

**Conductas no verbales en niñas con discapacidad cognitiva entre los 11 a 13 años de una  
institución de protección de derechos del Oriente Antioqueño y su relación con sus  
antecedentes vitales**

Maria Alejandra Cuevas Madariaga

Universidad Católica De Oriente  
Programa De Psicología  
Facultad De Ciencias Sociales  
Rionegro-Antioquia

Trabajo de grado para optar por el título de  
Psicólogo

Asesor/a:

Eliza Kratochvil Mg. en Psicología en psicología y salud mental UPB

2021

Nota de Aceptación

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Rionegro,

### **Agradecimientos**

Primeramente, gracias a Dios, a mi familia por ser mi apoyo en todo momento y en toda decisión.

A todos los profesores que me han motivado a seguir estudiando, y me han enseñado. En concreto a mi tutora de trabajo de grado la profesora Eliza Kratochvil quien con sus directrices y conocimientos me orientó en el desarrollo de este proyecto.

A mis tutores de prácticas por enseñarme todo lo que sabían;

En concreto a Ana Maria Duque, por guiarme en el proceso de aplicar esta maravillosa carrera. Y, en definitiva, a mis amigos, compañeros y personas que han estado a mi lado durante estos años. A todos ustedes, ¡gracias!

## Contenido

	<b>Pág.</b>
Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Antecedentes	11
1. Formulación Del Problema	16
2. Pregunta de investigación	24
3. Justificación	25
4. Objetivos	27
4.1 Objetivo General	27
4.2 Objetivos Específicos	27
5. Referente Teórico Referente O Conceptual	28
5.1 Operaciones formales	28
5.1.1 El estadio de las operaciones formales (de 11 a 12 años en adelante)	28
6. Diseño metodológico	33
6.1 Metodología	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.2 Tipo y diseño de estudio	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.3 Aspectos éticos implementados	36
6.4 Enfoque	33
6.5 Tipo de investigación	33
6.6 Nivel de la investigación	33
6.7 Diseño de investigación	33
6.8 Población y muestra	34
6.9 Variables o categorías	34
6.10 Técnicas e Instrumentos	34
6.11 Procedimiento o memoria metodológica	35
6.12 Plan de Análisis	35
7. Resultados Y Discusión	37
8. Conclusiones	55
Referencias	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

Apéndices

**Lista De Tablas**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Área de residencia y sexo, según grupos de edad.	17
Tabla 2. Área de residencia y sexo, según estructuras o funciones corporales que presentan alteraciones, (general)	17
Tabla 3. Principal alteración para el desarrollo de actividades cotidianas, según Municipio.	18
Tabla 4. Grupos de edad, según dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas.	18
Tabla 5. Grupos de edad, según dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas.	19
Tabla 6. Condición de afiliación a salud y sexo, según grupos de edad.	20
Tabla 7. Área de residencia y sexo, según causa principal por la que no estudia.	20
Tabla 8. Sexo, según estrato de la vivienda.	21
Tabla 9. Grupos de edad y requerimiento permanente de la ayuda de otra persona según principal alteración en estructuras o funciones corporales afectadas.	22
Tabla 10. Dimensión Distancia corporal.	52
Tabla 11. Establece contacto ocular cuando inicia la comunicación.	53

**Lista De Apéndices**

	<b>Pág.</b>
Apéndice A. Consentimiento informado	59

## Resumen

Las conductas no verbales juegan un papel fundamental en el desarrollo y la adaptación al medio de cualquier individuo, ya que hacen parte de todo el sistema comunicativo, sin embargo, en población con discapacidad cognitiva este mecanismo es limitado por lo tanto la investigación de como se da el desarrollo de estas conductas en esta población es bastante pertinente. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las conductas no verbales y los antecedentes vitales, en un grupo de niñas con discapacidad cognitiva de 11 a 13 años, pertenecientes a una institución de protección de derechos del Oriente Antioqueño. El diseño de la investigación fue mixto, como muestran se analizaron 6 casos y los resultados muestran que las conductas no verbales aparecen desarrolladas parcialmente en las menores, se resalta distancia corporal y apariencia personal como las conductas más marcadas y contacto visual la conducta menos desarrollada, por otra parte, la historia de vida de las menores del estudio tiene como factor común antecedentes de negligencia y abuso, por tanto se puede concluir que los antecedentes vitales de las niñas inciden negativamente en la aparición de conductas no verbales necesarias en el desarrollo de habilidades sociales.

*Palabras Clave:* Discapacidad cognitiva, Conductas no verbales, expresión facial, contacto físico.

## **Abstract**

Nonverbal behaviors play a fundamental role in the development and adaptation to the environment of any individual, since they are part of the entire communication system, however, in the population with cognitive disabilities this mechanism is limited, therefore the investigation of how it is given the development of these behaviors in this population is quite pertinent. This research aimed to determine the relationship between non-verbal behaviors and vital history, in a group of girls with cognitive disabilities from 11 to 13 years old, belonging to an institution for the protection of rights in Eastern Antioquia. The research design was mixed, as shown, 6 cases were analyzed and the results show that non-verbal behaviors appear partially developed in minors, body distance and personal appearance are highlighted as the most marked behaviors and visual contact is the least developed behavior, On the other hand, the life history of the minors in the study has as a common factor a history of neglect and abuse, therefore it can be concluded that the vital history of the girls negatively affects the appearance of non-verbal behaviors necessary in the development of skills. social.

*Key Words:* Cognitive disability, Nonverbal behaviors, facial expression, physical contact.

## **Introducción**

Las habilidades sociales son parte fundamental del desarrollo de un individuo ya que permiten una mejor interacción con el contexto y con los otros, ahora bien, uno de los hitos más significativos en este proceso es el desarrollo de conductas no verbales, que hacen parte de todo el mecanismo que el ser humano tiene para comunicarse, en efecto, las conductas no verbales acompañan el lenguaje expresivo y dan más fuerza al mensaje que se quiere transmitir. Sin embargo, el desarrollo de estas conductas se ve afectado cuando el sujeto está en situación de discapacidad intelectual, dadas las características de este trastorno del neurodesarrollo, pero más allá de la discapacidad, la estimulación del ambiente juega un papel fundamental para que el desarrollo de las conductas no verbales se favorezca o se afecte aún más.

El presente estudio investigativo analiza como los antecedentes vitales de seis niñas en situación de discapacidad intelectual institucionalizadas del oriente antioqueño interfieren en el desarrollo de las siguientes conductas no verbales: distancia corporal, contacto ocular, contacto físico, apariencia personal, postura y expresión facial. Se presenta la descripción de los casos y se discuten las posibles relaciones existentes entre las categorías. Concluyendo que posiblemente en los casos reportados ambientes marcados por violencia y privación, incidieron negativamente en el desarrollo de las conductas no verbales de las niñas en situación de discapacidad.

### **Antecedentes**

La comunicación no verbal es la primera etapa del desarrollo comunicativo, la cual progresa a partir del llanto y el movimiento de los brazos y piernas, a movimientos corporales más específicos. Estas acciones motrices describen el desarrollo de gestos comunicativos utilizando las manos y los brazos. La comunicación no verbal también incluye hacer sonidos o vocalizaciones que no son palabras habladas. Estos sonidos van del llanto y quisquilleo a la jerga infantil, la cual tiene el ritmo de una oración, pero que no consiste en palabras reales todavía; sin embargo, la literatura científica parece mostrar que el desempeño de los niños en situación de discapacidad en esta etapa es diferente.

Cabrera-García, Lizarazo-Sandoval y Medina-Casallas, (2016) realizaron una investigación tipo cualitativa en la que buscaron describir las Necesidades de relaciones sociales de niños y niñas con discapacidad intelectual en la familia y en la escuela., encontrando que se concluye que es necesario que las familias implementen en sus prácticas de crianza hábitos que favorezcan la socialización, como pedir el favor, dar las gracias, dialogar y compartir con otras personas del entorno. En la escuela es necesario que los profesores trabajen de manera muy cercana y complementaria con las familias y capacitar a los niños en negociación y mediación para la resolución pacífica de conflictos

De igual manera, Cabrera-García, et al (2016) afirma que dentro de las familias de niños con discapacidad tienen una necesidad de ser más conscientes sobre la socialización con el mundo exterior, y deberían implementar en sus pautas de crianza hábitos que les brinden herramientas para la buena convivencia en sociedad tales como hábitos de saludar, pedir el favor dar las gracias y el aprender a interactuar con los diferentes individuos que hagan parte de su comunidad; y con esto fortalecer relaciones sociales. Debido a esto es preciso que las familias reciban cierta

orientación y capacitación sobre estrategias de habilidades que fortalezcan la buena socialización de niños con discapacidad intelectual, como incentivos, disponer de normas, establecer límites. Etc.

En otro artículo Palacio & Menjura (2019), encontraron que la discapacidad leve se asocia con la prevalencia de independencia/ logro. La población en situación de discapacidad moderada, severa y profunda se encuentra en proceso de adquisición de habilidades adaptativas. En efecto, los niños con discapacidad intelectual tienen un proceso más lento en la adquisición y el uso del comportamiento adaptativo en relación con los niños sin discapacidad.

En el estudio que realizó Orozco, Barocio, & Cárdenas, (2019) se plantea que en la mayoría de los casos de discapacidad cognitiva aún no se han diagnosticado y no se les brinda el tratamiento más asertivo para cada caso, ya que como se vio en los resultados de la investigación si se da un buen tratamiento esto se puede mejorar; además que es fundamental crear más proyectos de programas de intervención de acuerdo a las necesidades específicas de cada niño, con el objetivo de llevar al límite el funcionamiento de sus funciones ejecutivas.

Espinosa Gallardo, (2018) en su investigación: “Desarrollo emocional y su relación con las habilidades sociales en los niños acogidos en la Sociedad Protectora del Niño Huérfano y Abandonado Hogar Santa Marianita de la Ciudad de Ambato.” Concluye que los niños, niñas y adolescentes que han sufrido algún tipo de maltrato infantil físico o psicológico, se encuentran bajo la medida de protección de acogimiento institucional que es una acción transitoria de protección a menores que se encuentran privados de su medio familiar de origen mientras se realiza el proceso de adaptación y reincorporación a la sociedad. El proceso del desarrollo emocional por el cual pasan los niños, donde crean su identidad, está basado en tres aspectos, el primero es la forma de percepción de sus sentimientos. El segundo es el entendimiento en el que el niño

identifica y nombra los sentimientos; y el tercero es el orden que tiene en su capacidad de regular emociones tanto positivas como negativas y de esta manera dar una respuesta a los estímulos internos y externos.

Habla de las habilidades sociales que empiezan en la infancia desde el primer contacto que tiene con el cuidador primario del niño y van evolucionando de acuerdo con el buen reconocimiento o rechazo de las necesidades de los niños.

Una de las mayores causas de acogida del estado a estos niños es el abandono e intimidación intrafamiliar física con un 55% por parte de su progenitor. Es importante considerar que estos datos tienen relación con el informe del UNICEF, (2014) el cual revela que el 44% de los niños y niñas de entre 5 a 17 años han sido sustancia de actos agresivos por parte de sus padres.

Espinoza (2018) analizó la relación entre desarrollo emocional y las habilidades de interacción social de 40 niños institucionalizados con edades comprendidas entre los 7 y 10 años, encontrando que la mayoría de niños evaluados puntúan con inteligencia emocional baja y con dificultades en habilidades sociales, sin embargo, la una correlación entre ambas variables fue baja no significativa.

Según Andrade, (2015) las habilidades sociales en niños que han sido víctimas de situaciones conflictivas están poco desarrolladas y que por las diferentes situaciones que han atravesado, y además el ambiente en el que han vivido, crean un tipo de habilidades y capacidades como mecanismo de defensa; debido a esto no usan la asertividad ni la comunicación para el enfrentamiento de los conflictos y su resolución, no reconocen la empatía para con los demás y el autocontrol durante alguna situación adversa o simplemente vivencias y situaciones cotidianas entre niños.

La aplicación del Programa PHAS según Arrigoni & Solans, (2018) ayuda a impulsar la implementación de nuevas habilidades sociales y comunicacionales, y propician la práctica de la creatividad, estas vivencias fomentan el desarrollo y bienestar integral, lo que puede tener un impacto benéfico en la calidad de vida presente y futura del niño.

En el trabajo de la Aceptación incondicional positiva (AIP) en el entorno cultural y familiar, de la misma manera que la autoaceptación positiva, incentiva tres factores importantes de la resiliencia: autoconcepto positivo, confianza en sí mismo y autoeficacia Fiorentino, (2008). Con la aplicación del proyecto se puede determinar que, al incorporar también a las familias en la intervención, el niño mostrara un aumento en su resiliencia, ya que esta es un constructo que se evoluciona a través del tiempo, que mezcla el ambiente familiar, social y cultural del niño Cacho Becerra, Silva Balarezo, & Yengle Ruíz, (2019) muestra que la intervención del taller tutorial de habilidades sociales ha resultado tener un impacto positivo; ya que dispone al estudiante para la vida y posibilita la modificación de conductas, minimizando las que representan un riesgo para sus vidas.

Aubone, Franco, & Mustaca, (2016) muestra en su investigación, que los niños que han tenido experiencias previamente en jardines infantiles, en comparación con los que no; son capaces de desarrollar más rápido ciertas habilidades sociales, como relacionarse de manera segura y empática con los demás niños, se promueve el desempeño social primario en este entorno, manejo de situaciones conflictivas, etc. El contacto de los infantes con este tipo de ambiente influye en el desarrollo de sus habilidades sociales.

Molina & Rivera , (2015) en su investigación sobre Diferencias en habilidades sociales y asertividad en niños y adolescentes colombianos víctimas de maltrato, indican que interfiere en el aprendizaje y la aplicación de las habilidades sociales en el desarrollo social de los niños, el haber

sido víctimas de maltrato familiar, además también repercute en el asertividad, el desempeño motor, afectivo, y habilidades perceptivo-motoras. Concluyendo que es un factor de riesgo para el desarrollo pleno del infante estar en un ambiente hostil que no le aporte ni le permita y le facilite la adaptación y desempeño social.

## **Formulación Del Problema**

El Desarrollo de la primera infancia es una etapa decisiva en la vida de los niños y niñas, ya que en esta se forman y desarrollan vínculos afectivos, se adquieren destrezas, habilidades y capacidades básicas para su desarrollo integral y un óptimo aprendizaje; de igual manera, se llevan a cabo procesos en pro de la independencia, el auto cuidado, y la socialización, con el cual se puede empezar a definir el manejo de las habilidades sociales (Marín Iral, et al 2019).

Dicho esto, resulta de mucha importancia tener conocimiento de cómo es el estado de estas habilidades sociales en las niñas con discapacidad cognitiva, para de este modo tener un conocimiento amplio y pensar estrategias que brinden una visión global sobre cómo abordar y mejorar la implementación de actividades, talleres, que contribuyan en el mejoramiento y la evolución de las habilidades sociales.

De acuerdo con el trabajo orientado a implementar en todo el país el registro continuo para la localización y caracterización de personas con discapacidad en Colombia; a continuación, se presentan una serie de tablas que describen a la población en situación de discapacidad en el departamento de Antioquia.

Población con registro para su localización y caracterización de personas con discapacidad.

En la tabla 1 se observa que en general en el departamento de Antioquia quienes tienen una cifra más representativa son los hombres y que en el rango de edad es mayor entre los 5 y 14 años.

**Tabla 1.**  
*Área de residencia y sexo, según grupos de edad.*

<b>Grupos de edad (años)</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Total</b>	75.134	41.108	34.026
<b>De 5 a 9</b>	5.064	3.031	2.033
<b>De 10 a 14</b>	6.307	3.783	2.524

En la siguiente tabla se evidencia que en general quienes tienen más afecciones en sus estructuras y/o funciones corporales son los hombres con una cifra mayor y que ésta en su mayoría es del sistema nervioso central. El cual solo se tomó en cuenta ya que es el más prevalente en la población seleccionada.

**Tabla 2.**  
*Área de residencia y sexo, según estructuras o funciones corporales que presentan alteraciones, (general)*

<b>Estructuras o funciones corporales</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Total</b>	167.064	88.957	78.107
<b>El sistema nervioso</b>	42.457	23.262	19.195

En esta tabla se evidencia el registro total de todos los municipios de Antioquia, se seleccionaron los más cercanos al oriente los cuales suman un total de 4.640 en contraste con la ciudad de Medellín 15.640 la cual tiene dos veces más población con discapacidad.

**Tabla 3.**

*Principal alteración para el desarrollo de actividades cotidianas, según Municipio.*

<b>Principal alteración</b>	<b>Total</b>	<b>El sistema nervioso</b>
<b>Total</b>	75.134	26.984
<b>MEDELLÍN</b>	15.640	6.969
<b>EL CARMEN DE VIBORAL</b>	759	318
<b>ENVIGADO</b>	2.344	1.042
<b>GUATAPÉ</b>	157	60
<b>LA UNIÓN</b>	458	158
<b>MARINILLA</b>	715	306
<b>EL PEÑOL</b>	881	312
<b>RIONEGRO</b>	1.600	731
<b>EL SANTUARIO</b>	834	389
<b>SONSÓN</b>	835	247

En la siguiente tabla está la relación de las actividades diarias, como pensar/memorizar y la relación con demás personas y el entorno, en la cual se concluye que entre menos avanzada esté la discapacidad hay menos dificultades en estas actividades.

**Tabla 4.**

*Grupos de edad, según dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas.*

<b>Dificultades</b>	<b>Total</b>	<b>De 0 a 4 años</b>	<b>De 5 a 9 años</b>	<b>De 10 a 14 años</b>	<b>De 15 a 44 años</b>
<b>Total</b>	206.550	5.111	13.502	16.702	70.913
<b>Pensar, memorizar</b>	34.942	671	3.049	4.008	14.409
<b>Relacionarse con las demás personas y el entorno</b>	13.624	272	1.140	1.579	6.159

En la siguiente tabla se muestran las derivaciones de las discapacidades el 28% corresponde a que debido a una enfermedad general se generó una discapacidad, y el 27% no conoce el origen de su discapacidad.

**Tabla 5.**

*Grupos de edad, según dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas.*

<b>Origen de la discapacidad</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Total</b>	75.134	41.108	34.026
<b>No sabe cuál es el origen</b>	20.245	10.309	9.936
<b>Condiciones de salud de la madre durante el embarazo</b>	5.441	2.916	2.525
<b>Enfermedad general</b>	21.827	10.557	11.270
<b>Alteración genética, hereditaria</b>	8.048	4.088	3.960
<b>Consumo de psicoactivos</b>	504	406	98
<b>Víctima de violencia</b>	2.117	1.757	360
<b>Conflicto armado</b>	515	452	63
<b>Dificultades en la prestación de servicios de salud</b>	694	343	351

En la siguiente tabla se observa que cerca del 75% de la población en Antioquia con discapacidad cuenta con afiliación al sistema de salud y en 25% no lo hace.

**Tabla 6.***Condición de afiliación a salud y sexo, según grupos de edad.*

<b>Grupos de edad</b>	<b>Total</b>			<b>Con afiliación a salud</b>			<b>Sin afiliación a salud</b>		
	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Total</b>	75.13	41.108	34.026	55.43	29.770	25.667	19.680	11.326	8.354
<b>De 0 a 4 años</b>	1.844	1.068	776	1.392	812	580	452	256	196
<b>De 5 a 9 años</b>	5.064	3.031	2.033	3.809	2.279	1.530	1.255	752	503
<b>De 10 a 14 años</b>	6.307	3.783	2.524	4.803	2.878	1.925	1.503	905	598
<b>De 15 a 44 años</b>	27.04	15.553	11.492	18.96	10.665	8.301	8.072	4.883	3.189

En la tabla 7. Se evidencia que un 24% de esta población censada no estudia debido a su discapacidad.

**Tabla 7.***Área de residencia y sexo, según causa principal por la que no estudia.*

<b>Causa principal por la que no estudia</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Total	74.336	40.651	33.685
Está estudiando	10.881	6.361	4.520
Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar	16.554	8.198	8.356
Costos educativos elevados o falta de dinero	6.955	3.905	3.050
Por falta de tiempo	1.845	971	874
No aprobó el examen de ingreso	82	51	31
Falta de cupos	132	83	49
No existen centro educativo cercano	937	448	489
Necesita trabajar	3.342	2.567	775
No le gusta o no le interesa el estudio	3.892	2.401	1.491
Perdió el año o fue expulsado	185	131	54

Sus padres no quieren que estudie más	618	247	371
Por su discapacidad	25.618	13.573	12.045
Otra razón	3.191	1.654	1.537
Sin información	104	61	43

En la siguiente tabla vemos que un 76% de esta población se encuentra dentro de los estratos 1 y 2.

**Tabla 8.**  
*Sexo, según estrato de la vivienda.*

<b>Estrato</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Total</b>	75.134	41.108	34.026
<b>Estrato 1</b>	22.555	12.495	10.060
<b>Estrato 2</b>	34.447	18.785	15.662
<b>Estrato 3</b>	13.901	7.403	6.498
<b>Estrato 4</b>	419	235	184
<b>Estrato 5</b>	179	75	104
<b>Estrato 6</b>	16	8	8
<b>Sin Estrato</b>	3.617	2.107	1.510

En la siguiente tabla se concluye que cerca del 34% requiere ayuda en su vida diaria de alguien externo.

**Tabla 9.**

*Grupos de edad y requerimiento permanente de la ayuda de otra persona según principal alteración en estructuras o funciones corporales afectadas.*

	Total			De 0 a 4 años			De 5 a 14 años			De 15 a 44 años		
Principal estructura función corporal afectada	Total	Requiere	No requiere	Total	Requiere	No requiere	Total	Requiere	No requiere	Total	Requiere	No requiere
El sistema nervioso	26.984	10.020	16.964	595	500	95	5.665	2.057	3.608	12.121	4.076	8.045
corporal afectada	75.134	25.450	49.684	1.844	1.330	514	11.371	3.952	7.419	27.045	7.819	19.226

Fuente: Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE marzo 2010 - Dirección de Censos y Demografía.

Todo la caracterización de discapacidad cognitiva presentada deja ver lo urgente de trabajar con esta población, en efecto, cada vez son más las personas a las que se les certifica la discapacidad, esto representa un reto para toda la sociedad dado que se deben procurar estrategias que les permitan una participación más activa en la sociedad, teniendo en cuenta que Schalock, Luckasson, y otros, (2007) proponen la discapacidad intelectual no solo como limitaciones significativas en el razonamiento, la solución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, la comprensión (funcionamiento intelectual), sino también en la conducta adaptativa que incluye las dimensiones: conceptuales (lenguaje, lectura y escritura), sociales (autoestima, responsabilidad, seguimiento de normas) y prácticas (actividades de la vida diaria como el aseo y la alimentación, habilidades instrumentales como el transporte, el mantenimiento de la casa), limitando su participación en la vida comunitaria, esto hace que el estudio de las conductas no

verbales sea un aporte más en el conjunto de conocimiento que busca entender cada vez más el comportamiento de estas personas.

Siguiendo con lo planteado anteriormente, la discapacidad intelectual perjudica aproximadamente al 1.5% de la población en los países con una economía afianzada, y su tasa se duplica en las regiones despojadas del planeta. La carga mundial de morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (INEGI, 2010).

Según Caballo, la conducta socialmente habilidosa es: “Ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

La American Psychiatric Association define a la discapacidad intelectual como un “trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” (American Psychiatric Association, 2013, p. 17). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales –DSM V– (APA, 2013) se establecen cuatro categorías, según el grado de discapacidad intelectual: leve, moderado, grave y profundo.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, este proyecto se enfatizó en describir las conductas no verbales de un grupo de niñas con discapacidad, además, relacionó dichas conductas no verbales con los antecedentes vitales a fin de nutrir el bagaje teórico que la comunidad científica tiene hasta el momento.

### **Pregunta de investigación**

¿Como es la relación entre las conductas no verbales y los antecedentes vitales, en un grupo de niñas con discapacidad cognitiva de 11 a 13 años, pertenecientes a una institución de protección de derechos del Oriente Antioqueño?.

## **Justificación**

La realización de un estudio para determinar la relación entre las conductas no verbales y los antecedentes vitales en un grupo de niñas con discapacidad cognitiva de 11 a 13 años, pertenecientes a una institución de protección de derechos del Oriente Antioqueño, es justificable por diversas razones.

En primer lugar, la conveniencia del estudio radica en la importancia de comprender las formas de comunicación no verbal de las niñas con discapacidad cognitiva, quienes pueden tener dificultades para expresarse verbalmente. Identificar los patrones de conducta no verbal que se relacionan con antecedentes vitales específicos, como la historia de trauma o el nivel de apoyo emocional en el hogar, podría ser útil para comprender la complejidad de la vida de estas niñas y ofrecer intervenciones más efectivas, así como proporcionar entrenamiento que mejore la comunicación no verbal de las niñas.

En segundo lugar, la relevancia social del estudio es significativa. Los resultados podrían proporcionar información valiosa para los profesionales que trabajan con esta población, así como para las familias y cuidadores, con el fin de mejorar la calidad de vida y la atención de las niñas con discapacidad cognitiva, además de ayudar en el proceso de adaptación razonable e inserción en la vida social.

En tercer lugar, la utilidad metodológica del estudio se justifica por la necesidad de desarrollar herramientas y metodologías adecuadas para la investigación en el ámbito de la discapacidad cognitiva. El estudio podría proporcionar información sobre las técnicas y herramientas más efectivas para la evaluación de las conductas no verbales y los antecedentes vitales de las niñas con discapacidad cognitiva.

Por último, las implicaciones prácticas del estudio son de gran importancia. El conocimiento obtenido a partir del estudio podría utilizarse para informar y mejorar las intervenciones en la atención de las niñas con discapacidad cognitiva en la institución de protección de derechos del Oriente Antioqueño. Además, los resultados del estudio podrían informar a futuras investigaciones y prácticas en el campo de la discapacidad cognitiva.

En resumen, el estudio propuesto es justificable y tiene importantes implicaciones prácticas y sociales para mejorar la atención y la calidad de vida de las niñas con discapacidad cognitiva.

## **Objetivos**

### **1.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre las conductas no verbales y los antecedentes vitales, en un grupo de niñas con discapacidad cognitiva de 11 a 13 años, pertenecientes a una institución de protección de derechos del Oriente Antioqueño.

### **1.2 Objetivos Específicos**

- Describir la prevalencia de las conductas no verbales como: distancia corporal, contacto ocular, contacto físico, apariencia personal, postura y expresión facial; en la población de interés.
- Caracterizar los antecedentes vitales de las niñas con discapacidad cognitiva.
- Analizar la asociación entre las conductas no verbales y los antecedentes vitales en las participantes.

## Referente Teórico Referente O Conceptual

### 1.3 Operaciones formales

El niño reflexivo: De 11 a 12 años y en adelante. El niño aprende sistemas abstractos del pensamiento, que le permiten usar la lógica proposicional, el razonamiento científico y el proporcional. Desarrollo como cambio en las estructuras del conocimiento: según Piaget, (2007) los niños empezaban a organizar la información que obtenían del mundo y los llamó esquemas: que son conjuntos de acciones físicas, operaciones mentales, conceptos o teorías con los cuales se adquieren y organizan la información sobre el mundo. A medida que el niño va atravesando por cada etapa mejora su capacidad de usar esquemas complejos, abstractos que le permitan organizar su información.

Noción piagetiana de estadio:

1. Todos los estadios siguen un orden fijo determinado; sin embargo, cada persona tiene un ritmo diferente y puede haber variaciones con respecto a la edad en la que se presentan y no todos culminan las etapas.
2. Hay una estructura para cada estadio, hay cambios bruscos en periodos cortos que generan nuevas estructuras cognitivas.
3. Cada estadio se integra con el otro sucesivamente.
4. El paso por cada estadio es poco a poco ya que en cada uno hay una fase de preparación. (Piaget, 2007)

#### ***1.3.1 El estadio de las operaciones formales (de 11 a 12 años en adelante)***

Una vez el niño haya aprendido las capacidades seriación, clasificación y conservación se empieza a formar un sistema de lógica coherente formal, el niño después de finalizar el periodo de

las operaciones concretas cuenta con muchas herramientas cognoscitivas para desarrollar problemas de lógica, relaciones conceptuales entre operaciones, ordenar y clasificar conjuntos de conocimiento.

El cambio más notorio en la etapa de operaciones formales es la transición en el pensamiento de lo real a lo posible Flavell, (1985). La capacidad de pensar en forma abstracta y reflexiva la cual tiene 4 características: -La lógica proposicional: capacidad de realizar una inferencia lógica desde la relación entre dos premisas afirmativas.

Razonamiento científico: Piaget nombra la capacidad de generar y probar una hipótesis, de forma lógica y sistemática como pensamiento hipotético-deductivo.

Razonamiento combinatorio: es la capacidad de pensar en causas múltiples.

Razonamiento sobre probabilidades y proporciones: el niño que esté en la etapa de las operaciones formales, puede representar mentalmente el problema de forma diferente.

Para Piaget, aprendizaje es el proceso mediante el cual el sujeto construye su propia definición de los objetos que percibe al interactuar con el mundo que lo rodea, a través de varios procesos mentales, cognitivos, a la luz de conocimientos previos que se consolidan en las etapas de asimilación, acomodación y equilibrio, que le ayudan a proporcionarles significado. “El niño o el aprendiz tienen desde el principio ideas y conceptos, que son también parte de su conocimiento, y hacen un marco orientador de las acciones. Dicho marco cambia en cada momento de comprensión” (Arias y Flórez, 2011).

Según Stefanini, (2004). Los jóvenes con discapacidad intelectual leve, los cuales muestran atraso en los procesos de aprendizaje o presentan alguna dificultad concreta, pero pueden evolucionar algunas habilidades sociales, de comunicación y tienen la habilidad de poder adaptarse

e integrarse en el mundo laboral “normal”. Es posible que también puedan mostrar un retraso leve dentro de las áreas perceptivas y motoras.

La definición que se tiene actualmente de discapacidad intelectual está apoyada en limitaciones específicas sobre el funcionamiento intelectual y las conductas adaptativas que presente el individuo; también de las habilidades sociales, conceptuales y prácticas (Luckasson; Cols, 2002 en Verdugo, 2003).

Dentro de esta nueva definición está propuesto un modelo multidimensional sobre la Discapacidad Intelectual, el cual considera 5 aspectos, dentro del primer aspecto están las Habilidades Intelectuales, el cual abarca diferentes capacidades cognitivas como el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, pensar de manera abstracta, el aprendizaje rápido, etc.

Se piensa el Coeficiente Intelectual como la mejor representación del funcionamiento intelectual. En el Segundo aspecto están las conductas adaptativas, las cuales hacen referencia al grupo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, las cuales son aprendidas por el individuo para funcionamiento de su vida cotidiana. El tercer aspecto, contempla la participación, interacción y los roles sociales. El cuarto aspecto, considera la salud: física, mental y factores etiológicos. Este aspecto se fundamenta en cuatro grupos de factores de riesgo, estos son: biomédico, social, comportamental y educativo. El quinto aspecto contempla el contexto (ambientes y cultura), y hace referencia a condiciones inter relacionales en las que cada persona vive cotidianamente (Gobierno de Chile. Ministerio de Educación, 2007).

La socialización es el “saber estar y el sentirse parte de la sociedad en la que vive la familia” (Pérez, 2001). Para los seres humanos es indispensable estar en contacto con la sociedad y hacer parte de ella; desde cualquier tipo de grupo del que se haga parte. La socialización es uno de los procesos por los cuales los individuos en su interacción con otros evolucionan sus maneras de

pensar, sentir y actuar que son primordiales para su participación efectiva dentro de la sociedad (Vander, 1986).

Según Goleman, (1996) las emociones son estímulos para actuar, planes instantáneos para hacerle frente a la vida que la evolución nos ha infundido; y la inteligencia emocional, (IE) es la capacidad que las personas tenemos para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de incentivarlos y de darles un buen manejo a las emociones en nosotros mismos y en nuestras relaciones. Estos aspectos de la inteligencia emocional son importantes ya que le proporcionan herramientas para el buen desarrollo y desempeño del individuo en la sociedad. Bisquerra Alzina, 2000), define la educación emocional como un proceso educativo continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional, como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral.

La conducta adaptativa se basa en las capacidades, conductas y habilidades de las personas para adaptarse y cumplir con las exigencias de sus entornos cotidianos, debido a lo cual:

las limitaciones en la conducta adaptativa son las que más van a afectar tanto a la vida diaria como a la habilidad para responder a los cambios constantes e imprevistos que ocurren permanentemente en nuestras vidas y en las demandas que impone el entorno en que vivimos (Durán y Santos, 2005, p. 17).

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas y capacidades inherentes del ser humano para manifestar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos hacia las demás personas, de una manera apropiada a la situación que esté viviendo, y del mismo modo, respetando estas mismas conductas en los otros. Los niños y adolescentes que no han podido desarrollar estas habilidades, se ven en conflictos para relacionarse socialmente y mantener estas relaciones, lo que

puede provocar ansiedad y un encuentro de sentimientos negativos sobre su propio valor como ser humano e influir en su calidad de vida (Bustamante, 2007).

Desde la infancia se van adquiriendo las habilidades sociales a través de las relaciones sociales que va experimentando el ser humano, desde las conductas verbales y no verbales, determinadas según el entorno social del niño, creencias, sentimientos, ideas y valores, las cuales son la base de la conducta social. Los resultados de las relaciones sociales causan efecto en el autoconcepto y la autoestima que a su vez son importantes para el buen desarrollo social del individuo (Cepeda, 2005).

Problemas por el bajo desarrollo de habilidades sociales.

- El pobre desarrollo de las habilidades sociales en los infantes puede influir en problemas en la autoestima, debido a que esto afecta el desenvolvimiento en el entorno social, lo cual los hará sentir culpables y los afectará.
- Los niños con pocas habilidades sociales pueden sentirse frustrados al no poder expresar de manera correcta sus deseos y opiniones.
- La falta de habilidades sociales puede interferir en la forma de relacionarse, dificultad para establecer relaciones interpersonales, y llevar a una timidez, lo cual dentro de la sociedad es importante para el buen desempeño social.
- Ocasionar problemas escolares debido a la inadaptación y llevar al fracaso escolar.
- Generar malestar emocional ya que el ser humano necesita estar en contacto con los demás y así mantener un buen equilibrio emocional (Cepeda, 2005).

Aquellos niños y adolescentes que son rechazados, agredidos y retraídos socialmente por sus compañeros, son más propensos a la inadaptación presente y futura. Los niños

que son poco aceptados o que muestran conductas difíciles, en las interacciones sociales como agresividad pueden estar en riesgo de presentar alguna psicopatología (Gomez-Nuñez, 2011).

Antecedentes vitales:

Situaciones, estímulos o circunstancias que ocurren de forma inesperada provocando cambios o reajustes en la vida del sujeto, pudiendo alterar el estado físico o mental del individuo.

Los antecedentes vitales pueden venir de experiencias del desarrollo o experiencias del ambiente como problemas familiares, ser víctima de violencia o abuso. En este sentido, todos los antecedentes vitales generan estrés, pues generan un cambio y exigen al individuo un proceso de adaptación (Mardomingo, 2003).

## **Diseño metodológico**

### **1.4 Enfoque**

Mixto.

### **1.5 Tipo de investigación**

Descriptiva.

### **1.6 Nivel de la investigación**

Nivel descriptivo

### **1.7 Diseño de investigación**

El diseño la investigación mixta no tiene como meta remplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales (Hernández, Fernández y Batista, 2010).

El proceso de investigación mixto implica una recolección, análisis e interpretación de datos cualitativos y cuantitativos que el investigador haya considerado necesarios para su estudio. Este método representa un proceso sistemático, empírico y crítico de la investigación, en donde la visión objetiva de la investigación cuantitativa y la visión subjetiva de la investigación cualitativa pueden fusionarse para dar respuesta a problemas humanos (Otero-Ortega, 2018).

### **1.8 Población y muestra**

Muestra: intencional.

- 6 menores institucionalizadas entre los 11 y 13 años.
- Diagnósticos de déficit cognitivo leve.

### **1.9 Variables o categorías**

Conductas no verbales: Definidas como todo acto comunicativo que no necesariamente implica el uso de palabras, como por ejemplo el contacto visual o la proximidad física.

### **1.10 Técnicas e Instrumentos**

- Cuestionario de conductas no verbales para personas con discapacidad intelectual moderadamente afectada

Este instrumento ha sido diseñado por Manuales de Trabajo en Centros de Atención para personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León. Esta evaluación tiene como objetivo valorar los puntos fuertes y débiles de una persona con discapacidad en el área de conducta no verbal de las habilidades sociales. Los contenidos que se valoran son los aspectos que definen la conducta no verbal: distancia corporal, contacto ocular, contacto físico, apariencia personal, postura y expresión facial. La evaluación es cualitativa e individual con vistas a un posterior programa de intervención (pág. 21).

- **Protocolo de entrevista semiestructurada a cuidadores de la institución**  
**elaboración propia:** Este instrumento fue diseñado para conocer los antecedentes vitales de los sujetos reportados por el personal que labora en la institución y quienes cumplen en este momento la función de cuidadores.

### **1.11 Procedimiento o memoria metodológica**

En un primer momento se compartió con la institución el objetivo y alcance del proyecto posteriormente se realizó la firma del consentimiento informado por parte del tutor legal de las menores y aval de comité de ética.

Acto seguido se realizó la aplicación del Cuestionario de conductas no verbales para personas con discapacidad intelectual moderadamente afectada, bajo una estrategia de Observación directa durante un periodo de 6 horas semanales por 3 meses en diferentes contextos como el comedor, los espacios de juego libre y actividades programadas dentro de la institución.

Por otro lado, se indagó mediante entrevista semiestructurada con los formadores encargados de las menores los antecedentes vitales: traumas en la infancia, diagnóstico y tratamiento farmacológico actual que interfiere en las conductas no verbales.

Finalmente, se realizó un análisis de frecuencias de las conductas no verbales en niñas con discapacidad intelectual y su relación con sus antecedentes vitales mediante triangulación

### **1.12 Plan de Análisis**

- Se estimaron las frecuencias de aparición de las conductas no verbales a partir del calculo de frecuencias relativas según las respuestas obtenidas en el Cuestionario de conductas no verbales para personas con discapacidad intelectual moderadamente afectada.

- Posteriormente para cada caso se realizó un análisis de triangulación entre los antecedentes vitales, la frecuencia de las conductas no verbales.

### **1.13 Aspectos éticos implementados**

Aspectos éticos basados en la ley 1090 de 2006. Al ser de una institución de protección la firma de consentimiento informado la realizó el tutor legal de la institución, y el asentimiento informado para que las niñas participantes confirmen su deseo de aportar a la presente investigación formativa. Previo aval del comité de ética. Para efecto de guardar la confidencialidad.

## Resultados y discusión

### Análisis de casos:

- **Caso 1: N1+11**

Sujeto de 11 años femenino con diagnóstico de trastorno de la conducta, discapacidad intelectual leve, trastorno depresivo en estudio. Durante la observación se encontraba en tratamiento farmacológico con Risperidona Tab. 1 mg y Clonidina 0.150mg. La Risperidona y la Clonidina son usados para el manejo de la impulsividad, lo cual genera la disminución de las acciones auto y hetero agresivas en los pacientes. La medicación en este caso no interfiere en el desarrollo de sus habilidades sociales.

Según lo reportado por la institución, la medida en la que se encuentra es medio institucional, modalidad internado, en restablecimiento de derechos para población especial y hace parte del sistema del bienestar familiar, ingresa a la medida en año 2019. Natural de Venezuela, migraron con su familia ante la crisis social de su país, presentaba poco cuidado protector, su madre quien es policonsumidora de sustancias, habitante de calle, vive debajo de un puente. El sujeto no tenía una alimentación completa, presentaba alta permanencia en calle, lo cual origina el restablecimiento de derechos, tiene 3 hermanos de padres diferentes, un padre ausente.

Según la historia la madre la abandonó a los 8 días de nacida con su abuela, hasta que esta falleció y tuvo que volver a hacerse cargo de ella. Ha pasado por ocho hogares sustitutos, ha tenido 2 intentos de suicidio.

Parece ser que el Trastorno de conducta es predominante ante su discapacidad intelectual que es leve, como estrategia de supervivencia ella logra generar conductas no verbales para defenderse de figuras de autoridad y de masculinos. Es muy buena en las habilidades no verbales con sus compañeras más no con adultos que representen autoridad. Es evasiva con la mirada. No

se conecta con quién está hablando. No se ayuda en la comunicación con contacto físico. Ahora bien durante la aplicación del instrumento se identifica en N1+11 que respeta la distancia interpersonal más o menos 1 metro con sus compañeros, lo hace, aunque en ciertas ocasiones puede invadir el espacio del otro, con relación a la distancia interpersonal con profesionales la respeta pero se evidencia que es por aislarse un poco, al igual que respeta la distancia interpersonal con desconocidos dado que, si esta no permite un acercamiento más íntimo con el personal que no conoce, mantiene su distancia.

Por su parte establece contacto ocular cuando inicia la comunicación, responde con contacto ocular durante la comunicación esporádicamente, con las figuras de autoridad es evasiva con la mirada. Este contacto supone una dificultad en la comunicación pues esto deriva en que no genera una confianza y conexión con quién está hablando. Aparentemente presenta dificultades para regular sus emociones, reconocer y respetar figuras de autoridad, acatamiento de reglas, reacciona de manera agresiva.

En la niña se pudo percibir Bajos niveles de tolerancia a la frustración, lenguaje soez y amenazante, genera problemas de convivencia. Tiene bajos niveles de auto regulación emocional, con comportamientos auto y hetero agresivos, no mide riesgos ni consecuencias.

Con relación a las habilidades sociales en principio no permite el acercamiento de personas, aunque si es un femenino, observa y luego accede a incorporar ese nuevo miembro a su equipo, pero si es varón no permite en definitiva ningún tipo de acercamiento.

Con sus pares tiende a tener más confianza y su manera de socializar es buena, un aspecto a mencionar es que el medicamento que le es suministrado no interfiere en el desarrollo de las habilidades sociales de la niña. En ocasiones permite el contacto físico solo en situaciones de aprendizaje y si la persona que lo hace es la profesora del aula, de lo contrario busca alejarse. En

ocasiones no se pueden percibir emociones, muy inexpresiva ante diferentes situaciones que representan una carga emocional, sin embargo, cuando genera alguna esta es congruente y se pueden observar varias modulaciones afectivas. A nivel externo tiene una buena apariencia física, se perciben buenas prácticas de autocuidado, que le permiten socializar.

Dados los resultados de la aplicación de la prueba de evaluación de habilidades sociales se evidencia que la niña, presenta un bajo nivel en la dimensión de distancia corporal donde se puede concluir que aunque puede respetar el espacio de las personas con quienes no tiene tanta afinidad, con sus compañeras puede ser todo lo contrario, es invasiva; en cuanto a la dimensión de contacto ocular, puede ser evasiva con la mirada, no lograr generar una conexión con los demás, en la tercera dimensión evidencie que no genera mucho contacto físico con los demás, aparte de ser uno de sus mecanismos de defensa el mantenerse aislada de quienes están a su alrededor y que no le generan confianza, en la cuarta dimensión es la que mayor puntuación tubo, se puede observar que hay un buen manejo del autocuidado, se preocupa por su aspecto físico externo; en la quinta dimensión se concluye que no se esfuerza por demostrar atención ni intención de escuchar al otro excepto si ya hay una intención por su parte, la sexta dimensión es la que más baja puntuación tiene pues durante la observación se evidencian emociones planas, o por el contrario son muy exageradas y no son congruentes con lo que expresa. comprendiendo desde su historia de vida, se evidenció que creó mecanismos de defensa para mantener distancia con personas que no le generan algún tipo de comodidad, creó un vocabulario básico casi que concretó para relacionarse en general sin hablar mucho ni generar vínculos con las personas con las cuales habla, dado su nivel de discapacidad que es leve, tienden a prevalecer todas estas estrategias de protección aprendidas en el entorno en el que creció y las cuales adaptó a su vida para su supervivencia. en esta menor se diferencia de las demás en la motivación que le genera el pensar volver a estar con su madre, a

pesar de haber conciencia sobre las causas y la situación en la cual se encuentra. según el informe de la menor fue víctima de abuso sexual, lo cual brinda claridad sobre el tema del acercamiento o distanciamiento de la menor con figuras representativas masculinas.

Dadas sus condiciones más que discapacidad intelectual sus experiencias previas le permiten desarrollar habilidades por encima de su condición dado que las vivencias tempranas de peligro asociadas a su historia vital, elevan su nivel de habilidad social para defenderse en situaciones de peligro; sin embargo, con relación al acercamiento a figuras de autoridad y masculinos no logra un acercamiento que le permita socializar, esto con relación no a inmadurez cognitiva sino a selectividad por aspectos de su personalidad e historia vital de traumas (abuso sexual). Es más agresiva ante la posibilidad de abuso.

- **Caso 2: N2+11**

Sujeto de 11 años femenino con diagnóstico de (TDAH), Discapacidad intelectual leve, trastorno por déficit de atención, Trastorno de la conducta., durante la observación se encontraba en tratamiento farmacológico con: Clonidina 150 Mg. Aripiprazol 15 mg. La clonidina: Es un controlador de impulsos inductores del sueño, todo el sistema nervioso central reduce la capacidad de acción. Aripiprazol hace parte de los antipsicóticos: que son la primera línea de tratamiento farmacológico para síntomas negativos (aislamiento social, aplanamiento afectivo, lenguaje.). El tratamiento farmacológico afecta el desarrollo de las habilidades sociales de esta niña debido a que la clonidina reduce la capacidad de acción y esta se ve reflejada en la manera y el tiempo de respuesta, se percibe lentitud y en ocasiones poca coherencia para conectar las ideas.

La medida en la que se encuentra es medio institucional modalidad internado en restablecimiento de derechos para población especial y hace parte del sistema bienestar familiar. Se encuentra en medida de adaptabilidad. Ingresó en el año 2011 a hogares sustitutos durante 8

años de permanencia en el sistema, por negligencia familiar, padre consumidor de sustancias de abuso, poco compromiso de la madre con negligencia física, emocional y psicoafectiva, violencia intrafamiliar, enfermedades mentales por parte de sus progenitores, tiene 3 hermanos. Debido a su comportamiento y dificultades es trasladada constantemente de los hogares sustitutos, Agresiones verbales y físicas a pares, desafiante y agresiva con figuras de autoridad, no respeta la norma, presenta enuresis y comportamientos disruptivos. Poca conciencia del daño que puede ocasionar poca tolerancia a la frustración, y el acatar instrucciones. Es distraída, interrumpe conversaciones, le cuesta mantener la concentración en una actividad, comprende indicaciones, fluctuaciones constantes en el estado de ánimo, alterna momentos de llanto con estabilidad.

Mejora en capacidad de análisis y resolución de problemas, capacidad de cambio, identificación en las emociones y sentimientos, factores de protección y de riesgo, internos y externos, conciencia de los actos para controlar impulsividad, y la tolerancia a la frustración, se le complica tener buena introspección de las conductas y actos conscientes. Avanza en habilidades sociales, interactúa más con pares y la comunidad en general, reconoce figuras representativas y las respeta. Tiene necesidad de mejorar habilidades sociales, no sigue instrucciones, no acepta un no, poca resolución de conflictos, no tiene mecanismos de autorregulación que confronten su comportamiento adaptativo, mejora empatía con los demás, y es impulsiva.

Es una niña muy introvertida, crea métodos de comunicación no verbales para evitar el contacto y las conversaciones con figuras representativas, respeta el espacio de las demás personas, sobre todo con las figuras femeninas, genera contacto ocular para iniciar una conversación, es evasiva con la mirada si algo no le gusta, lo que interfiere en la resolución de problemas pues al evadir el contacto visual, esto es inferido por las autoridades como desinterés o actitud desafiante.

En situaciones de aprendizaje o donde requiere ayuda permite tener contacto, durante las conversaciones con sus compañeras genera contacto físico, pero de modo selectivo con las compañeras más conocidas a través de señas, tiene una presentación personal buena, pero con pobre autocuidado, es dirigida su apariencia y forma de vestir. Se pueden percibir fallas en el mantenimiento de rutinas diarias y del cuidado personal.

Durante las conversaciones e interacciones con sus pares y figuras de autoridad muestra respeto y disposición para la escucha con el otro, a nivel emocional sus expresiones son congruentes con sus acciones.

En muchas ocasiones se percibe desconectada de la realidad, su capacidad de respuesta es un poco lenta en comparación con las de sus pares, tiende a mostrarse afectiva con ciertas figuras de autoridad femeninas, con los masculinos puede ser un poco precavida, y no permite que se le acerquen mucho, a no ser que le genere confianza y le sienta segura. Es más pasiva ante la posibilidad de abuso.

Según Stefanini, (2004). Los jóvenes con discapacidad intelectual leve, los cuales muestran atraso en los procesos de aprendizaje o presentan alguna dificultad concreta, pero pueden evolucionar algunas habilidades sociales, de comunicación y tienen la habilidad de poder adaptarse e integrarse en el mundo laboral “normal”.

La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar que son excesivos para la edad o el nivel del desarrollo (Verdugo Alonso y Gutiérrez Bermejo, 2009).

Según los resultados de la aplicación de la prueba de habilidades sociales para niños con discapacidad intelectual, se infirió que la niña con 11 años, presenta en la primera dimensión

respetar el espacio de los demás no es invasiva, en la segunda dimensión a pesar de puntuar alto en generar y mantener contacto ocular con las personas durante una conversación, puede mostrarse un poco evasiva con la mirada esporádicamente, con la tercera dimensión tiende a ser un poco alejada, no genera contactos sobre todo con figuras del género femenino, en la cuarta dimensión se observan buenas prácticas de autocuidado; sin embargo, sus acciones están dirigidas por el personal que las acompaña, la quinta dimensión muestra que tiende a mostrar interés en las personas cuando se dirigen a ella, pero una vez pierde es difícil volver a recuperar su atención debido a su TDAH, en la sexta dimensión se evidencia que sus emociones no siempre son congruentes con sus expresiones; comprendiendo desde su historia de vida, la manera de socializar con los demás es desde el miedo, temor al rechazo, es muy prevenida con las personas con las cuales se vincula, siempre buscando amor o afecto; desde su nivel de discapacidad, el cual es leve no hay mucha diferencia en el desarrollo de sus habilidades sociales, la medicación que toma al momento de realizar la prueba no altera de forma negativa su comportamiento, más bien le regula la hiperactividad. no se perciben motivaciones, ni aspiraciones hacia un futuro, se deja incentivar con cosas o dulces, recompensas materiales para llegar a desarrollar actividades del día a día. Según la historia de vida la niña fue víctima de abuso sexual, lo cual podría tener mucha inferencia en sus modos de vinculación con los demás, violencia intrafamiliar por parte de los dos progenitores. lo que genera un efecto de miedo en las figuras de autoridad para ella.

- **Caso 3: N3+11**

Sujeto de 11 años femenino con diagnóstico de Discapacidad intelectual leve, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de la conducta, trastorno afectivo bipolar. Al momento de realizar la observación se encuentra en tratamiento farmacológico: clonidina 0.150mg, Acido valproico: 250mg/5 cm, Risperidona: tan 2mg. El Ácido valproico: Se utiliza principalmente para

estabilizar los estados de ánimo en los trastornos afectivos y esquizofrenia, para reducir la frecuencia de episodios de manía, depresión e hipomanía. generalmente se usan combinados con antipsicóticos, antidepresivos según la patología de base.

La Risperidona y la clonidina son usados para el manejo de la impulsividad, lo cual genera la disminución de las acciones auto y hetero agresivas en los pacientes. antipsicóticos atípicos. Generan aumento de peso, sedación e insomnio. Son controladores de impulsos inductores del sueño, todo el sistema nervioso central reduce la capacidad de acción. En este sujeto se percibe que el medicamento interfiere en el desarrollo de sus habilidades sociales, pues es un tanto letárgica para realizar las tareas en el aula, todo el tiempo manifiesta estar cansada y con sueño.

La medida en la que se encuentra es medio institucional modalidad internado en restablecimiento de derechos para población especial y hace parte del sistema bienestar familiar ingresa desde el 2018 por negligencia, explotación laboral, vulneración de derechos, padres consumidores de sustancias psicoactivas, alta permanencia en calle, un padre muy ocupado casi que ausente, permisivo en la implementación de la norma; no hay ningún vínculo afectivo con la madre, ni reconocimiento de su rol como tal, ya que han habido situaciones de maltrato; Fue ubicada en hogares sustitutos, su familia es desplazada, en el 2018 la madre deja los hijos con el padre; después de iniciar el proceso se logra generar contacto con el padre y es una red de apoyo familiar. Tiene conductas desadaptativas, conductas hipersexuales, se auto agrede como mecanismo de defensa. Hetero agresiones a pares y figuras de autoridad, conductas disruptivas, dificultades en el desarrollo de habilidades sociales, bajo control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, vocabulario soez, dificultad para acatar la norma, reglas y pautas asertivas de conducta. Según información de la menor ha sido víctima de abuso sexual. Presenta habilidades sociales que requieren ser reforzadas, como la resolución de conflictos, toma de decisiones, autocontrol,

reconocimiento de sí misma, comportamiento mal adaptativo. Tiende a respetar los espacios de una compañera solo si esta no es de su agrado, con quien más comparte puede ser un tanto invasiva con el espacio personal, con las figuras de autoridad mantiene distancia, esporádicamente genera contacto ocular con alguien para entablar una conversación, en los momentos que logra tener una conversación no genera conexión con la persona a la cual se dirige y esto puede suponer una dificultad dentro de la misma. Dentro del aula permite el contacto físico con las figuras de autoridad, pero sólo en situaciones de enseñanza.

Durante las conversaciones no genera ningún tipo de contacto; su apariencia física es dirigida por el personal que las acompaña, buena presentación personal, no muestra escucha activa ni disposición hacia una persona cuando se dirige a ella, excepto si la información proporcionada es de su interés, permite que se incorporen a su grupo solo personas del sexo opuesto, no se percibe congruencia entre sus gestos, emociones y expresiones faciales. Maneja unas expresiones planas.

Según los resultados de la aplicación de la prueba de habilidades sociales, del tercer sujeto de 11 años, en la primera dimensión se evidencia que respeta el espacio personal pero tiende a ser más por precaución y evasión hacia los demás, en la segunda dimensión a pesar de que puntúa alto generando y manteniendo contacto ocular, lo hace a modo de intimidación, en la tercera dimensión evita generar contacto directo con otras personas, en la cuarta dimensión se evidencian buenas prácticas de autocuidado, se preocupa por su presentación personal, en la quinta dimensión se observa que no le gusta escuchar a los demás, no presta atención ni genera una conexión al momento de entablar una conversación con los demás, en la sexta dimensión sus expresiones faciales son congruentes con los sentimientos. sus conductas sociales son menores a la medida poblacional debido a los trastornos que tiene esta niña, sin embargo, la medicación que tomaba en

el momento de la prueba favoreció el comportamiento del sujeto, al hablar de su historia de vida se concluye que

- **Caso 4: N4+12**

Sujeto de 12 años femenino con diagnóstico Discapacidad intelectual leve con deterioro del comportamiento, Trastorno depresivo mayor episodio actual moderado, Trastorno opositor desafiante. Al momento de realizar la observación, se encontraba en tratamiento farmacológico: Fluoxetina Susp. 2.5c.c, Risperidona Susp 1 Mg, Carbamazepina Susp 2.5 c.c. La Risperidona hace parte de los antipsicóticos: que son la primera línea de tratamiento farmacológico para síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, entre otros.) como negativos (Aislamiento social, aplanamiento afectivo, lenguaje.) Síntomas residuales y tratamiento de mantenimiento.

- Inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina: mejoran los síntomas básicos de la depresión incluyendo los afectivos, psicomotrices, somáticos e ideativos (Ideas de culpa, desesperanza, minusvalía, entre otros).

Carbamazepina: Se utilizan principalmente para estabilizar los estados de ánimo en los trastornos afectivos y esquizofrenia, para reducir la frecuencia de episodios de manía, depresión e hipomanía. Generalmente se usan combinados con antipsicóticos, antidepresivos según la patología de base.

La Fluoxetina es un antidepresivo el cual puede generar en altas cantidades, pérdida de conciencia, irritabilidad o desesperación.

La medida en la que se encuentra es medio institucional modalidad internado en restablecimiento de derechos para población especial y hace parte del sistema bienestar familiar ingresa para continuar con el proceso de restitución de derechos, es remitida debido a notables dificultades en el comportamiento como enuresis y encopresis secundaria, auto y hetero agresión,

conductas sexualizadas como desnudismo y voyerismo a sus compañeras de convivencia, frecuentes episodios de agitación psicomotora, (impulsiva y destructiva). Actualmente se encuentra en medida de adaptabilidad debido a que su familia biológica no fue garante de derechos, y su entorno es considerado un riesgo para el desarrollo integral de la niña. En el año 2020 tiene contacto con una hermana, tiene como red de apoyo una señora quien es familia amiga y la conoce desde que tenía 6 años, según la historia de atención se encuentra que la niña ha vivido la mayor parte del tiempo con su abuela materna, a quien nombra como mamá, dado los antecedentes de su figura materna de consumo de sustancias psicoactivas y alta permanencia en calle, abandono y negligencia para asumir los cuidados de sus hijos. refiere haber sido expuesta a maltratos por parte de su abuela y de sus tíos. Ella ingresa al programa de protección debido al fallecimiento de su abuela. Fue víctima de abuso sexual a los 8 años

Evolución: se observa con manejo adecuado del estado de ánimo, actitud motivada frente a las diferentes actividades a realizar, presentación personal mesurada, sobria, acude al personal o profesional de apoyo cuando necesita una orientación, lleva un proceso adecuado de socialización y escolar, mejora habilidades de autocuidado lo que genera un aumento en su autoestima, en el área social y su lenguaje al expresarse es amable, la relación con sus pares y compañeras es adecuada, la amistad se convierte en un soporte emocional y genera avances en el proceso terapéutico y el cumplimiento de objetivos, continúa reforzamiento en control de impulsos y el seguimiento de instrucciones, se fortalece la disminución de comportamientos impulsivos. consolidación de habilidades y competencias, tiene permanencia en una actividad y logra ejecutar la tarea.

Su personalidad es un tanto introvertida, mantiene la distancia en señal de respeto al espacio personal, aunque en momentos con ciertas personas que tiene confianza se acerca más, por

ejemplo con las figuras de autoridad, con quienes no hay una interacción constante se mantiene alejada, al iniciar una conversación genera contacto ocular y mantiene la mirada si es de su interés, esto en ocasiones supone interferencia en la comunicación, y se percibe un poco de pena, permite el contacto físico por parte de figuras de autoridad en ocasiones de sus compañeras casi no lo permite, puede expresarse mejor por señas y gestos, puede persuadir por medio del contacto físico en medio de una conversación, su imagen física es buena y se pueden evidenciar buenas prácticas de autocuidado, se logran percibir criterios de autonomía en la presentación personal, en general tiene una buena postura y disposición para una escucha activa con los demás, permite la incorporación de otro individuo a su espacio o grupo, pero dependiendo de la persona que sea, se ve congruencia entre sus gestos, sus palabras y sentimientos.

- **Caso 5: N5+12**

Sujeto de 12 años femenino con diagnóstico Discapacidad intelectual leve, Trastorno de la conducta, Trastorno depresivo leve, al momento de realizar la observación, se encontraba con tratamiento farmacológico: Risperidona Tab 1 Mg, Fluoxetina Jbe5cc. La Fluoxetina es un antidepresivo el cual puede generar en altas cantidades, pérdida de conciencia, irritabilidad, desesperación.

La Risperidona es usada para el manejo de la impulsividad, lo cual genera la disminución de las acciones auto y hetero agresivas en los pacientes. antipsicóticos atípicos. Pueden generar aumento de peso, sedación e insomnio. son controladores de impulsos inductores del sueño, todo el sistema nervioso central reduce la capacidad de acción.

Procedente de Necoclí, se encuentra en medida de adaptabilidad, luego de que su madre la dejara al cuidado de terceras personas y no regresara por ella, cuenta con una red de apoyo quien fue su última madre sustituta con quien hay un fuerte vínculo emocional.

La medida en la que se encuentra es medio institucional modalidad internado en restablecimiento de derechos para población especial y hace parte del sistema bienestar familiar ingresa en el 2016 dado que funcionarios de la alcaldía de Medellín identifican la situación de riesgo en la cual se encontraba la niña, por lo tanto insisten en que se haga entrega al ICBF, por tal razón se presenta la señora quien era la cuidadora temporal de la niña hace 8 meses, dado que la madre biológica la había dejado en la acera de su casa, manifestando que volvería por ella, nunca lo hizo. La madre biológica nunca se vinculó al proceso, se desconoce su paradero, tiene un hermano mayor, y una hermana menor. Tiene problemas de comportamiento, intento de evasión, agresión a pares, Se incrementan las dificultades en su comportamiento y se hace difícil el manejo por parte de la madre sustituta se requiere apoyo al manejo en cuanto al control de impulsos, tolerancia a la frustración, adherencia a las normas, y el respeto y trato hacia las demás personas. fluctuaciones en el estado de ánimo, etc.

Según lo reportado por la institución en la menor se evidencian competencias académicas adecuadas en lectura, escritura y operaciones básicas, tiene permanencia en la tarea y la ejecuta de manera adecuada, expresa con facilidad gustos, intereses y necesidades. adquiere estrategias autorreguladoras de su estado de ánimo, se observa disminución del llanto recurrente, se evidencia incremento en la tolerancia a la frustración, asertiva en comunicación, comportamientos adaptativos, instaurar rutinas de vida, refuerza habilidades sociales y prácticas, actitudes egocéntricas, inmediatas y concretas.

Tiene una personalidad un poco invasiva de momento con todas las personas a su alrededor, respeta en ciertas ocasiones el espacio personal de sus compañeros, mantiene su lugar con figuras de autoridad en señal de respeto, establece contacto ocular para iniciar una conversación, sin embargo, si la comunicación es de su interés y es con alguien que le demuestra respeto, durante la

conversación puede mantener el contacto ocular, generando una conexión en la conversación. permite el contacto por parte de las figuras de autoridad en situaciones de aprendizaje, no interfiere con contactos físicos durante la conversación, es más se percibe un poco alejada, su imagen personal se ve bien y se notan buenas prácticas de autocuidado, al momento de entablar una conversación su postura y escucha activa son adecuadas, sin embargo para dirigirse a alguien no siempre se toma la molestia de girar su cuerpo en dirección a la persona, no permite que miembros externos ingresen a su grupo o espacio, en la expresión facial hay congruencia entre sus emociones y actitudes.

- **Caso 6: N6+13**

Sujeto de 13 años femenino con diagnóstico Discapacidad intelectual leve con deterioro de comportamiento, Trastorno de la conducta, Trastorno afectivo bipolar. al momento de realizar la observación, se encontraba con tratamiento Farmacológico: fluoxetina Jbe. 20mg/5ml, Risperidona: Tab 2mg, Acido valproico jarabe 250mg/5ml, Clonidina Tab 0.150mcg.

La medida en la que se encuentra, medio institucional modalidad internado en restablecimiento de derechos para población especial y hace parte del sistema bienestar familiar desde 2015 se encuentra en medida de protección. Ingresó en el 2019 a la institución, con sus hermanos por una denuncia recibida en la comisaría de familia de donde informaban situaciones de negligencia y abandono por parte de su progenitora quien no era garante de derechos ni reunía las condiciones para el cuidado. no cuenta con red de apoyo familiar, es remitida de un hogar sustituto, procedente de Medellín; es la menor de 3 hermanos. Presentó conductas agresivas en contra de su hermana, luego de ese momento se da la separación del grupo de hermanos, los 2 quedan en hogares sustitutos. Durante un tiempo, Presentó conductas de cutting. Proviene de una inadecuada derivación de hogares sustitutos. Es declarada en medida de adaptabilidad.

El sujeto cuenta con pocas herramientas de afrontamiento, es fácilmente influenciable, presenta dificultad en expresión de sentimientos y emociones de forma asertiva, presenta antecedentes de conductas disruptivas y conflictivas, es por esto que la forma de relacionarse con las compañeras y pares es desde el conflicto; se le dificulta tomar decisiones, se deben enseñar y reforzar las prácticas de autocuidado y fortalecer los autoesquemas que permitan mejoras en su estilo de vida.

Al momento de ingresar a la institución presenta vacíos conceptuales para su edad y grado escolar, no posee hábitos, ni técnicas de estudio, el área de mayor dificultad es lengua castellana, lectura escritura y comprensión, presenta dificultad en atención, memorización y concentración. Fluctuaciones en el estado de ánimo, impulsiva, agresiva, dificultades en la convivencia, seguir la norma, impulsiva y agresiva, dificultades a nivel comportamental.

Estado de ánimo ambivalente, respuestas impulsivas y hostiles, alterna momentos de estabilidad e impulsividad, poca tolerancia a la frustración, pobre introspección de las conductas, memoria selectiva, sentido de realidad social bajo, procesos cognitivos lentos y requiere supervisión para realizar actividades.

Tiene adaptación curricular, se distrae con facilidad, le cuesta iniciar las actividades, y finalizarlas, avance en mecanismos de contención, control de impulsos y tolerancia a la frustración opciones para solucionar resolver problemas cotidianos, tomar decisiones, mejorar la convivencia del grupo, más paciente, y expectante.

Es una niña que respeta el espacio personal de los demás, mantiene distancia con quienes no se relaciona a menudo, genera contacto ocular con quien entabla una conversación, puede evadir la mirada si no le agrada lo que le están comunicando, puede ser una dificultad en la conversación que se puede percibir intimidada, y esto distorsiona la conversación, permite

contacto físico por parte de las figuras de autoridad en situaciones de aprendizaje, pocas veces se ayuda en la comunicación con contactos físicos, se observa una buena presentación personal, y se observa interés en su imagen personal física, en ocasiones hay intervención del personal que las acompaña para recordarle la buena presentación, es muy receptiva y abierta al momento de escuchar a alguien, muestra una postura de respeto, permite y facilita la incorporación de alguien más a su grupo y/o espacio, a veces es difícil leer sus expresiones pues tiene muchos momentos eufóricos, esporádicos, y sin motivo alguno. pueden ser incongruentes los gestos con las emociones.

### **Análisis de las Habilidades Sociales:**

Las dimensiones que generaron mayor frecuencia en correlación con sus historias de vida y la clínica actual (farmacoterapia) dan cuenta de los siguientes elementos:

**Tabla 10.**

*Dimensión Distancia corporal.*

<b>Distancia corporal</b>	<b>Respeto la distancia interpersonal más o menos 1 metro con sus compañeros.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	A VECES	2	33%
	SI	4	67%
	<b>Respeto la distancia interpersonal con desconocidos de más o menos un metro.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	A VECES	1	17%
	SI	5	83%

	<b>Respeto la distancia interpersonal con desconocidos.2</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	NO OBSERVABLE	1	17%
	SI	5	83%

Dado que la prueba se califica en respuestas de si, no, no observable, se expresan mediante triangulación el siguiente análisis de resultados apoyados en la observación no participante se encuentra que, en la dimensión de distancia corporal, solo dos niñas respetan la distancia interpersonal con sus compañeros, con relación a los profesionales y con desconocidos. Se concluye que quienes puntúan alto en esta dimensión presentan también poco contacto físico en general, y es debido a que han sido niñas expuestas a violencia intrafamiliar y abuso sexual.

**Tabla 11.**

*Establece contacto ocular cuando inicia la comunicación.*

	<b>Establece contacto ocular cuando inicia la comunicación.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	A VECES	2	33%
	SI	4	67%
<b>Contacto ocular</b>	<b>Responde con contacto ocular durante la comunicación.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	A VECES	5	83%
	SI	1	17%
	<b>Este contacto supone una dificultad en la comunicación.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>

	A VECES	2	33%
	NO	2	33%
	SI	2	33%

En la dimensión de contacto ocular quienes generan contacto al iniciar una conversación, y lo mantienen durante la misma, son N2+11, N5+ 12 Y N 6+13, mientras que para N1+11 Y N3+11 este contacto puede suponer una dificultad en la conversación ya que se ve interrumpida, debido a que no se genera conexión entre las dos partes y tiende a generar disgusto por parte de las personas a quienes se dirigen pues supone una falta de interés.

Se puede evidenciar a partir del análisis hecho, que son varios los aspectos que interfieren en el desarrollo de las habilidades sociales de las niñas con discapacidad intelectual, el primer aspecto a mencionar es la parte cognitiva que juega un papel fundamental en las mismas, debido a que la discapacidad que presentan todas las participantes.

El contacto físico es nulo en los casos de las menores que presentan antecedentes de abuso sexual o maltrato físico previo a la institucionalización.

Los rasgos de personalidad desarrollados adaptativamente para las situaciones de peligro asumidas en la primera infancia por las participantes (situación de calle, desplazamiento por conflicto armado) generan una disminución en las habilidades sociales y un factor de selectividad de acercamiento físico y contacto ocular con quienes se sienten en confianza en especial pares.

No registran figuras de autoridad, es mínima la interacción con los formadores y hay conducta social evitativa. Lo cual disminuye la posibilidad de desarrollar vínculos estables que generen estabilidad en la construcción de identidad.

Creo que podría sacársele un poquito mas de partido si se pone a conversar esos datos de

los casos con los datos de las habilidades no verbales.

## **Conclusiones**

Las conductas no verbales parecen estar parcialmente desarrolladas en los sujetos encuestados, siendo distancia corporal y apariencia personal aquellas conductas que más se evidencian, por otro lado, a los sujetos les cuesta mantener el contacto visual, lo que dificulta el soporte de la conversación en distintos contextos.

La historia de vida de estas niñas está marcada por acontecimientos de negligencia y abuso que unidos a la discapacidad intelectual hace que sea más difícil el desarrollo de habilidades sociales, en efecto, desde los primeros años de su vida su contexto fue agresivo y poco colaborativo, marcado por actos de violencia y privación.

Parece ser que los antecedentes vitales de las niñas inciden negativamente en la aparición de conductas no verbales necesarias en el desarrollo de habilidades sociales, aunque en distintos niveles, todos los casos analizados mostraban que las dificultades en este ámbito no solo se debían a la situación de discapacidad intelectual, sino que aparentemente las diferentes situaciones contextuales a las que las niñas fueron expuestas antes de ser institucionalizadas impactaron negativamente en su capacidad social.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Informe Anual*. Obtenido de <https://www.psychiatry.org/FileLibrary/About-APA/Organization...>
- Andrade, M. (2015). *Implementación de estrategias lúdicas para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales en niños y niñas de 9 a 12 años en situación de desplazamiento de la fundación nacional batuta en Arauca*. La Plata. Huila: Tesis de grado, Esp. pedagogía para el desarrollo de aprendizaje autónomo. Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Arias Velandia, N., & Flórez Romero, R. (Primer semestre de 2011). Aporte de la obra de Piaget a la comprensión de problemas educativos: su posible explicación del aprendizaje. *Revista Colombiana de educación*, 98. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcde/n60/n60a6.pdf>
- Arrigoni, F., & Solans, A. (2018). Programa de Promoción de Habilidades Sociales (PHAS) para niños con discapacidad intelectual. *Ruedes*(8).
- Aubone, N. S., Franco, P., & Mustaca, A. E. (2016). Habilidades sociales en niños y su relación con el jardín maternal. *ConCiencia EPG*, 1(2), 57-71.
- Bisquerra Alzina, R. (2000). *Educación emocional y competencias básicas para la vida*. Obtenido de [https://www.academia.edu/37485680/Bisquerra\\_Educaci%C3%B3n\\_emocional\\_y\\_competencias\\_b%C3%A1sicas\\_para\\_la\\_vida](https://www.academia.edu/37485680/Bisquerra_Educaci%C3%B3n_emocional_y_competencias_b%C3%A1sicas_para_la_vida)
- Cabrera-García, V. E., Lizarazo-Sandoval, F. A., & Medina-Casallas, D. C. (2016). Necesidades de relaciones sociales de niños y niñas con discapacidad intelectual en la familia y en la escuela. *Educación y desarrollo social*, 10(2), 86-101.
- Cacho Becerra, Z. V., Silva Balarezo, M. G., & Yengle Ruíz, C. (2019). El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. *Transformación*, 15(2), 186-205.
- Cepeda, A. (2005). Autoconcepto y características familiares de niños resilientes con discapacidad, el caso de una población del Caribe Colombiano Vol. 13, N° 1. pp. 109 – 127. *Investigación y desarrollo*, 13(1), 109-127.
- Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2010). *Censos y demografía*. Bogotá. D. C. : Diario Oficial.
- Espinosa Gallardo, E. M. (2018). *Desarrollo emocional y su relación con las habilidades sociales en los niños acogidos en la Sociedad Protectora del Niño Huérfano y Abandonado Hogar Santa Marianita de la Ciudad de Ambato*. Ambato. Ecuador.

- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Pedagógica*, 15(1), 104.
- Flavell, J. H. (1985). *Desarrollo cognitivo* (2ª ed.). Nueva Jersey: Prentice-Hal: Englewood Cliffs.
- García Ramos, M. (2011). *Habilidades Sociales en niños y niñas con discapacidad Intelectual*. Sevilla: Asociación por la Innovación Educativa Eduinnova.
- Gobierno de Chile. Ministerio de Educación. (2007). *Inicio en la web*. Santiago de Chile.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Obtenido de <https://unpocodesabiduria21.blogspot.com/2014/09/la-inteligencia-emocional-1996-daniel.html>
- INEGI. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
- Luckasson; Cols, 2002 en Verdugo, 2003. (s.f.). *Aportaciones de la definición de retraso mental (aamr, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad*. Obtenido de <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6569/verdugo.pdf>
- Mardomingo, M.J. (2003). *Psiquiatría para padres y educadores: Ciencia y arte*. Madrid: Narcea Ediciones
- Molina, K. A., & Rivera, A. A. (2015). Diferencias en habilidades sociales y asertividad en niños y adolescentes colombianos víctimas de maltrato (Differences in social skills and assertiveness in Colombian children and adolescents victims of abuse). *Enfoques*, 2(1).
- Orozco, A. A., Barocio, N. L., & Cárdenas, G. M. (2019). Intervención clínica en adolescentes con discapacidad clínica. *UVserva*, 3(13).
- Otero-Ortega, Alfredo. (2018). ENFOQUES DE INVESTIGACIÓN.
- Palacio, M. C., & Menjura, M. I. (2019). Habilidades adaptativas de niños y niñas en situación de discapacidad cognitiva. *Tempus Psicológico*, 3(1), 157-182.
- Papalia. (2005). *Desarrollo humano* (9ª ed.). Mc. Graw Hill,. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>
- Piaget, J. (2007). *Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky*. Obtenido de [http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/teorias\\_desarrollo\\_cognitivo\\_07-09\\_m1.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/teorias_desarrollo_cognitivo_07-09_m1.pdf).
- Ricoy, M. (2005). La prensa como recurso educativo. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 10(24), 125-163.

- Schalock, R., Luckasson, R., & otros. (2007). *El cambio de nombre del retraso mental: comprender el cambio al término discapacidad intelectual*. Obtenido de <https://www.semanticscholar.org/paper/The-renaming-of-mental-retardation%3A-understanding-Schalock-Luckasson/091dad089d5998156dada8217d751c0a671affcd>
- Stefanini. (2004). *Discapacidad Intelectual profunda: Su Coeficiente Intelectual es inferior a 20*. Obtenido de [https://dintelectualinclusion-social.blogspot.com/2014/10/grados-de-discapacidad-intelectual\\_7.html](https://dintelectualinclusion-social.blogspot.com/2014/10/grados-de-discapacidad-intelectual_7.html)
- UNICEF. (2014). *Annual Report outlines UNICEF's ongoing efforts to realize the rights of every child, especially the most disadvantaged, and break the intergenerational cycle of inequity and poverty*.
- Vander, Z. (1986). *Manual De Psicología Social, Salud mental enfocada en niños*.
- Wechsler. (2007). *Escala Wechsler de Inteligencia*.

## Apéndices

### Apéndice A.

#### *Consentimiento informado*

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **Trabajo grado: Habilidades sociales en niñas con discapacidad cognitiva entre los 11 a 13 años de una institución de protección de derechos del oriente Antioqueño.**

El trabajo de investigación formativa para optar al grado de psicólogos, de la Universidad Católica de Oriente: Habilidades sociales en niñas con discapacidad cognitiva entre los 11 a 13 años de una institución de protección de derechos del oriente Antioqueño.

Tiene por objetivo describir las habilidades sociales en niñas con discapacidad cognitiva entre los 11 a 13 años de una institución de protección de derechos del oriente Antioqueño a través de la Escala Cuestionario de conductas no verbales.

Todo ello con el fin de evaluar el nivel de habilidades sociales y poder generar recomendaciones para el mejoramiento de estas capacidades, esto en función del beneficio a los participantes y la institución. Con el fin de garantizar la confidencialidad los datos personales serán reservados, así mismo los datos institucionales para evitar que la información genere pérdida de confidencialidad.

Este proceso se dará en dos momentos: aplicación de la prueba que puede ser en compañía de un cuidador o profesional de la institución y un segundo momento que será la entrevista semi estructurada con el cuidador primario para ampliar la información e incrementar la adaptación del lenguaje a las condiciones socioculturales dadas las características de validez de la prueba.

USUARIO DE LA INSTITUCIÓN:

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,

## REPRESENTANTE LEGAL, CUIDADOR Y/O CUIDADOR DE LA INSTITUCIÓN

Y yo \_\_\_\_\_ identificado con  
cc \_\_\_\_\_ en representación  
el(a) \_\_\_\_\_, en calidad de  
\_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades legales, mentales,  
cognoscitivas y volitivas de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo  
a las estudiantes de la Universidad Católica de Oriente en representación de la estudiante: **María  
Alejandra Cuevas** para que me apliquen el cuestionario Escala Cuestionario de conductas no  
verbales.

Esta escala se aplica desde la Observación, por lo que no hay un contacto directo con las  
participantes evitando una acción sin daño.

Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento y acepto responder los ítems y  
preguntas que trae dicha prueba y la entrevista, así como también autorizo el tratamiento de datos  
con fines académicos y formativos para las estudiantes.

También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre:

- Los procedimientos y sus propósitos, en este caso aplicación de la prueba y la entrevista  
semiestructurada.
- Las incomodidades o riesgos potenciales que se pueden derivar del proceso, que son  
mínimos.
- Los beneficios razonables son para el staff profesional que con la devolución de los  
resultados podrá tomar decisión de las estrategias de intervención.
- Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento,
- Los límites de la confidencialidad, manejo de información y datos según disposiciones  
de ley.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento en el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Para constancia se firma de conformidad:

---

Nombres y apellidos del Usuario

C.C. \_\_\_\_\_

---

Nombres y apellidos del Acudiente o responsable (En caso de ser menor de edad)

C.C. \_\_\_\_\_

---

Nombres y apellidos del estudiante de trabajo de grado

C.C. \_\_\_\_\_

---

Nombres y apellidos del asesor de prácticas

Eliza Kratochvil



C.C. \_\_\_\_\_