor movilidad psicológica, violencia, ansiedad que provocaba inadecuadas relaciones interpersonales y problemas relacionados con el tema sexual.

En el test de frases incompletas se pudo observar una personalidad con situación conflictiva y el test de matrices progresivas de Raven se pudo constatar que el paciente mostraba baja comprensión de pensamientos e inteligencia deficiente.

Luego de obtener el diagnóstico, se llevó a cabo el proceso terapéutico con el paciente mediante la psicoeducación para explicar el trastorno de discapacidad intelectual y las consecuencias que éste tiene, en el proceso se contó con la participación de la madre del paciente, para que así ambos pudieran comprenderlo.

Después se inició con la terapia vincular para reforzar la relación con la madre ya que se generaba conflicto por el inadecuado manejo de emociones por parte del paciente, así mismo, se trabajó este problema para que el paciente desarrollará un adecuado manejo de emociones en diversas situaciones.

Las técnicas de relajación, respiración y las autoinstrucciones fueron eficaces ya que el paciente pudo disminuir la ansiedad que se generaba debido a los conflictos familiares.

Uno de los modelos con los que se enriqueció la terapia fue el enfoque ocupacional que tiene como objetivo que el paciente pudiera adquirir habilidades en áreas prácticas, como cocina, construcción, manualidades, arte, etc. Se realizaron recomendaciones a la madre y paciente con tareas que permitan reforzar la relación y ejercicios de relajación para seguir disminuyendo o controlando la ansiedad que presentaba. Así como la puesta en práctica de las habilidades culinarias descubiertas en el proceso terapéutico.

## **Capítulo 4**

### **Presentación de Resultados**

#### 4.1 Sistematización del Estudio de Caso

##### I. Datos generales

Nombre:	X. J.
Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	27 de junio de 1994
Edad:	22
Estado civil:	Soltero
Escolaridad:	Quinto primaria
Ocupación:	Estudiante
Religión:	Católico
Dirección:	Mixco
Referido por:	Doctor de la hermana
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	25 de abril de 2016

##### II. Motivo de consulta

Madre refirió “necesito ayuda para mi hijo, ya que no sé qué hacer, ha tenido problemas con el estudio y le cuesta comprender” (SIC).

Paciente refirió “no me gusta estudiar, solo quiero aprender a hacer pan y trabajar con mi tía que tiene una panadería” (SIC).

### III. Historia del problema actual

Paciente de 22 años, quien tenía problemas con el estudio ya que se le dificultaba la comprensión de las materias, por lo mismo había sufrido bullying por parte de sus compañeros, debido a dichas situaciones el paciente dejó de estudiar, refiriendo “ya no quiero estudiar, quiero comenzar a trabajar”.

La madre refería que cuando X. J. había cumplido diez años comenzaba a tener dificultades para determinadas situaciones y más con los estudios. Cuando el paciente tenía cinco años el padre se fue a vivir a los Estados Unidos, la relación que tenían era distante debido a que no le tenía paciencia.

X. J. tenía dificultades para iniciar conversaciones y tener amigos, por lo consiguiente el paciente se sentía rechazado, la reacción que tomaba era de enojo y frustración.

Durante la investigación se fue observando que tenía una inquietud con el tema de relaciones sexuales y refería “me urge tener novia para poder tener relaciones con ella y saber cómo se siente”.

C. T. madre del paciente buscaba ayuda porque tenía miedo de que ella muriera y X. J. no pudiera vivir solo, aunque él aseguraba poder realizar sus necesidades básicas por sí mismo.

### IV. Historia Clínica

- *Personales no patológicos*

Durante la gestación la madre tuvo problemas con el esposo y antes de que naciera X. J. la madre pasó dos días con dolores fuertes, tuvo problemas y fue con la ayuda de una comadrona que dio a luz.

Dentro del desarrollo de X. J. se puede mencionar que tuvo dificultades en el desarrollo de habilidades motoras tales como; no poder sostener la cabeza. No gateo, a los dos años y medio caminó aunque sentía dolor en los pies, la madre lo llevó al doctor, y éste al evaluarlo indicó que tenía huesos frágiles y que por lo tanto se le dificultaría seguir caminando. Al pasar el tiempo, el dolor disminuyó y X. J. pudo caminar sin ningún problema.

No existió información sobre la evolución de lenguaje debido a que la madre no recordaba sobre estos aspectos.

Cuando el paciente tenía seis años falleció el tío quien era como un padre para él ya que le brindaba apoyo y lo cuidaba. La madre mencionó que X. J. había padecido enfermedades de vías respiratorias y dolor en los huesos de los pies.

En la etapa escolar se le dificultó aprender a escribir y el comprender lo que le enseñaban. Estudió hasta quinto primaria, X. J. refería que quería estudiar hasta sexto primaria y comenzaría a trabajar con uno de los hermanos.

No tenía amigos, ya que lo molestaban por la forma en que se comportaba, como baja comprensión, tartamudez, ansiedad e inquietud, no le gustaba salir a jugar.

En la etapa de adolescencia se mantenía junto a la madre y ayudaba en casa con las labores domésticas. Nunca ha trabajado.

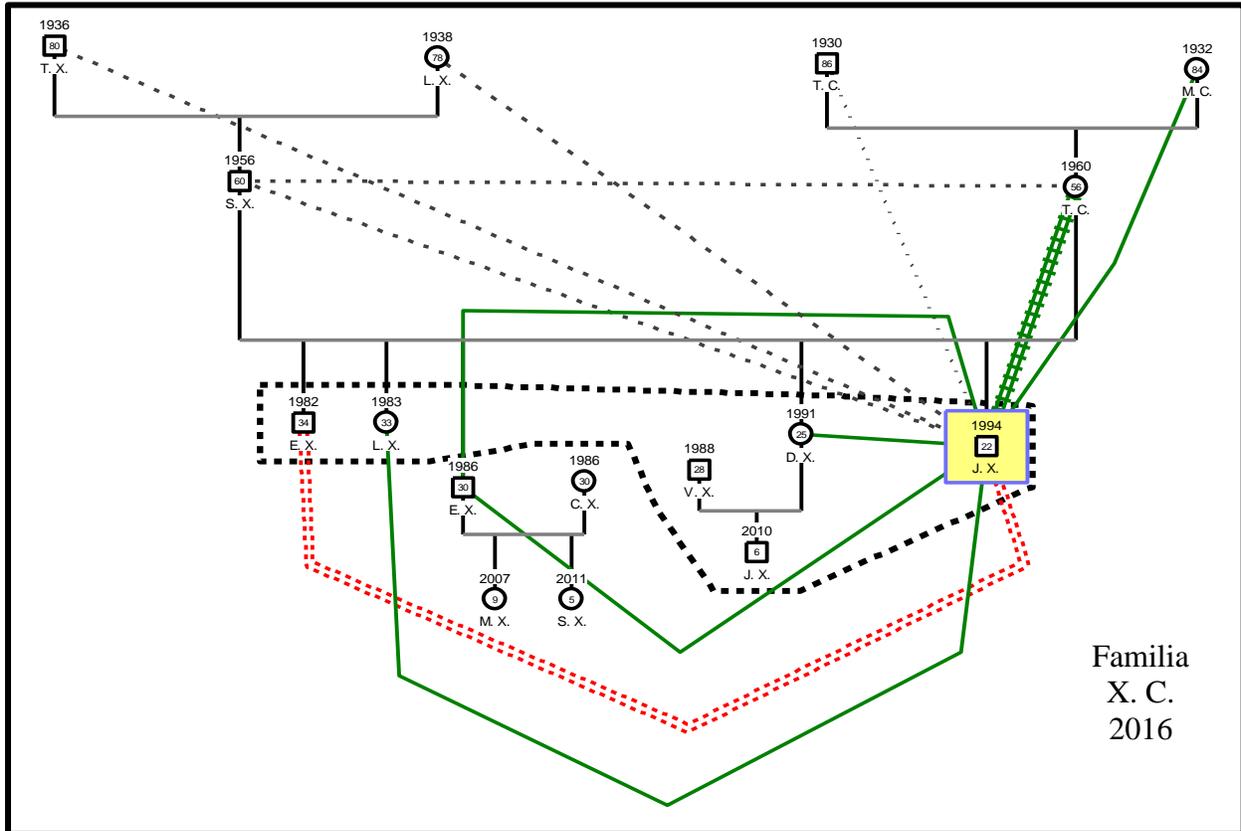
Existió curiosidad sexual, en la cual el paciente refería sentir una desesperación por establecer una relación de noviazgo y tener relaciones sexuales.

- *Personales patológicos*

Dentro de los antecedentes de desórdenes emocionales o mentales se podía observar que en el área cognitiva existía bajo conocimiento y forma de percibir el mundo, presentaba un déficit en el desarrollo del aprendizaje e inteligencia, los pensamientos se centraban en lo concreto, egocéntrico y dificultades para la formación de conceptos.

V. Historia familiar

**Imagen 2**  
**Genograma**



Fuente: elaboración propia, octubre, 2016.

- Estructura familiar

Los miembros que integraban la familia eran: papá, dos hijas y tres hijos incluyendo al paciente. La actitud que presentaban los hermanos y el padre ante el padecimiento del paciente se manifestaba en la dificultad de tolerancia, sin embargo la madre era quién le brindaba apoyo en todo momento. El estado socioeconómico nivel medio y la vivienda en adecuadas condiciones para habitarla.

- Antecedentes familiares

C. T. de 56 años, madre del paciente, mantenían una relación de confianza, era la encargada de apoyar al paciente. X. S. de 60 años, padre del paciente llevaba una relación distante con X. J. debido a que vivía en los Estados Unidos.

X. E. de 34 años, hermano del paciente, se manifestaba una relación de discordia. X. L. de 33 años, hermana de X. J. mantenían una relación cordial. X. E. de 30 años, hermano del paciente, casado con X. C. con dos hijas, relación de armonía. X. D. de 25 años, hermano del paciente se encontraba casado con X. V. con un hijo, la relación que manifestaban era de armonía.

#### VI. Examen del estado mental

Paciente masculino de 22 años, complexión mesomórfica, tez morena clara, cabello lacio de color negro. En todas las sesiones llegó con atuendo deportivo, pantalón de lona, playera, tenis y gorra.

X. J. mostraba un aspecto agitado, higiene pulcra. Actitud amable, cooperador, inquieto, ansioso y en ocasiones seductor. El saludo era neutro y al relatar su malestar con lo referente al tema sexual era continuo.

Desorientado en tiempo, espacio y persona, el estado de conciencia alerta. El proceso de pensamiento vago y concreto. El lenguaje denotaba tartamudez. No mostraba capacidad para la abstracción matemática y se evidenciaba la dificultad en deletrear palabras.

Se pudo observar enojo y ansiedad por no tener novia y no poder tener relaciones sexuales, en algunas sesiones mostraba aplanamiento afectivo y en otra mucha energía. Su conducta motora era de agitación e inquietud.

## VII. Resultados de las pruebas

**Cuadro 1**  
**Pruebas e Instrumentos aplicados**

<b>PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS</b>	<b>FECHA DE APLICACIÓN</b>
Test de Matrices Progresivas (John C. Raven)	23.05.2016
Test de la Figura humana (Karen Machover)	30.05.2016
Test de la Familia (Louis Corman)	06.06.2016
Test del Árbol (Karl Koch)	06.06.2016
Test de la Persona bajo la lluvia (Silvia M. Querol y María I. Chaves)	13.06.2016
Test de Frases Incompletas (Julian B. Rotter)	11.07.2016

Fuente: Elaboración propia, octubre, 2016.

- Resultados de Pruebas Proyectivas

### Text de la Figura humana (Karen Machover)

Dentro de los resultados de esta prueba se manifiesta la grandiosidad, ser decidido y fuerte, ansiedad, inseguridad, regresión, necesidad de aislamiento y de protección frente a las presiones externas, auto dirigido, sentimientos de inadecuación, tensión, altas aspiraciones intelectuales, fijación emocional a la imagen materna, posible daño orgánico en el área auditiva, infantilidad, agresividad a nivel verbal, deseo de contacto de relaciones, necesidades agresivas dirigidas al exterior, falta de confianza en los contactos sociales y en su productividad, preocupación en relación a lo sexual.

#### Test de la Familia (Louis Corman)

En este test se pudo observar timidez, inhibición de los instintos, fuerte tendencia a replegarse en sí mismo, determinación, aspectos femeninos, se relacionaba en general con la expansión imaginativa, sensible, necesidad de aprobación, percibía el ambiente como amenazante y se inhibía ante él, desvalorizaba al sobrino, ausencia física/emocional del padre, falta de comunicación existente entre la familia, sentimientos intensos de inadecuación intelectual, preocupación por rendimiento académico-intelectual, asimismo por lo que hablan los demás, inmaduro e impulsivo.

#### Test del Árbol (Karl Koch)

Se proyectó espiritualidad, debilidad, impaciencia, fuerte imaginación, dulzura, deseo de superación del sentimiento de inferioridad, falta de apoyo o estabilidad, menos movilidad psicológica y física, explosividad, impulsividad, carga y descargas instantáneas, vanidad, violencia, obsesión neurótica.

#### Test de la Persona bajo la lluvia (Silvia M. Querol y María I. Chaves)

Este test refirió introversión, debilidad, dependencia, afectividad y sensibilidad, ansiedad, agresividad, impaciencia, constante, agilidad, exceso de fantasía, dispuesto a enfrentar al mundo, tendencias auto agresivas, angustia, presión, sufrimiento fetal y acontecimientos traumáticos ocurridos a la madre embarazada, así como el nacimiento y primeros años de vida, falta de defensas, rasgos paranoides, preocupación por críticas y opiniones de otros, agresión, debilidad mental, reservado, inseguridad de alcanzar metas.

#### Test de Frases Incompletas (Julian B. Rotter)

Según la interpretación del test de frases incompletas se pudo observar una personalidad con una situación conflictiva.

- Resultados de Pruebas Psicométricas

#### Test de Matrices Progresivas de John C. Raven

Deficiente

#### VIII. Impresión diagnóstica

Paciente masculino de 22 años, soltero, último hijo de cinco que conforman la familia, nivel socioeconómico medio, dejó de estudiar en quinto primaria y no tiene experiencia laboral.

Durante el embarazo, la madre tuvo problemas emocionales con el esposo, así como complicaciones al dar a luz ya que pasó dos días con dolores fuertes debido a que la comadrona que le asistía le indicó que tenía que esperar ya que aún no era tiempo de que naciera.

El paciente mostraba como problemática principal dificultades en la comprensión y aprendizaje por lo que había dejado de estudiar y había rechazo hacia la formación académica. Asimismo X. J. refería sentirse triste, ansioso, en el lenguaje existía un retraso y ocasionaba que no pudiera comunicarse adecuadamente. También se pudo constatar que el área social se encontraba con deterioro al no poderse relacionar con sus iguales. Estos aspectos hicieron que se originara en el paciente una baja autoestima.

A través de la observación clínica y evaluación psicológica se detectó que X. J. mostraba discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) moderado ya que cumplía con las características como déficit cognitivo y social al no poder relacionarse con su entorno de forma adecuada, el lenguaje que presentaba era tartamudez y su conducta motora era de ansiedad e inquietud, debido a los problemas perinatales.

#### IX. Evaluación según DSM- 5

318.0 (F71) Discapacidad Intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual) Moderado (33)

#### X. Recomendaciones terapéuticas para el caso

- Para poder ayudar al paciente se recomendó centrarse en las capacidades, motivándolo en favorecer el aprendizaje y calidad de vida.
- Se recomendó a la familia un apoyo integral, por medio de una Psicoeducación que permitiera reconocer las necesidades del paciente.
- Facilitar y colaborar en la incorporación de ayuda técnica tanto en el hogar como en el centro educativo, conociendo recursos para la integración académica.
- Se recomendó al paciente estudiar en un centro técnico que le permitiera aprender un oficio como panadería o repostería para poner en práctica las habilidades que descubrió.

## 4.2 Análisis de Resultados del Estudio de Caso

Consecuencias psicosociales debidas al trastorno de discapacidad intelectual moderado

El DSM-IV-TR (2000) define

Un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media ( $CI < 70$ ) asociado a déficit del funcionamiento adaptativo actual en al menos dos sectores (comunicación, autonomía, vida familiar, aptitudes sociales e interpersonales, aprovechamiento de los recursos del contexto, responsabilidad individual, utilización de la experiencia adquiridas en la escuela, el trabajo, los momentos de ocio, salud y seguridad) que aparece antes de los 18 años (p. 47).

Según Barrios, Millán y Sarmiento (2014) dentro de las consecuencias que presenta una persona con trastorno de discapacidad intelectual se encuentra: desarrollo cognitivo en donde tienen dificultad para comprender cierta cantidad de información, falta de atención, concentrarse, dificultades para realizar nuevas actividades; en el área del desarrollo del lenguaje existe retraso en el ritmo del lenguaje, así como déficit en las habilidades para comunicarse no verbalmente; en el desarrollo físico las habilidades motoras se encuentran deterioradas, presentan problemas relacionados con la salud, así como menos peso y estatura; desarrollo social y emocional afecta la aceptación en un grupo social, presenta conductas agresivas e impulsivas e inmaduras.

El paciente de estudio de caso fue diagnosticado con trastorno de discapacidad intelectual moderado, debido a que cumplía con las características que este trastorno requiere. Asimismo, el paciente tenía dificultades en el desarrollo cognitivo como la baja comprensión, falta de atención, por lo tanto se le dificultaba realizar algunas actividades de la vida diaria. En el área de lenguaje existía un leve retraso en el ritmo del habla provocándole tartamudear en la conversación.

Por lo mismo, estos aspectos habían producido en el paciente cambios significativos que le dificultaban la inclusión en diferentes áreas. También se le atribuyó el rechazo que existía dentro de la familia, lo que ocasionó una estigmatización diariamente en su vida, así como en la sociedad al no permitirle tener relaciones interpersonales, todo esto le causó al paciente tener una baja autoestima.

#### Descripción de consecuencias emocionales

En 2005, Choliz menciona que “todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la calidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal” (p. 4).

Valenzuela (2011), cita a Goleman (1996), refiriéndose a que uno de los componentes de las emociones, es el autoconocimiento emocional la cual es el conocimiento de nuestras propias emociones y cómo nos afectan. Esto supone la comprensión de la diferencia entre pensamiento, acciones y emociones; la comprensión de las causas y consecuencias de las emociones; evaluar la intensidad, reconoce y utilizar el lenguaje de las emociones.

Dentro de las consecuencias emocionales se pudo evidenciar una baja autoestima debido a la forma negativa de expresar las emociones, ya que el paciente se le dificultaba el manejo adecuado de las emociones, por lo mismo actuaba sin tener conocimiento de las consecuencias al actuar de manera incorrecta.

Las emociones que expresaba era enojo con el padre al irse a vivir lejos y no tener una adecuada relación con él, sentía ira y se volvía agresivo con el hermano mayor ya que no actuaba de manera apropiada con la madre, llevándolo a actuar con golpes e insultos hacia el hermano.

#### Análisis sobre las consecuencias familiares

Tirado (2004) refiere en la tesis de Hernández (2014) seis etapas por las cuales atraviesan los padres de familia con un hijo con discapacidad intelectual, dentro de ellas se encuentra negación y aislamiento que utilizan como mecanismo de defensa; enojo en donde se cuestionan en que fallaron; miedo como parte de una respuesta inmediata; rechazo donde probablemente afecta negativamente el desenvolvimiento; búsqueda de atención médica para brindarle al hijo las herramientas disponibles; aceptación que es la última etapa en donde los padres se van adaptando a su nuevo estilo de vida.

Las consecuencias familiares que existían en el paciente, fueron que la familia pasó por una serie de distintas etapas, entre ellas, el rechazo que algunos hermanos y padre han manifestado ante el paciente por la forma de actuar que es diferente a la de ellos, así como la dificultad en la comprensión de lo que sucede alrededor de él.

El enojo que el padre expresó ante la problemática así como la negación en la que se encontraba provocó que se aísle y la relación entre padre e hijo vaya desmejorando. La madre fue la encargada de buscar ayuda debido a la preocupación y el miedo que sentía al no saber cuál sería el futuro del hijo.

Al finalizar tanto la madre como el paciente fueron comprendiendo la gravedad del trastorno, así como adaptándose a los cambios y aceptando el trastorno de discapacidad intelectual que se le diagnosticó al paciente.

## Exposición de las consecuencias sociales

De la Cuadra (2012), refiere

La necesidad común de las personas con discapacidad intelectual de aparecer en el mundo, de reconocimiento, de validación, de ser tenidas en cuenta como miembros de pleno derecho, de ser incluidas en la sociedad, toda esta gran necesidad, es la que empuja hacia el cambio. Pero este cambio no es viable si no existe una sensación de seguridad suficiente como para dar el siguiente paso, por lo que los primeros movimientos, los primeros ajustes útiles serán aquellos que doten de seguridad al entorno. Nutriendo el fondo de nuevas experiencias, de nuevos conocimientos podremos flexibilizar nuestro concepto, y redefinir así la idea obsoleta que existe sobre las personas con discapacidad intelectual atenúe el miedo y sea posible el acercamiento (p. 4-5).

Velásco, Espinoza y Enríquez (2015), comentan al respecto que se encontraron limitaciones importantes en la ejecución del derecho a la educación inclusiva y de calidad de las escuelas especiales.

Existieron limitaciones que el paciente tuvo en el área social debido al padecer trastorno de discapacidad intelectual moderado, entre ellas se encontraron el no poder interactuar con sus pares adecuadamente ya que existía rechazo debido a la conducta que el paciente tenía al convivir con ellos.

Asimismo la educación era un factor importante ya que las instituciones no tenían ni se encontraban preparadas con un contenido adecuado hacia las personas con discapacidad intelectual, esto afectó al paciente ya que tenía baja comprensión y atención provocando que las actividades académicas las realizara inadecuadamente.

Por lo tanto, el paciente dejó de estudiar esperando que en el futuro pueda aprender un oficio y así pueda obtener un trabajo sin complicaciones, adaptándose en su forma de ser a su entorno social.

## **Conclusiones**

Las consecuencias psicosociales del trastorno de discapacidad intelectual moderado fueron deficiencia en desarrollo cognitivo, del lenguaje, físico, así como problemas a nivel familiar, social y emocional, los cuales afectaron la vida diaria del paciente al no tener un adecuado autocontrol lo que influyó en la capacidad de adaptación social.

Durante la investigación se encontró que el paciente tuvo dificultades al tener inadecuado manejo de emociones, ya que presentaba conductas negativas como la ira, miedo, tristeza, envidia, ansiedad y otros. Lo que provocaba que careciera de empatía hacia las personas de su alrededor.

El padre del paciente aún cursaba la etapa de negación y rechazo debido a que no aceptaba el diagnóstico del trastorno de discapacidad intelectual del hijo, provocando que optara por viajar y trabajar en los Estados Unidos. Mientras que la madre estaba en aceptación y búsqueda para poder brindarle al hijo las herramientas adecuadas y así poder adaptarse al entorno con menos dificultades.

El paciente al padecer trastorno de discapacidad intelectual tuvo como consecuencia social, el no poderse adaptar a sus pares debido al rechazo y burlas que sufriría de parte de ellos, ocasionándole temor a integrarse nuevamente a un grupo social. Asimismo son pocos centros de salud o de educación que prestan servicios para tratar a personas con discapacidad intelectual.

## **Recomendaciones**

Lo recomendable para una persona que padezca trastorno de discapacidad intelectual es asistir con un profesional de psicología y neurología para que pueda entrevistar, determinar con evaluaciones pertinentes y de ese modo poder dar un diagnóstico oportuno para iniciar la fase de terapia que le ayudará a sobrellevar y adaptarse a su entorno.

Debido a la falta de manejo sobre las emociones se exhorta a que las personas con discapacidad intelectual a través de un proceso terapéutico practiquen ejercicios de relajación, respiración y autoinstrucciones para poder minimizar la emoción negativa en la que se encuentran y de esa manera podrán aprender a tener un manejo adecuado de las emociones.

Se hace una invitación a los padres de familia, quienes tienen hijos que presentan discapacidad intelectual a brindarles amor y cariño e incorporarse a grupos de apoyo con otros padres en la misma situación y comprender el trastorno para poder darle una mejor ayuda a sus hijos.

Dentro del área social es necesario el no permitir que excluyan a las personas con discapacidad intelectual en un centro de salud o de educación en la cual no tengan las herramientas apropiadas para tratarlos. La terapia ocupacional sirve de gran ayuda para que aprendan un oficio y puedan tener un desenvolvimiento ante la sociedad.

## Referencias

### Bibliográficas

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. (Ed. 4). España: Masson, S. A.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (Ed. 5). España: Editorial Médica Panamericana.

### Internet

Barrios, D., Milán, M. y Sarmiento, Y. (2014). *Guía de Orientación para el docente que atiende estudiantes con discapacidad intelectual*. (1ª. Ed.). Panamá: Editorial Universitaria Carlos Manuel Gasteazoro, 2014. Recuperado 20.09.2016 de <http://www.iphe.gob.pa/publicaciones/CARTILLAS/3.pdf>

Belmonte, V. (2013). *Inteligencia Emocional y Creatividad: Factores Predictores del Rendimiento Académico*. (Tesis Doctoral). Recuperado 22.09.2106 de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/120450/TVMBL.pdf>

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la Emoción, El proceso emocional*. Recuperado 21.09.2016 de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>

De la Cuadra, C. (2012). *La integración de las personas con discapacidad intelectual en la sociedad actual. Una mirada desde la Gestalt*. Recuperado 23.09.2016 de [http://gestaltnet.net/sites/default/files/La%20integraci%C3%B3n\\_0.pdf](http://gestaltnet.net/sites/default/files/La%20integraci%C3%B3n_0.pdf)

- Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra. (2010). *Discapacidad intelectual definición de discapacidad intelectual (AAIDD)*. Recuperado 20.09.2016 de [http://creena.educacion.navarra.es/equipos/psiquicos/pdfs/di\\_definicion.pdf](http://creena.educacion.navarra.es/equipos/psiquicos/pdfs/di_definicion.pdf)
- Fernández, C. (2013). *La Discapacidad Intelectual en la sociedad*. Recuperado 21.09.2016 de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/53928/1/Clara\\_Fernandez\\_Gabalon.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/53928/1/Clara_Fernandez_Gabalon.pdf)
- Goleman, D. (1996). *La Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos. Recuperado 23.09.2016 de <file:///C:/Users/Dalia/Downloads/La%20Inteligencia%20Emocional%20%20Daniel%20Goleman.pdf>
- Hernández, G. (2014). *Reacciones de los padres de familia ante el diagnóstico de discapacidad de su hijo/a, en FUNDAL Guatemala*. (Tesis de posgrado). Recuperado 20.09.2016 de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/67/Hernandez-Glendy.pdf>
- Jadue, G. (2002). *Factores Psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar*. no. 28. pp. 193-204. doi: 0718-0705.
- León, R., Menés, M., Puértolas, N., Trevijano, I. e Zabalza, S. (2003). *El impacto en la familia del deficiente mental*. num. 2. (Vol. 17). pp. 195-212. doi: 0213-8646.
- Valenzuela, E. (2011). *Las personas con discapacidad... vivencian emociones*. (Proyecto Final de Master en Educación Emocional). Recuperado 21.09.2016 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/47646/7/Las%20personas%20con%20discapacidad...%20vivencian%20emociones.pdf>
- Velasco, L., Govea, R. y González, H. (2015). *Inclusión social de personas con discapacidad intelectual en Guadalajara, México*. num. 11. (Vol. 6). pp. 999-1024. doi: 2007-7467

Verdugo, M. (1994). *El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AAMR*. Personas con retraso mental. Madrid: Siglo XXI de España Editores. Recuperado 19.09.2016  
[http://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo\\_AAMR\\_92.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo_AAMR_92.pdf)

Verdugo, M. (2000). *Necesidades de la familia de las personas con retraso mental y necesidades de apoyo generalizado*. Familias y Discapacidad Intelectual. pp. 1-27. Madrid: FEAPS, 2000. Recuperado 21.09.2016 de  
[http://www.feaps.org/biblioteca/familias\\_ydi/capitulo6.pdf](http://www.feaps.org/biblioteca/familias_ydi/capitulo6.pdf)

## **Anexos**

## Anexo 1

### Tabla de Variable

Nombre completo: **Dalia Marisol Velásquez Corzo**

Título de la sistematización: **Estudio de caso: Consecuencias psicosociales debidas al trastorno de discapacidad intelectual moderado en un paciente de 22 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)**

Carrera: **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**

<b>Problemática 1</b>	<b>Variable de Estudio (Tema a investigar) 2</b>	<b>Sub temas de la variable de estudio 3</b>	<b>Pregunta de investigación 4</b>	<b>Objetivo General 5</b>	<b>Objetivos específicos 6</b>
Alteraciones emocionales debidos al trastorno de discapacidad moderado	Trastorno de Discapacidad Intelectual Moderado	Consecuencias emocionales	¿Cuáles fueron las consecuencias psicosociales del trastorno de discapacidad intelectual moderado en un paciente de 22 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)?	Identificar las consecuencias psicosociales del trastorno de discapacidad intelectual moderado en un paciente de 22 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)	Describir las consecuencias emocionales en el paciente de estudio
Rechazo por parte de su entorno familiar		Consecuencias familiares			Analizar las consecuencias familiares en el caso de estudio
Rechazo y burlas por parte de sus iguales		Consecuencias sociales			Exponer las consecuencias sociales en el paciente de estudio