

FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO Y SU CORRELACIÓN CON SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA
CORPORACIÓN CREAR UNIDOS DE ENVIGADO- ANTIOQUIA.

ALEJANDRA OQUENDO ALZATE



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2018

FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO Y SU CORRELACIÓN CON SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA
CORPORACIÓN CREAR UNIDOS DE ENVIGADO- ANTIOQUIA.

ALEJANDRA OQUENDO ALZATE

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor: Sara Lía Posada Gómez, Doctor (PhD) en Psicología.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2018

Dedicatoria

A mi Madre y a mi Esposo porque su apoyo ha sido incondicional a mi Abuela y Tía quienes también contribuyeron para que este sueño se hiciera realidad, a mis maestros por aportarme grandes herramientas para ser una gran profesional y a mi asesora de trabajo de grado por su contribución con este proyecto.

A Dios por darme vida, salud y capacidades para realizar este trabajo con mucha disposición y dedicación y a la institución educativa Crear Unidos por abrirme las puertas y permitir que esta investigación se llevara a cabo en su población.

Agradecimientos

Este trabajo de grado presentado a la Institución universitaria de Envigado ha sido un esfuerzo compartido con varias personas que de alguna forma han participado para que este proyecto se convierta en una realidad y aprovecho este espacio para agradecer a esas personas.

En primer lugar a la asesora de tesis Sara Lía Posada Gómez por haberme apoyado con el desarrollo de todas las actividades que conlleva este trabajo, por su valiosa dirección y apoyo en el proceso de realización de la tesis, su experiencia, educación y paciencia han servido de motivación para terminar esta labor de manera exitosa.

A la Corporación Crear Unidos de Envigado por abrirme las puertas para realizar la investigación con sus alumnos, son una institución que apoyan en gran medida a las personas que deseamos ser profesionales y aportar conocimientos a la población de personas con discapacidad intelectual al mismo tiempo.

A todos los padres de familia de la Corporación que con su valiosa participación hicieron posible la terminación de esta labor con excelentes resultados y a sus hijos que quisieron también participar de forma activa en el proceso evaluativo.

Por último y no menos importante quiero agradecer de manera especial a mi madre y pareja quienes han estado conmigo durante toda la carrera apoyándome de manera incondicional a pesar de cualquier circunstancia que pudiera haberse presentado.

Todo este proceso no sería posible sin la valiosa participación de todos ellos por eso les debo mi mayor reconocimiento y gratitud.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Abstract | 10 |
| Introducción | 11 |
| 1. Planteamiento del Problema..... | 13 |
| 2. Pregunta de investigación..... | 17 |
| 3. Justificación..... | 18 |
| 4. Objetivos | 20 |
| 4.1. Objetivo General | 20 |
| 4.2. Objetivos Específicos | 20 |
| 5. Marco Referencial | 21 |
| 5.1. Marco institucional..... | 21 |
| 5.2 Marco de antecedentes | 23 |
| 5.2.1 Antecedentes nacionales. | 23 |
| 5.2.2 Antecedentes Internacionales..... | 23 |
| 5.3. Marco teórico | 29 |
| 5.3.1 El trastorno depresivo. | 29 |
| 5.3.2 Clasificación de los trastornos depresivos | 31 |
| 5.3.3 Teorías cognitivas de la depresión..... | 36 |
| 5.3.4 Teorías de procesamiento de la información. | 36 |

| | |
|--|----|
| 5.3.5 Teorías cognitivo sociales..... | 37 |
| 5.3.6 Teorías conductuales cognitivas | 38 |
| 5.3.7 Discapacidad intelectual | 39 |
| 5.3.8 Discapacidad intelectual leve..... | 40 |
| 5.3.9 Discapacidad intelectual moderada..... | 41 |
| 5.3.10 Discapacidad intelectual grave | 41 |
| 5.3.11 Discapacidad intelectual profunda..... | 42 |
| 5.3.12 Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada | 43 |
| 5.3.13 Bases biológicas de la discapacidad intelectual..... | 43 |
| 5.3.14 Habilidades adaptativas | 43 |
| 6.3. Marco ético legal..... | 47 |
| 7. Metodología | 48 |
| 7.1. Tipo de estudio..... | 48 |
| 7.2. Nivel de estudio..... | 48 |
| 7.3. Diseño de estudio | 49 |
| 7.4. Población..... | 49 |
| 7.5. Técnicas de recolección de información | 49 |
| 7.6. Procedimiento..... | 50 |
| 7.7 Análisis estadístico..... | 51 |
| 7.8 Impacto y resultados esperados..... | 51 |

| | |
|--|----|
| 7.9 Compromiso y estrategias de comunicación..... | 51 |
| 6. Resultados | 52 |
| 7. Discusión..... | 59 |
| 8. Conclusiones | 61 |
| 9. Recomendaciones..... | 63 |
| 10. Referencias | 64 |
| 11. Anexos..... | 67 |
| 11.1 Cuestionario de variables sociodemográficas (diseñado para este estudio)..... | 67 |
| 11.2 Cuestionario auto informado de síntomas depresivos tipo checklist. | 68 |
| 11.3 Cuestionario de conducta adaptativas (referencia)..... | 69 |
| 11.4 Consentimiento informado padres de familia. | 80 |
| 11.5 Consentimiento informado para la corporación Crear Unidos..... | 81 |
| 11.6 Ficha técnica del instrumento EHA (evaluación de habilidades adaptativas). | 82 |

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Cuadro de trastornos, discapacidad intelectual..... | 13 |
| Tabla 2. Criterios para el diagnostico del trastorno depresivo mayor..... | 32 |
| Tabla 3. Codificación y registro para el trastorno depresivo mayor..... | 33 |
| Tabla 4. Criterios para el diagnostico del trastorno depresivo persistente..... | 34 |
| Tabla 5. Criterios para el diagnóstico de discapacidad intelectual..... | 40 |
| Tabla 6. Areas de habilidades adaptativas..... | 46 |
| Tabla 7. Perfil sociodemografico de la poblacion evaluada..... | 53 |
| Tabla 8. Perfil de sintomatologia depresiva..... | 54 |
| Tabla 9. Perfil de habilidades adaptativas..... | 55 |
| Tabla 10. Perfil de correlacion entre sintomas depresivos y habilidades adaptativas..... | 57 |

Resumen

Objetivo: La presente investigación se propuso describir el nivel de correlación entre las habilidades adaptativas y los síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual de la institución Crear Unidos de Envigado- Antioquia. Método: la metodología utilizada fue de tipo cuantitativo con corte transversal descriptivo correlacional. Resultados: Se utilizó el instrumento de habilidades adaptativas implementado por la unidad de atención integral de Rionegro- Antioquia y un check list creado con la descripción sintomatológica del DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), la muestra estuvo conformada por 15 personas con diagnóstico de discapacidad intelectual moderada y síndrome de Down, se obtuvieron hallazgos significativos que muestran una relación estrecha de los síntomas depresivos con habilidades adaptativas como las habilidades de comunicación, cuidado personal, habilidades para el hogar, habilidades sociales, manejo de la comunidad, autodirección, salud y seguridad. Conclusiones: Si bien en el ámbito internacional es un tema ampliamente estudiado y se encuentran investigaciones que permiten soportar la relación entre las habilidades adaptativas y la aparición de síntomas depresivos, en el contexto colombiano el tema no ha sido lo suficientemente abordado y, en consecuencia, son pocos los estudios que permiten demostrar esta correlación, este estudio permitió abordar el tema y demostrar que existe una relación, sin embargo es importante que el tema siga siendo abordado por la comunidad investigativa.

Palabras clave: Discapacidad Intelectual, Habilidades Adaptativas y Síntomas Depresivos.

Abstract

Objective: In the present investigation, it was proposed to describe the level of correlation between the adaptive abilities and the depressive symptoms in people with intellectual disability of the institution Crear Unidos de Envigado-Antioquia. Method: The methodology used was of a quantitative type with cross-sectional descriptive correlation. Results: The adaptive skills instrument implemented by the integrated care unit of Rionegro-Antioquia was used and a checklist created with the symptomatological description of the DSM V (American Psychiatric Association, 2013), and the sample consisted of 15 people with diagnosis of moderate intellectual disability and Down syndrome. Significant findings were obtained that show a close relationship of depressive symptoms with adaptive skills such as communication skills, personal care, home skills, social skills, community management, self-direction, and health and safety. Conclusions: Although in the international ambit it is a subject that is widely studied and there are researches that support the relationship between adaptive abilities and the appearance of depressive symptoms, in the Colombian context the topic has not been sufficiently addressed and, consequently, there are few studies that allow to demonstrate this correlation. This study allowed the approach to the topic and demonstrate that a relationship exists, however, it is important that the topic continues to be addressed by the research community.

Key words: Intellectual disability, adaptive skills and depressive symptoms.

Introducción

El objetivo principal de la investigación es describir el nivel de correlación entre las habilidades adaptativas y los síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual dada la posible afectación emocional a la que puede conllevar la limitación en el desarrollo de habilidades necesarias para la vida.

Para el desarrollo de la presente investigación se aplicó el instrumento para evaluar habilidades adaptativas desarrollado por la Unidad de Atención Integral de Rionegro- Antioquia y un check list creado con la descripción sintomatológica del DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) que permitió dar cuenta de los síntomas propios de los trastornos depresivos. Los resultados se presentan estadísticamente con su específico análisis descriptivo y se incluyen en las conclusiones y recomendaciones generales de la investigación.

La investigación de esta problemática social se aplicó con el interés de encontrar como se relaciona la sintomatología depresiva con las habilidades adaptativas que estas personas desarrollan durante su vida académica, personal y social para aportar desde el ámbito profesional psicológico una investigación reciente que contribuyan para la promoción de planes de atención integral inmediata en la población.

Unos de los hallazgos más relevantes que mostro esta investigación es que los síntomas depresivos están estrechamente correlacionados con habilidades adaptativas como las habilidades de cuidado personal, las habilidades sociales, la utilización de la comunidad, la autodirección, salud, seguridad y por ultimo con las habilidades académicas, estas habilidades influyen de manera significativa en la adquisición y desarrollo de las otras habilidades como son la comunicación, el ocio y la ocupación afectando de esta manera significativamente al individuo en

su independencia y consecución de logros personales y profesionales y es esta limitación la que contribuye con la aparición de la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo.

Se recomienda que los resultados del presente estudio se tengan en cuenta como referente que sirva para el desarrollo de planes académicos con el objetivo de fomentar las habilidades adaptativas antes mencionadas como menos adquiridas en la población objeto de estudio y que por tanto afectan de manera significativa el desarrollo de una vida saludable, íntegra y equilibrada en personas con discapacidad intelectual.

1. Planteamiento del Problema

Las personas con discapacidad intelectual en el mundo tienen problemas para adaptarse adecuadamente al medio, se les dificulta el desarrollo de un conjunto de habilidades intelectuales y sociales necesarias para el funcionamiento satisfactorio en la sociedad.

Se estima que la prevalencia en el mundo de personas con discapacidad intelectual está en un 2 al 3 por ciento de la población, hallazgos consistentes, muestran que generalmente los casos se presentan en niños que están en la edad escolar y en la adolescencia, el reporte de casos diagnosticados, disminuye en la edad preescolar y de manera significativa en la edad adulta. La prevalencia es mayor en personas con discapacidad intelectual leve. Con relación al género, se evidencian diferencias significativas siendo mayor en el género femenino. (Wicks & Israel, 1997).

Tabla 1.

Cuadro de trastornos, discapacidad intelectual: Sue, Wing & Sue, 2010, p.436.

| Prevalencia de la discapacidad intelectual | | | | |
|---|-------------|---------------------------|--|---|
| Trastorno | Prevalencia | Diferencias de Genero | Edad de inicio | Curso |
| Discapacidad intelectual | 1-3% | 1.5 : 1 de hombre a mujer | Se da antes de los 18 años, la edad precisa depende de la gravedad y la etiología. | Este dato de acuerdo con la gravedad, se entiende que con buenas pautas educativas muchos individuos desarrollan habilidades adaptativas. |

Como se mencionó anteriormente, un porcentaje alto de personas con discapacidad intelectual (90%), corresponden a un nivel de gravedad leve con puntuaciones en las pruebas de

coeficiente intelectual estandarizadas entre 50 y 70, las personas con discapacidad grave y profunda están por debajo del 50 en la prueba.

En conclusión, toda la población con este tipo de discapacidad, suma entre el 1 al 3 % de la población en general evidenciándose mayores diferencias de género en las personas que están en grado de discapacidad intelectual moderado. (Duran & Barlow, 2007).

La discapacidad intelectual se define como una incapacidad que se caracteriza por limitaciones considerables en el desempeño intelectual y los comportamientos adaptativos a nivel de conceptualización, a nivel social y a nivel práctico (Asociación Americana de Discapacidad Intelectual, 2007, citado por Sue, Wing & Sue, 2010). Esta discapacidad, aparece durante las primeras etapas del desarrollo dado que las variables etiológicas que se le asocian tienen lugar durante este momento de la vida (Roselli, Matute & Ardila, 2010), y representa un grado de afectación considerable a nivel cognitivo, social y adaptivo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Por su parte, Belloch, Sandin, y Ramos (2009) definen la discapacidad intelectual como las afecciones que impiden el adecuado desarrollo de las funciones cognitivas, del lenguaje y de adaptación al medio.

Por otro lado, es esperable que las personas con discapacidad intelectual, muestren déficits interpersonales y problemáticas comportamentales y emocionales, las cuales pueden ser explicadas en parte por variables de tipo biológico, sin embargo, existen variables de tipo psicosocial que pueden asociarse y contribuir de manera importante a la presencia de trastornos tales como la depresión. Algunos estudios relevantes, han mostrado la existencia de comorbilidad entre trastornos depresivos y discapacidad intelectual. Por ejemplo, Mileviciute y Hartley (2013), encontraron que las personas con discapacidad intelectual autoinforman síntomas depresivos y

que estos tienen diferencias importantes en función del nivel de gravedad de estos y el coeficiente intelectual.

Otro estudio relevante, encontró que la presencia de problemas de salud mental es frecuentemente asociada a la discapacidad intelectual en personas con esta condición, específicamente los trastornos afectivos, de acuerdo con la vulnerabilidad y fragilidad psíquica, la desconexión con el entorno, desorganización de la conducta y del pensamiento ante situaciones que se presentan a lo largo de su ciclo vital en esta población (Garvia, 2010).

De igual manera, el estudio de Navas, Verdugo, Arias y Gómez (2010) reporta que la discapacidad intelectual aparece con restricciones para la adaptación social, madurez y aprendizaje del individuo entendiéndose las habilidades adaptativas en tres grupos principales que son las habilidades prácticas, sociales y conceptuales concibiéndose estas como la capacidad de responder al medio lo cual podría tener relación con los síntomas depresivos comúnmente asociados.

Pese a lo anterior, en ocasiones, en personas con discapacidad intelectual, las habilidades para desenvolverse en el medio tienden a estar por debajo de la media, razón por la cual, en muchas ocasiones se omite la evaluación para determinar si hay presencia de un trastorno afectivo (Márquez, Zanabria, Pérez, Aguirre, Arciniega & Galván, 2011) lo cual impide valorar la presencia de síntomas depresivos y su posible correlación con el funcionamiento adaptativo y esclarecer esta relación.

Es importante mencionar que la depresión, se caracteriza por la presencia de síntomas anímicos, motivacionales, conductuales, cognitivos, interpersonales y físicos, los cuales se presentan de forma leve, moderada o grave según sea el caso y que pueden afectar a la persona de

forma significativa para estar en sociedad. (Belloch et al., 2009). Estos síntomas, suelen tener comorbilidad con la presencia de discapacidad intelectual (American Psychiatric Association, 2013) y con su nivel de funcionamiento adaptativo (Navas et al., 2010).

La revisión sistemática en las diferentes bases de datos consultadas (Alfaomega, Apa Psyc Net, Bibliotechnia, Cambridge Journals Online, DialNet, DOAJ, Ebooks 7-24, Ebsco, Hapi Online, Hispanic American Newspapers 1808-1980, Jstor, Panamericana, Scielo, Science Direct , Springer Link, Web of Science, y Scopus) permitió identificar varios estudios internacionales relacionados con esta problemática. Sin embargo, se hizo evidente que en Colombia las habilidades adaptativas y su correlación con la presencia de síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual, es un tema que ha sido poco abordado. Lo anterior, evidencia la necesidad de profundizar en esta problemática dado el impacto que puede tener a nivel de la calidad de vida de personas con esta condición en nuestro medio y en consecuencia, resalta la pertinencia del presente estudio.

Finalmente, este estudio pretende responder a la necesidad de identificar la posible correlación que existe entre las habilidades adaptativas y los síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual. Los resultados de este estudio permitirán a su vez, proponer algunas estrategias de prevención de los síntomas depresivos en la población con discapacidad intelectual y a su vez, permitirá generar estrategias de intervención para la población objeto de estudio que participó en la muestra.

Para contextualizar la población de donde proviene la muestra de este estudio es necesario mencionar que en el municipio de Envigado- Antioquia existen centros para el desarrollo de habilidades adaptativas en personas con discapacidad intelectual, uno de ellos es la corporación crear unidos que lleva 15 años apoyando a esta población para que desarrolle habilidades sociales

que les permitan la inclusión laboral y así mejorar su calidad de vida. Tras definir la problemática que se pretende estudiar en esta investigación se procede hacer una correlación entre las habilidades adaptativas y los síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual.

2. Pregunta de investigación

¿Existente correlación entre habilidades adaptativas y síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual de la corporación crear unidos de Envigado- Antioquia?

3. Justificación

Con el presente trabajo se pretende determinar la correlación existente entre síntomas depresivos y habilidades adaptativas en personas con discapacidad intelectual de la corporación crear unidos de Envigado- Antioquia, esta institución se enfoca en desarrollar en sus alumnos habilidades sociales para la inclusión laboral e inserción en diferentes contextos de la sociedad, teniendo como uno de sus objetivos evitar la aparición de síntomas depresivos.

El presente estudio es de alcance descriptivo dado que la metodología es de tipo descriptivo correlacional. El interés central se fundamenta en la necesidad de identificar la correlación existente entre la presencia de síntomas depresivos y las habilidades adaptativas en personas con discapacidad intelectual, esta población al igual que las personas sin discapacidad cognitiva tienen proyectos, metas como objetivos de vida los cuales en muchas ocasiones, se ven interferidos de manera significativa por la presencia de dificultades adaptativas a nivel de la comunicación, el autocuidado, la autodirección y el trabajo entre otras.

En general, la presencia de este tipo de dificultades, puede representar una amenaza para la optimización de las oportunidades de desarrollo e integración personal, social y laboral de este colectivo lo cual, puede tener relación con la presencia de síntomas depresivos.

Según Sigan y MacLean (2010) encontraron que la atribución de estados de ánimo a eventos externos genera niveles de estrés, aislamiento social y dificultad para la planificación del futuro en población con discapacidad intelectual. En consecuencia con lo anterior, el interés de este estudio es determinar el nivel de correlación entre el funcionamiento adaptativo y la presencia de sintomatología depresiva en personas con discapacidad intelectual.

Se espera que los resultados de este estudio, puedan tener impacto en la institución ya que le permitirá generar estrategias para la identificación de síntomas depresivos en su

comunidad académica, en el municipio de Envigado. Además, podrá visualizar la relación que hay entre la adaptación al medio y la presencia de estos síntomas depresivos en las personas objeto de estudio.

Al investigador, este estudio le permitirá desarrollarse como profesional, generar mayor conocimiento en la medida en que se favorece el acercamiento a las necesidades que presenta esta población y que deben ser cubiertas por los sistemas de salud. Permitirá, además, generar estrategias complementarias de atención primaria a las que realiza la institución. Finalmente, se espera que este proyecto, logre abrir nuevos canales de investigación para otros profesionales.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Describir el nivel de correlación entre las habilidades adaptativas y los síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual de la institución Crear Unidos de Envigado- Antioquia.

4.2. Objetivos Específicos

- Describir el perfil sociodemográfico de las personas con discapacidad intelectual de la institución Crear Unidos de Envigado- Antioquia.
- Identificar la presencia de síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual de la institución Crear Unidos de Envigado- Antioquia.
- Describir las habilidades adaptativas de las personas con discapacidad intelectual de la institución Crear Unidos de Envigado- Antioquia.

5. Marco Referencial

5.1. Marco institucional

La corporación Crear Unidos es una entidad sin ánimo de lucro con sede en el municipio de Envigado en el departamento de Antioquia. Fue fundada por un grupo de profesionales de educación especial y del área de actividad física que pretenden contribuir con programas especializados que permitan desarrollar habilidades y así lograr la inclusión social y/o laboral con mayor autonomía, al mismo tiempo se buscan espacios empresariales en los que esta inclusión sea una realidad viable. Actualmente la corporación tiene 35 estudiantes de tiempo parcial y este año se pretende abrir las puertas de la casa hogar a personas con discapacidad intelectual que estén tiempo completo con la institución.

La corporación lleva 14 años ofreciendo diferentes actividades que se dividen en 3 perspectivas; la primera es llamada ser funcional, que apoya la inclusión laboral para la población en condición de discapacidad intelectual; la segunda perspectiva es ser en armonía, que incluye actividades artísticas que beneficia al mejoramiento de la calidad de vida de dicha población y por ultimo; el ser saludable, un programa para la prevención de complicaciones de la salud y promoción de hábitos de vida saludables. Con ello la corporación ha logrado promover y crear espacios a nivel deportivo, cultural y social, facilitando la inclusión y participación en el entorno social de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual.

5.1.1 Misión institucional.

Fortalecemos el desarrollo de habilidades en las personas con discapacidad cognitiva, para la convivencia con su familia y en la comunidad.

Nuestras acciones están dirigidas a personas con discapacidad intelectual, síndrome de Down y autismo, enfatizando en programas deportivos, culturales y sociales que les permitan un desarrollo integral, físico, social y emocional, apoyando el desarrollo de habilidades para lograr la autonomía e inclusión laboral.

5.1.2 Visión institucional.

Crear Unidos será pionera y referente en procesos de inclusión social y laboral que permitan un mejoramiento de calidad de vida en personas con discapacidad cognitiva, a través de programas de formación y prestación de servicios en las áreas deportivo, cultural, social y artístico en ambientes y entidades del entorno social y con el apoyo de profesionales especializados.

5.1.3 Objetivos institucionales

Objetivo general.

Promover, formar y crear espacios de tipo deportivo, cultural y social para personas con discapacidad cognitiva y sus familias, orientándolos en la búsqueda de estrategias para el mejoramiento de su calidad de vida y el desarrollo de Proyectos de vida de acuerdo a sus habilidades y potencialidades.

Objetivos específicos

- Orientar y formar al núcleo familiar para lograr una relación armoniosa entre la persona con discapacidad, su familia y la comunidad.
- Desarrollar actividades que permitan la valoración personal, la de la familia y la de la comunidad en general.
- Reconocer la importancia de las historias personales y discapacidad de los alumnos, para posibilitar su desarrollo a la luz de sus derechos.

- Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual en los aspectos deportivo, cultural y social.

5.2 Marco de antecedentes

Los antecedentes que se presentan a continuación, dan cuenta del abordaje que se ha realizado de dicha problemática a nivel internacional y da cuenta de los pocos estudios reportados en la literatura científica a nivel nacional en lo que a este tema respecta.

5.2.1 Antecedentes nacionales.

Guevara y Martínez (2015) hicieron un estudio de tipo descriptivo para mencionar las conductas adaptativas como habilidades para el manejo preventivo de la depresión “*conductas adaptativas como factor de prevención del trastorno depresivo en niños y niñas de 9 a 11 años de edad, con diagnóstico de discapacidad cognitiva leve*” en una población de infantil con niños de 9 a 11 años de edad utilizando la escala de conductas adaptativas DABS, este estudio dio como resultado que efectivamente las habilidades adaptativas tienen incidencia para el manejo y control de los trastornos afectivos.

5.2.2 Antecedentes Internacionales.

En países como Estados Unidos, Londres, Francia, Australia, Reino Unido, Escocia y Noruega se encontraron estudios que dan cuenta de la relación de las variables síntomas depresivos y habilidades adaptativas en personas con discapacidad intelectual, Hartley y MacLean (2010) desarrollaron el estudio “*Depression in Adults With Mild Intellectual Disability: Role of Stress, Attributions, and coping*” con el objetivo de dar cuenta del papel que tienen las situaciones estresantes del medio con los síntomas depresivos que manifiesta una persona con

discapacidad intelectual en una muestra de 47 personas con discapacidad intelectual leve y diagnóstico de trastorno depresivo mayor contra 47 personas con discapacidad intelectual leve sin diagnóstico depresivo que reciben atención en instituciones de servicios especializados en las montañas rocosas de estados unidos, para evaluar el grado de discapacidad intelectual utilizaron la prueba de inteligencia breve de Kaufman (1983) además le preguntaron al personal de asistencia de las instituciones teniendo en cuenta que estos tuvieran mayor contacto con los participantes del estudio sobre el comportamiento adaptativo que presenta la personas con discapacidad intelectual, para esto utilizaron la escala de evaluación ABAS II y el GAP.

Como resultado de este estudio, se reporta que el grupo de 47 personas con diagnóstico de depresión informa mayor frecuencia de eventos estresantes atribuyendo a estos eventos más ideas negativas y generando habilidades de afrontamiento evitativas al estímulo, en comparación con el grupo de personas que no está deprimido. Dentro de las limitaciones de este estudio se encontró que hay participantes de la muestra que tenían otro diagnóstico de trastorno psiquiátrico diferente a la depresión y su causa es desconocida para los investigadores, tampoco se realizó una evaluación de orden- temporal ya que esta se realizó en un solo punto del tiempo.

Hove, Assmus y Havik (2016) analizaron en su estudio *“Type and Intensity of Negative Life Events Are Associated With Depression in Adults With Intellectual Disabilities”* si los eventos negativos a los que está expuesta una persona adulta con discapacidad intelectual están asociados con la depresión de acuerdo con el sexo, la edad y el nivel de discapacidad. La población estuvo compuesta por 593 adultos con discapacidad intelectual entre los cuales se encontraron 278 mujeres, 314 hombres y 1 sin definir el sexo del oeste de Noruega repartidos en hogares y servicios de apoyo con los que se hizo contacto para que el personal de asistencia, contestara los cuestionarios. Para efectos de este estudio, se utilizó la lista de edificación de

eventos estresantes para personas con discapacidad intelectual (L-AID). Para evaluar los síntomas depresivos se utilizó la lista de verificación de psicopatología (P-AID).

Los resultados demostraron que el 6% de la muestra está en un nivel leve o moderado de depresión, mientras que el 18% estaban en un nivel severo y el 13% tenían un nivel profundo, de acuerdo con esta investigación se entiende que los eventos estresantes efectivamente están asociados con un mayor riesgo de depresión. Una limitante importante de este estudio se encuentra que la evaluación de los informes de los eventos de la vida, y los síntomas de la depresión fueron calificadas por los mismos informantes.

Chester, Chaplin, Tsakanikos, McCarthy, Bouras y Craig (2013) determinaron en su estudio "*Gender differences in self-reported symptoms of depression and anxiety in adults with intellectual disabilities*" las diferencias que existen en los síntomas depresivos autoinformados de acuerdo con el género de las personas con discapacidad intelectual, en una muestra de 36 participantes con discapacidad intelectual leve clasificados para efectos de este estudio, en 21 hombres y 15 mujeres, donde los hombres tenían una edad promedio de 37 años y las mujeres de 41 años.

Los criterios de participación que se tuvieron en cuenta para la selección de la muestra fue que cumplieran con ser mayores de edad, con un coeficiente intelectual entre 50 y 70 y con historial clínico de diagnóstico con trastorno afectivo, los instrumentos aplicados en la muestra poblacional fueron la escala de depresión de Glasgow para personas con discapacidad de Aprendizaje (GDS-LD) y el paquete para reportar y detectar síntomas de ansiedad y depresión en personas con discapacidad intelectual (SAINT) que además permite la comparación de síntomas entre sexos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas autoinformados entre hombres y mujeres relacionados principalmente con el estado de ánimo y la

autoestima. En general, se evidencio que los síntomas depresivos estaban entre 2,7 y 3,2 siendo más altos en las mujeres que en los hombres.

McGillivray, McCabe y Kershaw (2008) publicaron un estudio titulado, "*Depression in people with intellectual disability: An evaluation of a staff-administered treatment program*" aplicado a una muestra de 47 personas con el objetivo de determinar la eficacia de un programa de tratamiento diseñado para intervenir la depresión en personas con discapacidad intelectual. Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta las personas con el coeficiente intelectual entre 50 y 70, con lenguaje y comprensión necesarios para la participación en el estudio. La muestra estuvo conformada por 15 mujeres y 13 hombres entre los 30 y los 40 años de edad. Se aplicaron los siguientes instrumentos: el inventario de depresión de Beck 1996, el cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ-R), la escala de evaluación de reajuste social (SRRS) y la escala de comparación social (SCS) para personas con discapacidad intelectual. Se reportó que 23 participantes (el 49% de la muestra), se encontraba en el rango mínimamente deprimido, 8 participantes (el 17%), se encontraban en el rango levemente deprimido, 7 participantes (el 15%) se encontraban en el rango moderadamente deprimido, y 9 participantes (19%) se encontraron en el rango severamente deprimido.

Por otro lado Tassé, Navas, Havercamp, Benson, Allain, Manickam, y Davis en (2016), presentaron el estudio "*Psychiatric Conditions Prevalent Among Adults With Down Syndrome*" con el fin de determinar qué condiciones psiquiátricas son prevalentes en los adultos con síndrome de Down en la comunidad de Ohio en estados unidos. La muestra se seleccionó de la encuesta de salud en línea NCI conformándose esta por 291 adultos con síndrome de Down los cuales, participaron respondiendo la encuesta de manera voluntaria entre julio de 2011 y mayo de 2013.

Las preguntas que se incluyeron estaban diseñadas para ser comparadas con la evaluación de indicadores nacionales básicos, posteriormente el análisis de resultados mostro que el 23% de los adultos tienen trastorno psiquiátrico concurrente, siendo la depresión uno del trastorno psiquiátrico más informado. El estudio evidencia que las personas que tienen síndrome de Down son más propensas sufrir trastornos psiquiátricos que la población general de personas con discapacidad intelectual. Este estudio no tuvo en cuenta variables sociodemográficas como la raza, nivel socioeconómico y ubicación urbana o rural de la vivienda lo cual es relevante si se tiene en cuenta que estas variables son determinantes para el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, también se identificó que todos los cuestionarios no fueron contestados completamente y la muestra no representa toda la población de personas con síndrome de Down por ser el programa diseñado para la participación voluntaria.

Mileviciute y Hartley (2013) también realizaron una investigación en Estados Unidos “Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability” para identificar los síntomas depresivos autoinformados vs los síntomas depresivos informados, por los cuidadores en pacientes con discapacidad intelectual en una muestra de 11 instituciones que prestan servicios a personas con discapacidad intelectual en las montañas rocosas de Estados Unidos entre 2007 y 2009. La muestra estuvo conformada por 80 adultos con discapacidad intelectual leve a los que se les aplico dos cuestionarios de síntomas autoinformados. El primero fue la escala de depresión Glasgow para personas con discapacidad de aprendizaje el segundo es el cuestionario de depresión de autoinforme (SRDQ) y para los cuidadores se utilizó el cuestionario para informantes de síntomas depresivos de Glasgow-suplemento del cuidador (CGDS), anexo a esto los investigadores tuvieron en cuenta los datos sociodemográficos de los participantes para una mejor evaluación. Los resultados muestran que

las personas con discapacidad intelectual informan más síntomas depresivos y cognitivos que el personal asistencial de las instituciones mientras que estos informaron más síntomas somáticos en comparación con los cuestionarios autoinformados. Las diferencias más importantes radicarón en los tipos de síntomas (somáticos o cognitivos) en función del coeficiente intelectual, edad y presencia de un trastorno psiquiátrico. Una limitación importante de este estudio fue que la persona evaluada en la muestra ya se les había diagnosticado depresión y tenían medicamentos prescritos lo cual puede repercutir en los resultados.

Otro estudio realizado por Hermans, Beekman y Evenhuis (2013), habla de la prevalencia de la depresión en personas con discapacidad intelectual es "*Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services*" su objetivo es precisamente estudiar la prevalencia de los trastornos afectivos en la población con discapacidad intelectual. La investigación es trasversal multicéntrica e hizo parte de un estudio sobre el envejecimiento en la población con discapacidad intelectual de los países bajos. La población objeto de estudio consistió en 990 personas con discapacidad intelectual de 50 años de edad, 290 de ellos fueron evaluados con una entrevista diagnóstica estandarizada para informantes, que permitió identificar síntomas prevalentes en el 16,8% de la muestra, siendo más evidentes en las mujeres mayores. También se evidencia el trastorno depresivo mayor en el 7.6% de la población evaluada, en este estudio solo se utilizaron cuestionarios para informantes con el fin de superar los límites de comunicación con la población.

Por otro lado, los autores Jahoda, Melville, Pert, Cooper, Lynn, Williams, y Davidson (2015) presentan un estudio titulado "*A feasibility study of behavioural activation for depressive symptoms in adults with intellectual disabilities*" con el que pretenden validar si la activación conductual es viable para tratar los síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual.

Para este estudio trabajaron sobre una muestra de 23 adultos con discapacidad intelectual y síntomas de depresión las cuales personas fueron reclutadas por un periodo de 14 meses de los servicios especializados de Escocia, con el fin de desarrollar y experimentar un manual de activación del comportamiento. El procedimiento consistió en 12 sesiones de trabajo en las que se encontraba el terapeuta, el paciente y el cuidador- Los resultados de este estudio fueron medidos mediante una evaluación cuantitativa de seguimiento a los seis meses donde se encontró que la activación conductual fue aceptada por la población encontrándose una reducción en los síntomas depresivos de los pacientes como también en los informes que realizaban los cuidadores.

Para finalizar los autores Hartley, Esbensen, Shalev, Vincent, Mihaila y Bussanich (2015) publican el estudio "*Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Adults with Mild Intellectual Disability: A Pilot Study*" donde pretendieron validar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en 24 adultos con discapacidad intelectual y trastorno depresivo, de los cuales 16 fueron sometidos a la terapia del comportamiento cognitiva realizada por grupos de 5 y 6 adultos cada uno. Los otros 8 restantes siguieron el control de tratamiento habitual. El primer grupo, mostro una reducción significativa en los síntomas depresivos y el comportamiento problemático, mientras que el segundo grupo mostro más capacidades para hacer correlaciones entre el pensamiento-situación y emoción. Dentro de las limitantes significativas para esta investigación se encontró que el estudio no fue aplicado a una muestra de control aleatorio solo se escogió una pequeña muestra de la población.

5.3. Marco teórico

5.3.1 El trastorno depresivo.

El trastorno depresivo se define como la presencia de un estado de ánimo triste e irritable el cual, suele ir acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente al individuo. (**Asociación Americana de Psiquiatría, 2013**). Así, la depresión se convierte en una de las condiciones de malestar psicológico más frecuente en los seres humanos. Es considerado el problema mental más incapacitante y con mayores costos económicos y de sufrimiento personal asociados, es el diagnóstico clínico que más se emplea y representa una alta amenaza en la medida en que se asocia comúnmente con conductas suicidas. (Belloch, Sandin & Ramos, 2009).

La sintomatología somática depresiva ha sido dividida en dos agrupaciones, la depresión con síntomas somáticos donde el sujeto atribuye claramente sus síntomas a una causa psicológica y la depresión somatizada en la que evidentemente el paciente atribuye los síntomas a una causa corporal que no se puede comprobar científicamente. De acuerdo con esto, la depresión se puede asociar con cualquier tipo de síntoma, pero se hace una descripción de la sintomatología más típica cuando se refieren a tener bajo estado de ánimo, tristeza, llanto, sentimientos de culpa, pérdida del interés por las actividades placenteras, pérdida del sueño, del apetito, del peso y libido pudiéndose observar un paciente agitado que frecuenta constantemente los servicios de salud. (Artilez & López, 2009).

Se estima que la depresión afecta a más de 300 millones de personas alrededor del mundo, siendo esta la causa principal de la discapacidad y ayuda significativamente a la cifra mundial de morbilidad. Se puede distinguir la diferencia entre la depresión, cambios del estado de ánimo y respuestas emocionales a situaciones de la vida cotidiana, en el peor de los casos puede conllevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 mil personas siendo esta la segunda causa de muerte en el mundo. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

De acuerdo con la organización mundial de la salud la depresión afecta un 4.4 por ciento de la población en colombiana, ahora bien, la encuesta de salud mental que se realizó en el país para el año 2015 argumenta que un 4.3 por ciento de la población sufre de trastorno de depresión mayor, siendo 5,4 por ciento en mujeres y 3,2 por ciento en hombres. (El Tiempo, 2017).

5.3.2 Clasificación de los trastornos depresivos

Trastorno Depresivo Mayor

Se caracteriza por el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer y episodios de irritabilidad para los niños y adolescentes, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Para que se diagnostique un trastorno depresivo mayor se debe cumplir con un episodio depresivo mayor donde se identifica la pérdida de anhedonia o pérdida de placer con las cosas y actividades que antes solían disfrutarse o estado de ánimo deprimido, estos síntomas deben estar presentes por un periodo continuado de dos semanas sin embargo es importante también que estos síntomas intervengan con la vida cotidiana. (Belloch, Sandin & Ramos, 2009).

Este trastorno puede estar asociado con el uso de sustancias, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y el trastorno límite de la personalidad. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Tabla 2.

Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor: American psychiatric Association, 2013, p.104.

Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor DSM-V

A- Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

- 2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

- 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

- 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

- 5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

- 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

- 7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

- 9) Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Tabla 3.

Codificación y registro para el trastorno depresivo mayor: American psychiatric Association, 2013, p.107.

| Especificador de gravedadcurso | Episodio único | Episodio recurrente* |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Leve | 296.21 (F32.0) | 296.31 (F33.0) |
| Moderado | 296.22 (F32.1) | 296.32 (F33.1) |
| Grave | 296.23 (F32.2) | 296.33 (F33.2) |
| Con características psicóticas** | 296.24 (F32.3) | 296.34 (F33.3) |
| En remisión parcial | 296.25 (F32.4) | 296.35 (F33.41) |
| En remisión total | 296.26 (F32.5) | 296.36 (F33.42) |
| No especificado | 296.20 (F32.9) | 296.30 (F33.9) |

Trastorno Depresivo Persistente.

Este trastorno, se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y la mayor parte de los días. Suele estar precedido por el trastorno depresivo mayor cuando los síntomas han estado presentes por un periodo de dos años y estado de irritabilidad para niños y adolescentes por lo menos 1 año y tiene un inicio a temprana edad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), se trata de estados depresivos prácticamente crónicos que se caracterizan por la presencia de bastantes síntomas depresivos (Belloch, Sandin & Ramos, 2009).

Los pacientes que padecen este trastorno tienen mayor riesgo psiquiátrico también mayor probabilidad de sufrir trastorno de ansiedad y abuso de sustancias. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Tabla 4. *Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo persistente (distimia): American psychiatric Association, 2013, p.108.*

| CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA) 300.4 (F34.1) DSM-V |
|--|
| <p>A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.</p> |
| <p>B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Poco apetito o sobrealimentación. 2) Insomnio o hipersomnia. 3) Poca energía o fatiga. 4) Baja autoestima. 5) Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6) Sentimientos de desesperanza. |
| <p>C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.</p> |
| <p>D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.</p> |
| <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.</p> |
| <p>F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.</p> |
| <p>G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).</p> |
| <p>H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> |

Trastorno depresivo no especificado.

Este diagnóstico, aplica en casos es los que predominan síntomas de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo en áreas importantes del funcionamiento como social y laboral, pero que no cumplen con los criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), es el comodín para diagnosticar a los pacientes que no se acomodan al trastorno depresivo mayor o al de distimia. (Belloch, Sandin & Ramos, 2009).

Causas

La depresión puede ser causada por factores genéticos, bioquímicos y psicológicos, las causas específicas siguen siendo desconocidas, hay estudios que indican que los genes son factores predisponentes y las condiciones del ambiente serian factores detonantes. (Barlow & Durand, 2003, citados por Cabello, 2012).

En las afecciones biológicas se encuentran problemas en los genes encargados de la regulación serotoninérgica, (Kendler, et al 2005, citados por Cabello, 2012), de monoaminoxidasa, los receptores de glutamato, así como todos los relacionados con la actividad corticotrófica. ([Bradley et al. 2008](#), citados por Cabello, 2012).

Los factores ambientales pueden ser un detonante de la depresión importante para tener en cuenta sin embargo hay estudios que dicen que todo tiene una explicación biológica, ya que muchos síntomas se producen sin la existencia previa de un evento estresante, también muchos individuos que fueron expuestos a eventos estresantes no sufren depresión posterior. (Maletic & Raison, 2009, citados por Cabello, 2012).

5.3.3 Teorías cognitivas de la depresión.

Las teorías cognitivas argumentan que las personas organizan la información que la realidad les ofrece mediante la selección, codificación, rememoración y almacenamiento formando esquemas que permiten hacer una interpretación cognitiva, emocional y conductual entre las que se encuentran las teorías de procesamiento de la información, las cognitivas sociales y conductuales cognitivas, (Belloch, Sandin & Ramos, 2009).

5.3.4 Teorías de procesamiento de la información.

Estas teorías parten del supuesto básico “El hombre como sistema de procesamiento de la información” donde el hombre recoge la información que le ofrece la realidad y esta se ve afectada por transformaciones cognitivas para dar respuesta al medio. (Belloch, Sandin & Ramos, 2009).

Beck, (1964); Ellis, (2003), citados por Cabello, (2012), argumentan que las personas tienden a sufrir de sesgos cognitivos que conllevan a que la realidad sea interpretada negativamente y esto los hace vulnerables a padecer un trastorno depresivo.

Beck, (1967); Bower, (1981), citados por Sánchez y Vásquez en (2012), en su estudio *“Sesgos de atención selectiva como factor de mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica”* manifiestan que las personas que padecen de trastornos depresivos están atravesadas por una serie de esquemas cognitivos que distorsionan la percepción de la realidad que los conlleva a tener una visión negativa de sí mismos, del mundo que los rodea y las percepciones sobre el futuro, ignorando la información que no concuerda con los esquemas

negativos elaborados. Por el contrario, las personas que tienen una información cognitiva adecuada prestarán más atención a la información positiva de sí mismos.

Teasdale, (1988) citado por Sánchez (2011) en su trabajo “Atención selectiva como mecanismo de regulación emocional y factor de vulnerabilidad a la depresión” propone la teoría de “hipótesis de la activación diferencial”, esta argumenta que una vez activado el punto de la depresión esta se generaliza en todos los esquemas cognitivos creados por la persona, generando una cognición marcada por el estado de ánimo que padece y si este proceso se extiende hasta el punto de la emoción el estado deprimido se intensifica en el individuo.

5.3.5 Teorías cognitivo sociales

La teoría de la indefensión aprendida de Seligman se considera un buen modelo para la explicación de los síntomas depresivos, ya que se basa en la pérdida del control sobre el ambiente ya sea porque la persona en su historia de vida tiene un record de fracaso por las pocas habilidades que posee en el manejo de las situaciones externas o porque el sujeto no ha desarrollado las aptitudes necesarias para controlar el ambiente en el que se desarrolla. Luego esta teoría es reformulada por Abramson, Seligman y Teasdale (1978), la reformulación propone que la baja autoestima se da cuando el sujeto tiene la creencia de que la Incontrolabilidad, que posee sobre las situaciones externas tiene una incidencia interna, provocando que la depresión se extienda con el tiempo llamando a este proceso “estilo atribucional depresógeno” (Belloch, Sandin & Ramos, 2009).

Un artículo publicado en la revista de terapia cognitivo conductual de CETECIC por Minici, Rivadeneira y Dahab (2010), explican la teoría de la desesperanza aprendida de Bruce Overmier y Martin Selligman, que argumenta que las personas tienen un proceso de aprendizaje

por el cual se desarrollan o se suprimen conductas dependiendo de la consecuencia que les sigue. La teoría de la desesperanza aprendida plantea que las personas que se encuentran enfermas en este proceso no asocian adecuadamente sus conductas con las consecuencias que estas pueden traer, bajo una creencia de que no tienen el control de sus propias vidas y no buscan solución para las afecciones que tienen generando esto en el sujeto un estado depresivo.

5.3.6 Teorías conductuales cognitivas

Forero et al. (2017), Proponen el modelo de autocontrol de la depresión el cual, consiste en que el sujeto este en constante auto-monitoreo, auto-evaluación y auto-refuerzo ya que la depresión se da por falta de auto-refuerzo y excesivo auto-castigo dando como resultado un sujeto demasiado inhibido con auto-afirmaciones y evaluaciones negativas.

Por su parte, Lewinsohn (Belloch, Sandin & Ramos, 2009) propone la teoría de la autofocalización esta nombra a los factores ambientales como responsables primarios de la depresión, siendo la autoconciencia la mediadora de este proceso mediante una cadena de acontecimientos que comienzan con la aparición del evento que genera estrés en el sujeto, el cual por falta de patrones adaptativos genera una reacción emocional negativa, aumentando el desequilibrio que promueve el reforzamiento positivo y aumenta las actividades aversivas frente al estímulo; cuando estas respuestas emocionales se intensifican hay una disminución de la autoestima produciendo cambios cognitivos, conductuales y emocionales relacionados con la depresión.

5.3.7 Discapacidad intelectual

El concepto de discapacidad intelectual se presentó al principio como retraso mental y ha ido evolucionando a lo largo de la historia, este no solo es visto como una forma de llamar a determinado número de personas que hacen parte de una población específica diferente al resto, hace también alusión a la funcionalidad y las valoraciones sociales que se le daba a estas personas, mediante la evolución del término se puede dar cuenta de las características que poseen estos individuos y cuáles son las limitaciones. (Luque & Luque 2016)

A través de la historia y más puntualmente durante el siglo XVIII y XIX no se tenía una clasificación clara para separar las personas con discapacidad intelectual de las personas con otras afecciones psicológicas, solo a partir del siglo XIX se empieza a crear una diferenciación para el retraso mental teniendo para este una concepción de origen orgánico e innato. A partir del siglo XX aparece el primer test de inteligencia de (Binet y Simon, 1905), con el manejo de los test se aportó la evolución del funcionamiento cognitivo dando importancia a la inteligencia. (Luque & Luque 2016)

En la actualidad, la discapacidad intelectual es considerada un trastorno del neurodesarrollo que limita la adaptación y funcionalidad del individuo dejando de lado el coeficiente intelectual utilizado en los test en el siglo XX para realizar el diagnóstico. (Yañez, 2016)

Este trastorno se evidencia durante las etapas del desarrollo en los individuos, incluye limitaciones del funcionamiento cognitivo que le impiden al sujeto adaptarse al contexto social, entre las afecciones encontramos, problemas en el lenguaje, razonamiento lógico, problemas para el aprendizaje, el juicio, la planificación, pensamiento abstracto entre otros impidiendo que las personas cumplan los estándares de comportamiento y adaptación al medio impidiéndole al

individuo tener independencia y participación social. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Tabla 5.

Criterios para el diagnóstico de discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) American psychiatric Association, 2013, p.17.

Criterios para el diagnóstico de discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

Nota: En niños y adolescentes, el **estado** de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Se especifica que los niveles de gravedad están definidos por el funcionamiento adaptativo, nivel de apoyo requerido y dominio práctico.

5.3.8 Discapacidad intelectual leve

Esta afección determina que la persona que la padece presenta problemas a nivel conceptual en el pensamiento abstracto dificultándosele la planificación, la organización y toma de decisiones, se observan además, problemas para el aprendizaje viéndose afectada la memoria a corto plazo por lo que se le dificulta aprender a escribir, leer y manejar el dinero. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

A nivel social, al individuo se le dificulta establecer relaciones interpersonales maduras debido a que no puede leer adecuadamente el lenguaje no verbal, tiene poco control de las emociones y es un individuo influenciado en algunos aspectos por lo que se presta para ser manipulado. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

A nivel práctico es una persona capaz de mantener un aseo personal adecuado necesitando apoyo en actividades cotidianas como el desempeño laboral y familiar. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

5.3.9 Discapacidad intelectual moderada

En el nivel conceptual de los niños, el lenguaje, las actividades escolares de lectura, escritura y operaciones lógicas se desarrollan más lentamente que en sus pares académicos, cuando llegan a la edad adulta requieren apoyo para el uso de estas competencias en sociedad. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

A nivel social, tienen un juicio limitado para la toma de decisiones, observándose en las relaciones interpersonales diferencia en el comportamiento social y la comunicación. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

A nivel práctico, el individuo puede llegar a ser una persona independiente, pero tarda en el aprendizaje de las actividades de autocuidado. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

5.3.10 Discapacidad intelectual grave

A nivel conceptual se identifica un individuo con pocas habilidades del lenguaje expresivo y comprensivo, alrededor de su vida es muy probable que no pueda resolver por sí solo los problemas por lo que requiere de ayuda permanente. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En el área social como no existe un desarrollo del lenguaje verbal y no verbal completo se le dificulta la comunicación con otras personas por lo general existe una comunicación en el aquí y ahora no hay una explicación adecuada de los eventos ocurridos en el tiempo por eso sus relaciones con familiares y personas cercanas están basadas en la ayuda para satisfacer sus necesidades. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El dominio práctico del individuo está limitado por lo que requiere ayuda para las actividades de autocuidado, no posee las habilidades necesarias para la toma de decisiones sobre sí mismo u otras personas aunque puede desarrollar estas habilidades a largo plazo y su comportamiento ocasionalmente puede incluir autolesiones. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

5.3.11 Discapacidad intelectual profunda

El dominio conceptual de este individuo posee más procesos físicos dejando de lado lo simbólico, como posee alteraciones motoras se le dificulta el dominio de los objetos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El dominio social, está limitado por la comprensión simbólica del lenguaje generalmente expresa sus necesidades mediante la comunicación no verbal, responde a interacciones sociales a través de gestos y emociones por su condición motora se le dificultará participación social. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En el dominio práctico, se identifica una persona que depende totalmente de un cuidador para las actividades de autocuidado, las personas que no poseen alteraciones motoras graves tienen la capacidad de participar en algunas tareas del hogar, pero generalmente su participación en actividades sociales y recreativas está impedida por las deficiencias motrices. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

5.3.12 Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada

Solo aplica en personas mayores de 5 años que por sus condiciones no se han acomodado a un nivel de discapacidad propuesto y debe existir una valoración constante con el fin de validez que efectivamente no se ajusta a los criterios establecidos para cada grado de discapacidad.

5.3.13 Bases biológicas de la discapacidad intelectual.

Duplicación, translocación, supresión y trisomía en los cromosomas son algunas de las causas para el diagnóstico de discapacidad intelectual citando aquí al síndrome de Down la cual, es una de las causas más comunes en discapacidad intelectual, pero no solo es causa de los cromosomas, esta afección también se puede llegar a presentar por la exposición prenatal a toxinas (drogas, alcohol, hipoxia, nacimiento prematuro entre otros), también existen mecanismos neuronales que se asocian al trastorno como defectos en la formación de las redes neuronales, defectos en la plasticidad cerebral o alteraciones en estructuras cerebrales. (Yañez, 2016).

5.3.14 Habilidades adaptativas

Las habilidades adaptativas son un conjunto de competencias de orden conceptual, social y práctico que le permiten al individuo aprender y ejecutar actividades para su supervivencia y desempeño en el medio. Suelen presentarse por un déficit en la

adquisición de habilidades que permitan utilizar lo aprendido en contextos adecuados o un déficit de ejecución por desmotivación y desinterés. (Luque & Luque 2016).

El comportamiento adaptativo es la habilidad que tiene la persona para responder de forma eficaz a las demandas y expectativas individuales como sociales. Taylor, (2003) citado por Stranadová y Gento (2011), así el individuo se responsabiliza de su independencia personal e interacción social. (Stranadová & Gento 2011). Algunas habilidades adaptativas que se han abordado comúnmente a nivel deficitario en la discapacidad cognitiva son:

Habilidades comunicativas: se refiere al lenguaje expresivo y comunicativo de forma simbólica como las palabras, la escritura, gráficos y lectura como la forma no simbólica del lenguaje no verbal como expresión facial y corporal de manera empática. (Luque & Luque 2016).

Cuidado personal: están relacionadas con el autocuidado, el aseo, la presentación personal y alimentación. (Luque & Luque 2016).

Independencia y participación en las actividades del hogar: se refieren a la capacidad del individuo para cuidarse y participar de actividades del hogar como cocinar, manejar los presupuestos y responder empáticamente a los problemas que se presentan en la familia participando como ser funcional en las actividades del hogar. (Luque & Luque 2016).

Habilidades sociales: estar en capacidad de iniciar relaciones interpersonales, de tomar la iniciativa para la interacción con los pares y otras personas de la sociedad, así como tener el criterio para terminarla o darle continuidad, reconocer sentimientos y emociones y responder positiva y negativamente frente a esto, responder a las demandas de los demás y controlar los impulsos mostrando un comportamiento sexual adecuado. (Luque & Luque 2016).

Habilidades comunitarias: se refiere a la capacidad de utilizar adecuadamente los recursos que la comunidad ofrece que incluye interactuar en espacios como supermercados, centros comerciales, tiendas de ropa, restaurantes entre otros, pertenecer a grupos sociales como

las religiones y grupos culturales, así como también, utilizar los servicios públicos de transporte, tener interacción en la comunidad y cumplir con las actividades académicas de manera funcional. (Luque & Luque 2016).

Las habilidades adaptativas se resumen en cuatro grandes grupos que se deben tener en cuenta para hacer una evaluación adecuada en la discapacidad intelectual.

En primer lugar encontramos el funcionamiento independiente como la capacidad que tiene el individuo para asearse, alimentarse, cuidar su presentación personal y hacer uso del tiempo libre. El funcionamiento social como las habilidades para crear y mantener relaciones sociales basadas en la expresión y comunicación de pensamientos y sentimientos haciendo uso adecuado de las normas sociales y las competencias académicas funcionales capacidad de desarrollar habilidades académicas y hacer uso de ellas en la sociedad como la lectura, la escritura y el razonamiento matemático, por último se debe evaluar la capacidad para ser productivo laboralmente (Stranadová & Gento 2011).

Tabla 6.

Áreas de habilidad adaptativas: sistema para la evaluación de conducta adaptativa, Harrison y Oakland (2013).

| Áreas de habilidad adaptativa | |
|--|--|
| Áreas de habilidad | Descripción |
| Comunicación | Habilidades para utilizar el lenguaje de manera expresiva y receptiva. |
| Utilización de los recursos comunitarios | Capacidades para hacer un buen uso de los recursos de la comunidad incluyendo hacer compras y utilización de servicios como el transporte público. |
| Habilidades académicas funcionales | Capacidad para leer, escribir y razonamiento lógico. |
| Vida en el hogar / en la escuela | Limpiar, cuidar, mantener limpio el hogar, y realización de actividades domésticas como preparación de alimentos. |
| Salud y seguridad | Tener autocuidado y autoestima, hacer seguimiento de las normas de seguridad que contribuyen al bienestar físico. |
| Ocio | Pertenecer a grupos sociales y participar en actividades de recreación. |
| Autocuidado | Relacionadas con el aseo y presentación personal y tener hábitos de buena alimentación. |
| Autodirección | Tener independencia y autonomía, tener un comportamiento responsable y controlado haciendo uso de las normas sociales. |
| Social | Habilidades para crear vínculos sociales teniendo buenos modales, manejando las distancias personales, reconociendo y respetando las emociones y pensamientos de las otras personas. |
| Empleo | Habilidades para desempeñarse laboralmente. |

6.3. Marco ético legal

Los resultados de esta investigación serán manejados de manera confidencial por los investigadores y será divulgada solo en el ambiente académico e institucional de la corporación crear unidos de Envigado- Antioquia. Para efectos legales el presente trabajo se acoge a las siguientes disposiciones del título VII de la ley 1090, por el cual se reglamenta el ejercicio del profesional en Psicología (ministerio de protección social, 2006).

Capítulo VI. Del uso del material psicotécnico:

Artículo 45. El material psicotécnico es de uso exclusivo de los profesionales en Psicología. Los estudiantes podrán aprender su manejo con el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología.

Artículo 46. Cuando el psicólogo construye o estandariza tests psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos test deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad.

Artículo 47. El psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. No son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los solos tests psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundo e integral.

Capítulo VII. De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones:

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales

empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización

Artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Artículo 52. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

7. Metodología

7.1. Tipo de estudio:

Esta investigación es de tipo cuantitativo y de acuerdo al nivel de conocimiento alcanzado en esta investigación, es descriptiva.

7.2. Nivel de estudio

El nivel de estudio es descriptivo correlacional dado que tiene como objetivo la descripción del fenómeno a investigar tal y como se manifiesta en el momento y busca correlacionar dos variables habilidades adaptativas y síntomas depresivos.

7.3. Diseño de estudio

Para este estudio se utilizó una metodología cuantitativa de corte transversal en la medida en que se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo correlacional. El estudio busco identificar la correlación entre el funcionamiento adaptativo y la presencia de síntomas depresivos en personas con discapacidad cognitiva.

7.4. Población

La población objeto de estudio fueron personas con discapacidad intelectual que asisten a los programas de la institución Crear Unidos de Envigado- Antioquia

Muestra

La muestra estuvo conformada por las personas con discapacidad intelectual cuyos padres aceptaron firmar el consentimiento informado para participar voluntariamente en la investigación. El tipo de muestra, fue por conveniencia dada la disponibilidad de la misma.

Para el presente estudio se contó con la participación de 15 personas diagnosticadas con discapacidad intelectual, leve, moderada y Síndrome de Down.

7.5. Técnicas de recolección de información

Para efectos de este estudio se utilizaron tres instrumentos que permitieron la consecución de los objetivos de la presente investigación.

El primer instrumento fue construido para los fines de este trabajo investigativo y fue un cuestionario sociodemográfico con el cual se pretendió identificar las variables cuantitativas y cualitativas de la población objeto de estudio.

El segundo instrumento fue construido con base a los criterios del DSM –V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) que permitieron dar cuenta de los síntomas propios de depresión y fue adecuado para las necesidades que por el trastorno del neurodesarrollo pudo presentar la población.

El tercer instrumento que se utilizó es el inventario de habilidades adaptativas el cual, se aplica a la población con discapacidad intelectual y aquellos ítems que no fueron respondidos por ellos, se obtuvo la respuesta directamente de los padres. El instrumento de Habilidades adaptativas, fue construido por el equipo de profesionales conformado por psicólogos y psicopedagogos de la Unidad de Atención Integral de Rionegro, Antioquia como una herramienta de evaluación de las habilidades adaptativas para ser utilizado en población específicamente Colombiana a nivel clínico e investigativo.

El instrumento puede ser aplicado en un tiempo aproximado de 30 minutos ya que la modalidad de respuesta es dicotómica y consta de 10 ítems y es de acceso libre, este instrumento cuenta con validez de expertos.

7.6. Procedimiento.

Luego de la firma del consentimiento informado por parte del tutor o los padres de los miembros de la muestra, se procedió aplicar los instrumentos conservando el mismo orden en todos los participantes. Todos los instrumentos fueron auto aplicados, pero se contó siempre con la presencia del evaluador durante la aplicación de cada uno de ellos.

Posteriormente, se elaboró una base de datos con todos los instrumentos debidamente diligenciados en Excel, la cual se exportó luego al software estadístico SPSS versión 24 con el fin de hacer los análisis estadísticos correspondientes.

7.7 Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo reportando las frecuencias absolutas y relativas de las variables cuantitativas tales como sexo, escolaridad entre otras.

Finalmente, para determinar el nivel de correlación entre las dos variables cuantitativas (funcionamiento adaptativo y síntomas depresivos), se utilizó la correlación Rho de Spearman que da cuenta como están relacionadas estas variables.

7.8 Impacto y resultados esperados

Ya que este estudio cumplió con los objetivos planteados se espera a la vez que permita desde los resultados encontrados generar estrategias de intervención en la población logrando un impacto social en la institución como en la comunidad, también se espera que impacte en la psicología y el investigador sirviendo de base para futuras investigaciones con técnicas y teorías que sirvan de base para investigar en la población objeto de estudio de esta investigación.

7.9 Compromiso y estrategias de comunicación

Se realizará una entrega del informe final en la institución universitaria de envigado, se socializarán a futuros profesionales los resultados encontrados en el ejercicio investigativo y en la institución donde se encuentra la población de estudio se entregará un informe con los resultados

y pautas de intervención para la población y se retroalimentara a los padres de familia e indicara el procedimiento a seguir según sea el caso.

6. Resultados

En la tabla 7 se puede observar que la población está definida por personas de género masculino con un promedio de edad de 29 años, y una desviación de +- 9 años; mientras que las personas de género femenino tienen en promedio 30 años y una desviación de +- 12 años de edad, sin embargo el grupo de edad más predominante se encuentra en una población adulta joven de 27 años de edad.

Así mismo en la tabla se evidencia que la población en su gran mayoría presenta (53,3%) Síndrome de Down, seguida de un 26,7% la discapacidad cognitiva moderada, así mismo, el 66,7% se encuentran en un nivel de educación de primaria, el 100% de los participantes se encuentran solteros, el tiempo libre, es dedicado por el 73,33% a las recreación y un 20% al deporte. Por otra parte, el estrato más predominante para el grupo es el estrato 3 con 5 personas del total de la muestra (33.3%), así mismo se encuentran en una vivienda propia en un 60% y el 33,3% de ellos viven vivienda arrendada, solo el 6.7% manifiesta tener una vivienda familiar

Tabla 7

Perfil sociodemográfico de las 15 personas evaluadas en la muestra de la población.

Características Sociodemográficas de las personas con discapacidad intelectual de la institución Crear Unidos de Envigado- Antioquia

| | | Masculino | | Género Femenino | | Total | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------|--------|-----------------|--------|---------|---------|----|----|
| | | N | % | N | % | N | % | | |
| Tipo de discapacidad | Discapacidad Cognitiva Moderada | 1 | 6,70% | 3 | 20,00% | 4 | 26,70% | | |
| | Discapacidad intelectual Leve | 1 | 6,70% | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | | |
| | Discapacidad Intelectual Moderada | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | 2 | 13,30% | | |
| | Síndrome de Down | 3 | 20,00% | 5 | 33,30% | 8 | 53,30% | | |
| | Total | 6 | 40,00% | 9 | 60,00% | 15 | 100,00% | | |
| Nivel educativo | Primaria | 3 | 20,00% | 7 | 46,70% | 10 | 66,70% | | |
| | Secundaria | 3 | 20,00% | 2 | 13,30% | 5 | 33,30% | | |
| | Técnico/ Tecnólogo | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | | |
| | Universitario | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | | |
| | Total | 6 | 40,00% | 9 | 60,00% | 15 | 100,00% | | |
| Estado civil | Soltero | 6 | 40,00% | 9 | 60,00% | 15 | 100,00% | | |
| | Casado / Unión libre | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | | |
| | Separado /Divorciado | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | | |
| | Viudo | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | | |
| | Total | 6 | 40,00% | 9 | 60,00% | 15 | 100,00% | | |
| Tiempo libre | Labores Domésticas | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | | |
| | Deporte | 2 | 13,30% | 1 | 6,70% | 3 | 20,00% | | |
| | Recreación | 4 | 26,70% | 7 | 46,70% | 11 | 73,30% | | |
| | Estudio | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | | |
| | Otro | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | | |
| Total | 6 | 40,00% | 9 | 60,00% | 15 | 100,00% | | | |
| vivienda | Propia | 4 | 26,70% | 5 | 33,30% | 9 | 60,00% | | |
| | Arrendada | 2 | 13,30% | 3 | 20,00% | 5 | 33,30% | | |
| | Familiar | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | | |
| | Compartida con otra Familia | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | | |
| | Total | 6 | 40,00% | 9 | 60,00% | 15 | 100,00% | | |
| estrato | Estrato 1 | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | | |
| | Estrato 2 | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | | |
| | Estrato 3 | 3 | 20,00% | 2 | 13,30% | 5 | 33,30% | | |
| | Estrato 4 | 1 | 6,70% | 3 | 20,00% | 4 | 26,70% | | |
| | Estrato 5 | 2 | 13,30% | 3 | 20,00% | 5 | 33,30% | | |
| | Total | 6 | 40,00% | 9 | 60,00% | 15 | 100,00% | | |
| edad | 17 | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | 2 | 13,30% | | |
| | 20 | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | | |
| | 23 | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | | |
| | 24 | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | | |
| | 25 | 1 | 6,70% | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | | |
| | 26 | 0 | 0,00% | 2 | 13,30% | 2 | 13,30% | | |
| | 27 | 2 | 13,30% | 0 | 0,00% | 2 | 13,30% | | |
| | 33 | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | | |
| | 37 | 1 | 6,70% | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | | |
| | 42 | 1 | 6,70% | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | | |
| | 54 | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | | |
| | 57 | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% | | |
| | Total | 6 | 40,00% | 9 | 60,00% | 15 | 100,00% | | |
| c | | | | 29 | 9 | 31 | 15 | 30 | 12 |

Nota: Recuento de personas, % participación relativa en la muestra; X; Media; D.E: Desviación Estándar

En la tabla 8 se observan ciertos indicadores de la presencia de trastornos depresivos en personas con discapacidad intelectual de la institución Crear Unidos de Envigado- Antioquia. Se evidencian síntomas del trastorno depresivo mayor en el 26.7% (4 personas) de la muestra, lo que indica el cumplimiento de cinco o más criterios para el diagnóstico de acuerdo con el DSM V.

En cuanto el cumplimiento de síntomas del trastorno depresivo recurrente, se presenta una situación contraria en la población un 93.3% es decir 14 personas de las 15 personas encuestadas no cumplen con los criterios para el diagnóstico del trastorno.

Tabla 8

Perfil de síntomas depresivos de las 15 personas evaluadas en la muestra de la población.

Estadísticos descriptivos de síntomas depresivos del total de la muestra de las personas con discapacidad intelectual de la institución Crear Unidos de Envigado- Antioquia

| | | Género | | | | Total | |
|---|-------|-----------|--------|----------|--------|-------|---------|
| | | Masculino | | Femenino | | N | % |
| | | N | % | N | % | | |
| Síntomas trastorno depresivo mayor | Si | 1 | 6,70% | 3 | 20,00% | 4 | 26,70% |
| | No | 5 | 33,30% | 6 | 40,00% | 11 | 73,30% |
| | Total | 6 | 40,00% | 9 | 60,00% | 15 | 100,00% |
| Síntomas trastorno depresivo recurrente | Si | 0 | 0,00% | 1 | 6,70% | 1 | 6,70% |
| | No | 6 | 40,00% | 8 | 53,30% | 14 | 93,30% |
| | Total | 6 | 40,00% | 9 | 60,00% | 15 | 100,00% |

N: Recuento de personas, % participación relativa en la muestra.

En la tabla 9 se observa en un (73,3%) las habilidades de cuidado personal. Con relación a las habilidades sociales estas están presentes en un (56,5%), la utilización de la comunidad se presenta en un 55,0 %, frente a la autodirección con un (54.5%). Las habilidades de salud y seguridad se evidencia un porcentaje de (66,7%) en las personas encuestadas que manifiestan también se observan las habilidades de motricidad fina con un (73,6%) frente a las habilidades de motricidad gruesa con un 60,0% de la presencia de las personas de la muestra.

Dentro de las habilidades con menor representatividad en la población evaluada se encuentran las habilidades académicas matemáticas con un (16.30%), seguida de las habilidades de lectoescritura con un (32.70%), y las habilidades del hogar con un (39.4%).

También se puede evidenciar que las habilidades de comunicación se encuentran en un (45.00%), frente a las habilidades laborales que están en un (49.30%).

Tabla 9

Perfil de habilidades adaptativas en las 15 personas evaluadas de la población.

Estadísticos descriptivos de habilidades adaptativas del total de la muestra de las personas con discapacidad intelectual de la institución Crear Unidos de Envigado- Antioquia

| Habilidades Adaptativas | N | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Hacomunicación | 54 | 45,00% |
| Aveces | 15 | 12,50% |
| no | 51 | 42,50% |
| total | 120 | 100,00% |
| Hapersona | 121 | 73,30% |
| aveces | 19 | 11,50% |
| no | 25 | 15,20% |
| total | 165 | 100,00% |
| Hahogar | 136 | 39,40% |
| aveces | 37 | 10,70% |
| no | 172 | 49,90% |
| total | 345 | 100,00% |
| Hasociales | 144 | 56,50% |
| aveces | 64 | 25,10% |
| no | 47 | 18,40% |
| total | 255 | 100,00% |
| Hacomunidad | 99 | 55,00% |
| aveces | 18 | 10,00% |
| no | 63 | 35,00% |
| total | 180 | 100,00% |
| Hacautodirección | 91 | 54,50% |
| aveces | 28 | 16,80% |
| no | 48 | 28,70% |
| total | 167 | 100,00% |
| Hasalud | 160 | 66,70% |
| aveces | 39 | 16,30% |
| no | 41 | 17,10% |
| total | 240 | 100,00% |
| Halectoescritura | 98 | 32,70% |
| aveces | 36 | 12,00% |
| no | 166 | 55,30% |
| total | 300 | 100,00% |
| Hamatematicas | 49 | 16,30% |
| aveces | 13 | 4,30% |
| no | 238 | 79,30% |
| total | 300 | 100,00% |
| Hamotri_fina | 265 | 73,60% |
| aveces | 38 | 10,60% |
| no | 57 | 15,80% |
| total | 360 | 100,00% |
| Hamotri_gruesa | 189 | 60,00% |
| aveces | 26 | 8,30% |
| no | 100 | 31,70% |
| total | 315 | 100,00% |
| Haocio | 164 | 68,30% |
| aveces | 31 | 12,90% |
| no | 45 | 18,80% |
| total | 240 | 100,00% |
| Haocupación | 170 | 49,30% |
| aveces | 50 | 14,50% |
| no | 125 | 36,20% |
| total | 345 | 100,00% |

% participación relativa en la muestra

En la tabla 10 se pueden observar tanto relaciones positivas como negativas, indicando una dirección inversa o directamente proporcional a las variables.

La sintomatología depresiva se relaciona estrechamente con las habilidades de la comunicación con un valor de 0.571, con las habilidades de cuidado personal con un valor de 0.794, con las habilidades del hogar con un valor de 0.577, con las habilidades sociales con un valor de 0.754, con las habilidades de manejo de la comunidad con un valor de 0.758, la autodirección se presentan con un valor de 0,529, las habilidades de la salud con un valor de 0,773.

En cuanto a las habilidades académicas se puede observar una correlación de lectoescritura con un valor de 0,722, matemáticas con un valor de 0,610, motricidad fina con un valor de 0,613, y motricidad gruesa con un valor de 0,722.

Por su parte, las habilidades de ocio y diversión se correlacionan con un valor de 0,776 y por ultimo las habilidades para el desempeño laboral con un valor de 0,526.

Se observa que la sintomatología del trastorno depresivo recurrente por su parte se encuentra relacionada débilmente con las habilidades sociales con un valor de 0.40.

Tabla 10

Perfil de correlaciones entre síntomas depresivos y habilidades adaptativas en la población evaluada.

7. Discusión.

Los hallazgos encontrados en el perfil sociodemográfico muestran que gran porcentaje de la población se encuentra en un nivel educativo de básica primaria como también en las habilidades adaptativas las académicas obtuvieron un bajo porcentaje y mostraron una relación alta con la sintomatología depresiva, esto coincide con el estudio de Sigan y MacLean (2010), donde atribuyen a los estados de ánimo eventos externos como la dificultad para la planificación del futuro siendo la capacidad académica es una de las condiciones necesarias para que las personas puedan planificar y cumplir metas personales y profesionales.

Esta investigación muestra que los síntomas depresivos en la población evaluada están presentes en 4 de las 15 personas que participaron, cumpliendo con los criterios establecidos por DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, así mismo la sintomatología de este trastorno tuvo más prevalencia en toda la población evaluada frente a la sintomatología del trastorno depresivo recurrente, teniendo en cuenta que la mayor parte de la población esta diagnosticada con Síndrome de Down, este estudio coincide con el de Tassé, Navas, Havercamp, Benson, Allain, Manickam, y Davis en (2016), sobre las condiciones psiquiátricas prevalentes entre los adultos con Síndrome de Down, el cual evidencia que el trastorno depresivo es una de las condiciones psiquiátricas más predominantes.

Las habilidades académicas, habilidades para el hogar, habilidades de comunicación y habilidades laborales según los hallazgos de esta investigación son las menos desarrolladas en la comunidad evaluada y su alta correlación con los síntomas depresivos puede indicar bajas estrategias de afrontamiento frente a los trastornos del estado de ánimo, lo cual pone en evidencia lo manifestado en el estudio de Guevara y Martínez (2015) “*conductas adaptativas como factor*

de prevención del trastorno depresivo en niños y niñas de 9 a 11 años de edad, con diagnóstico de discapacidad cognitiva leve” el cual reportó que efectivamente las habilidades adaptativas tienen incidencia para el manejo y control de los trastornos afectivos.

Otro hallazgo importante muestra la correlación de los síntomas depresivos con las habilidades para el manejo de la comunidad, las habilidades para la seguridad y la salud y las habilidades para el ocio y la diversión así como también se evidencia que las habilidades se correlacionan unas con otras de manera significativa lo cual coincide con el estudio de Hermans, Beekman y Evenhuis (2013), que mostro que las personas con discapacidad intelectual tienen más prevalencia de sufrir trastorno depresivo que la población en general. Es decir, que la presencia de habilidades se asocia con menor número de síntomas depresivos y a mayor número de síntomas depresivos, menor presencia de este tipo de habilidades.

8. Conclusiones

La encuesta del perfil sociodemográfico de la población evidencia que el 100% de la muestra que participo en la investigación se encuentran en estado civil soltero y el grupo más relevante esta entre la edad joven – adulto, siendo este un indicador para la aparición de sintomatología depresiva, ya que una de las metas que tiene el promedio de las personas es tener una pareja o una relación sentimental.

Los resultados indican que el no desarrollo de comunicación y uso de la comunidad son las habilidades que más afectan y contribuyen con la aparición de sintomatología depresiva en personas con discapacidad intelectual debido a que impiden que esta persona tenga procesos sociales adecuados como terminar sus estudios y acceder al mundo laboral e impiden también que tengan amigos e incluso dificultan las relaciones interpersonales todos factores influyen directamente con la aparición de sintomatología depresiva.

La población evaluada evidencia que la discapacidad intelectual afecta el desarrollo de habilidades adaptativas de manera significativa debido a las afecciones biológicas que determinan el padecimiento de este trastorno, esa diferencia frente a las personas que no tienen discapacidad intelectual y que a diferencia de ellos puede realizarse en muchos aspectos de la vida que determinan a una persona como adulta e independiente con el acceso al trabajo y la vida en comunidad es una de las causas más influyentes para la aparición de la sintomatología depresiva.

Las habilidades de cuidado personal generan autonomía en las personas para actividades de alimentación, presentación y aseo personal, la dependencia de otros para la consecución de estas actividades rutinarias genera impotencia en los sujetos conllevando a la aparición de

sintomatología depresiva como se puede evidenciar en la tabla de correlaciones presentada en esta investigación.

La hipótesis de esta investigación apuntaba a demostrar que las habilidades adaptativas se relacionan con la aparición de los síntomas depresivos de manera significativa por eso cuando las personas con discapacidad intelectual se sienten limitadas por algún factor biológico para cumplir con sus expectativas a futuro tienden a evidenciar síntomas de un trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo como el depresivo mayor o el trastorno depresivo persistente, los resultados encontrados en esta investigación muestran que esta sintomatología tiene una relación estrecha con las habilidades que implican que las personas socialicen como habilidades de comunicación, cuidado personal, utilización de la comunidad y vida en el hogar.

Los resultados obtenidos en esta investigación concluyen que los síntomas depresivos están estrechamente correlacionados con habilidades adaptativas como las habilidades de cuidado personal, las habilidades sociales, la utilización de la comunidad, la autodirección, salud, seguridad y por ultimo con las habilidades académicas, estas habilidades influyen de manera significativa en la adquisición y desarrollo de las otras como son la comunicación, el ocio y la ocupación afectando de esta manera significativamente al individuo en su independencia y consecución de logros personales y profesionales y es esta limitación la que contribuye con la aparición de la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo.

9. Recomendaciones

Se recomienda que los resultados del presente estudio se tengan en cuenta para el desarrollo del plan académico de la Corporación Crear Unidos de Envigado- Antioquia con el objetivo que se enfoque en las áreas de habilidades adaptativas que puntuaron más bajo en la población objeto de estudio.

Se sugiere la realización de programas, talleres y conferencias para los docentes que les permitan adquirir competencias que sirvan para fomentar las habilidades adaptativas en los estudiantes de la corporación Crear Unidos de Envigado- Antioquia.

Se recomienda que se desarrolle un plan desde el área de psicología que permita la atención de las personas que cumplieron con los criterios del DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor y también que se generen estrategias para la prevención de la sintomatología depresiva.

Para futuras investigaciones sobre esta misma problemática se recomienda hacer un estudio transversal con dos instituciones del municipio de Envigado- Antioquia con el fin de que se pueda obtener datos y hallazgos significativos sobre la población con discapacidad intelectual del municipio de Envigado - Antioquia.

10. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Artilez, R., López, S., (2009). Síntomas somáticos de la depresión. SEMERGEN, 35 (01), 39-42. Recuperado de: <https://bit.ly/2HBueUF>.
- Belloch, A., Sandin, B., Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología vol II*. España: Mcgraw-hill.
- Cabello, M, (2012). *Discapacidad laboral y depresión: evolución y factores relacionados desde una aproximación múltiple*. (Tesis doctoral). Universidad autónoma de Madrid, Facultad de medicina, Madrid.
- Chester, R., Chaplin, E., Tsakanikos, E., & Mccarthy, J. (2013). Gender differences in self-reported symptoms of depression and anxiety in adults with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7 (4), 191–200. <https://doi.org/10.1108/AMHID-03-2013-0025>.
- Duran, V., & Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México, Thomson editores.
- El tiempo. (2017, Febrero 24). La depresión, un grave problema de salud pública. *El tiempo*.
- Forero, J., Hernández, Y., Ortiz, M., García, C., Bahamón, M., Herrera, J., Díaz, M. (2017). *Debates emergentes en psicología.*, Bogotá: Sello Editorial UNAD.
- Garvia, B., (2010). Depression y síndrome de Down. *Revista médica internacional sobre el síndrome de Down*, 14 (1), 16–18.
- Guevara, M., & Martínez, M. (2015). Conductas adaptativas como factor de prevención del trastorno depresivo en niños y niñas de 9 a 11 años de edad, con diagnóstico de discapacidad cognitiva leve. *Monografías Epcena: universidad de Pereira*, Recuperado de <http://hdl.handle.net/10785/3172>.
- Harrison, P., & Oakland, T., (2013). *Sistema para la evaluación de la conducta adaptativa*. Madrid, TEA Ediciones.
- Hartley, S., Esbensen, A., Shale , R., Vincent, L., Mihaila, L., & Bussanich, P. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Adults with Mild Intellectual Disability: A Pilot Study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 8 (2), 72 -97. <https://doi.org/10.1080/19315864.2015.1033573>.

- Hermans, H., Beekman, A & Evenhuis, H. (2013). Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services. *Journal of Affective Disorders*, 114 (1-2), 94 -100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.011>.
- Hove, O., Assmus, J., & Havik, O. (2016). Type and Intensity of Negative Life Events Are Associated With Depression in Adults With Intellectual Disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121 (5), 419–431. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.5.419>.
- Jahoda, A., Melville, C., Pert, C., Lynn, H., Williams, C., & Davidson, C. (2015). A feasibility study of behavioural activation for depressive symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (2), 1010 -1021. <https://doi.org/10.1111/jir.12175>.
- Luque, M. J., & Luque, D. (2016). *Discapacidad intelectual: consideraciones para su intervención psicoeducativa*. España: Wanceulen editorial deportiva, S.L.
- Márquez, M., Zanabria, M., Pérez, V., García, E., Buenrostro, L., & Galvan, C. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental*, 34, 443-449.
- McGillivray, J., McCabe, M., & Kershaw, M. (2008). Depression in people with intellectual disability: An evaluation of a staff-administered treatment program. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 29 (6), 524-536. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2007.09.005>
- Mileviciute, I., & Hartley, S. (2013). Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59 (2), 150-169. <https://doi.org/10.1111/jir.12075>.
- Minici, A., Rivadeneira, C., Dahab, J., (2010). Desesperanza aprendida. *CETECIC*, 19(1). Recuperado de: <https://bit.ly/2FrgoCg>.
- Ministerio de Protección Social (2006). Ley N° 1090 del 06 de septiembre. Bogotá, Colombia.
- Navas, P., Verdugo, M., Arias, B & Gomez, L., (2010). La conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 41 (3), 28–48.
- Organización mundial de la salud. (2018). Nota descriptiva de la depresión. Colombia: Organización mundial de la salud. Recuperado de <https://bit.ly/2Jb4u2i>.
- Roselli, M., Matute, E & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Mexico, Manual Moderno.

- Sánchez, A., (2011). *Atención selectiva como mecanismo de regulación emocional y factor de vulnerabilidad a la depresión*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de psicología, Madrid.
- Sánchez, A., Vásquez, C., (2012). Sesgos de Atención Selectiva como Factor de Mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica. *TERAPIA PSICOLOGICA*, 30 (03), 103-107. Recuperado de: <https://bit.ly/2JEO5mt>.
- Sigan, L., & MacLea, W. (2010). Depression in adults with mild intellectual disability: role of stress, attributions, and coping. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114 (3), 147–160. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19374469>
- Stranadová, I., & Gento, P. (2011). *Tratamiento educativo de la diversidad intelectual*. Madrid: Librería UNED.
- Sue, D., Wing, D & Sue, S. (2010). *Psicopatología comprendiendo la conducta anormal*, México, Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.
- Tassé, M., Navas, P., Havercamp, S., Benson, B., Allain, D., Manickam, K., & Davis, S. (2016). Psychiatric Conditions Prevalent Among Adults With Down Syndrome. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 13 (2), 173-180. <https://doi.org/10.1111/jppi.12156>
- Wicks, R & Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid, Prentice Hall.
- Yañez, M, G. (2016). *Neuropsicología del trastorno del neurodesarrollo: diagnóstico, evaluación e intervención*. México: Manual moderno.

11. Anexos

11.1 Cuestionario de variables sociodemográficas (diseñado para este estudio).

Encuesta de perfil sociodemografico

Objetivo: esta encuesta sera utilizada con fines academicos investigativos su objetivo principal es dar cuenta de los datos sociodemograficos necesarios para el estudio “Caracterización del funcionamiento adaptativo y su correlación con síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual en la corporación crear unidos de envigado- Antioquia.”

Datos basicos de la persona evaluada

Nombre: _____
 Cedula: _____
 Tipo de discapacidad: _____
 Dirección: _____
 Telefono: _____

Marque con una X al frente del item con el cual se identifica.

EDAD

- a. Menor de 18 años
- b. 18 - 27 años
- c. 28 - 37 años
- d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario

GÉNERO

- a. Masculino
- b. Femenino

TIPO DE VIVIENDA

- a. Propia
- b. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

ESTADO CIVIL

- a. Soltero (a)
- b. Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

ESTRATO SOCIOECONOMICO

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5

USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Labores domesticas.
- b. Deporte.
- c. Recreación.
- d. Estudio.
- e. Otro

¿Cual? _____

11.2 Cuestionario auto informado de síntomas depresivos tipo check list.

Cuestionario para evaluar los síntomas depresivos.

Nota: este cuestionario es realizado por los investigadores para el presente estudio, los ítems fueron contruidos a partir de los criterios del DSM-V para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente y el trastorno depresivo no especificado.

Indique si en el último mes usted ha presentado la siguiente sintomatología

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| 1) | Durante las últimas dos semanas se ha sentido, triste, vacío sin esperanzas o irritable. | SI | NO |
| 2) | Se siente sin interés para desarrollar las actividades que son de tu agrado durante el día. | SI | NO |
| 3) | Ha perdido el apetito o ha aumentado la alimentación durante el último mes. | SI | NO |
| 4) | Siente que no está durmiendo adecuadamente o que duerme demasiado. | SI | NO |
| 5) | Se siente físicamente más lento que sus compañeros o familiares. | SI | NO |
| 6) | Se siente fatigado o con pereza casi todos los días. | SI | NO |
| 7) | Se siente inútil o culpable por la discapacidad casi todos los días. | SI | NO |
| 8) | Siente que ha disminuido su capacidad para concentrarse o tomar decisiones todos los días. | SI | NO |
| 9) | Tiene pensamientos recurrentes sobre la muerte o tiene ideas de suicidio. | SI | NO |
| 10) | Considera que los síntomas a los que ha respondido positivamente lo afectan a nivel práctico, social o laboral. | SI | NO |

Indique si usted ha presentado la siguiente sintomatología durante aproximadamente 2 años.

- | | | | |
|----|---|-----------|-----------|
| 1) | Estado de ánimo deprimido triste la mayor parte del día durante casi todos los días. | SI | NO |
| 2) | Poco apetito o sobrealimentación. | SI | NO |
| 3) | Siente que duerme demasiado o que se acuesta muy tarde y se levanta muy temprano. | SI | NO |
| 4) | Siente que tiene poca energía para realizar las actividades diarias, o se siente demasiado cansado al hacerlas. | SI | NO |
| 5) | Siente que no es querido (a) por otras personas y que no es valioso (a) para nadie. | SI | NO |
| 6) | Se le dificulta la toma de decisiones o concentrarse en las actividades diarias. | SI | NO |
| 7) | Tiene sentimientos de desesperanza (ser negativo frente a casi todo). | SI | NO |

11.3 Cuestionario de conducta adaptativas (referencia).

EVALUACIÓN DE HABILIDADES ADAPTATIVAS

Responde de la siguiente forma

SI (cuando es repertorio adquirido)

NO (cuando no lo hace)

AV cuando solo lo hace a veces, pero aun no es repertorio)

1. **COMUNICACIÓN:** Incluye habilidades para comprender y expresar información a través de conductas simbólicas y no simbólicas:

- Comunicación oral o palabra hablada.
- Comunicación escrita.
- Comunicación gestual o simbólica.
- Compresión.

| | | |
|----|--|--|
| 1. | Realiza todas las instrucciones que se le dan. | |
| 2. | Comenta programas de T.V, radio, cine, que le interesen. | |
| 3. | Construye historias en forma oral. | |
| 4. | Construye historias en forma escrita. | |
| 5. | Identifica párrafos. | |
| 6. | Construye sus propios cuentos | |
| 7. | Aumenta su vocabulario. | |
| 8. | Reconoce personajes. Acciones, genero, número. | |

2. **CUIDADO PERSONAL:** Hace referencia al aseo, comida, higiene y apariencia.

| | | | | | |
|-----|---|--|-----|---|--|
| 1. | Utiliza adecuadamente los implementos para el baño. | | 2. | Selecciona el vestido adecuado. | |
| 3. | Se cepilla adecuadamente los dientes. | | 4. | Utiliza adecuadamente el pañuelo. La mayoría de niños no utilizan pañuelo | |
| 5. | Se lava las manos después del baño. | | 6. | Permanece limpio durante el día. | |
| 7. | Se comporta adecuadamente en la mesa. | | 8. | Tiene hábitos establecidos para las comidas. Es muy parecida a la pregunta 2 de salud y seguridad | |
| 9. | Mastica bien los alimentos. | | 10. | Utiliza adecuadamente los cubiertos. | |
| 11. | Utiliza el tiempo adecuado para comer. | | | | |

3. **VIDA EN EL HOGAR:** Habilidades relacionadas con el funcionamiento dentro del hogar, incluye:

- cuidado de la ropa.
- Tareas de hogar.
- Comidas.
- Presupuesto de compras.
- Seguridad en el hogar.

- Aplicación de habilidades.

| | | | | | |
|-----|--|--|-----|--|--|
| 1. | Lava la ropa sucia. | | 2. | Prepara alimentos complejos. | |
| 3. | Sigue un horario en el hogar con monitoreo del adulto. | | 4. | Lustra zapatos. | |
| 5. | Tiende la cama. | | 6. | Pega botones. | |
| 7. | Arregla la cocina. | | 8. | Ayuda en las tareas hogareñas. | |
| 9. | Evita situaciones de peligro en la cocina. | | 10. | Calienta comidas. | |
| 11. | Conoce el precio de algunos productos. | | 12. | Sabe ir al mercado. | |
| 13. | Paga una compra sin que lo engañen. Es muy parecida a la pregunta 8 de la utilización adecuada de la comunidad | | 14. | Hace una lista sencilla de mercado. | |
| 15. | Saca tiempo para sus tareas. | | 16. | Distribuye su horario para las diferentes actividades. | |
| 17. | Utiliza adecuadamente el agua. | | 18. | Utiliza adecuadamente la energía | |
| 19. | Tiene cuidado con las personas. | | 20. | Tiene cuidado con el gas, el fuego y con el uso de medicamentos. | |
| 21. | Hace buen uso de los implementos del hogar. | | 22. | Maneja las llaves de la casa. | |
| 23. | Emplea bien el teléfono. | | | | |

4. **HABILIDADES SOCIALES:** Relacionadas con intercambios sociales con otras personas, incluye:

- iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros.
- Reconoce sentimientos.
- Regular su propia conducta.
- Controlar sus impulsos.

- Hacer y mantener relaciones de amistad y amor.

| | | | | | |
|-----|---|--|-----|---|--|
| 1. | Responde al saludo. | | 2. | Sostiene conversaciones sobre la cotidianidad. | |
| 3. | Se comporta en público de manera socialmente aceptable. | | 4. | Cumple con normas de cortesía: por favor, gracias, permiso. | |
| 5. | Acepta los límites del adulto. | | 6. | Resuelve problemas y situaciones cotidianas. | |
| 7. | Participa de conversaciones en las comidas. | | 8. | Elige sus propios amigos. | |
| 9. | Juega cooperativamente. | | 10. | Acepta y reconoce errores. | |
| 11. | Respetar los pensamientos de otros. | | 12. | Respetar los reglamentos deportivos y recreativos. | |
| 13. | Controla impulsos y emociones. | | 14. | Realiza trabajos sin depender de otros. | |
| 15. | Acata de buenas maneras llamadas de atención. | | 16. | Termina las actividades que inicia. | |
| 17. | Valora el trabajo de otras. | | | | |

5. **UTILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD:** Habilidades relacionadas con la utilización adecuada de los servicios de la comunidad, incluye:

- transporte público.
- Compras.
- Utilización de lugares públicos.

| | | | | | |
|----|---|--|----|---------------------------------------|--|
| 1. | Cruza las calles sin supervisión y con supervisión. | | 2. | Entra solo a un negocio y compra. | |
| 3. | Se comporta adecuadamente en el bus. | | 4. | Respetar el turno en sitios públicos. | |

| | | | | | |
|-----|---|--|-----|--|--|
| 5.. | Conoce los diferentes sitios públicos. | | 6. | Compra y espera la devuelta. | |
| 7. | La familia involucra al niño en los diferentes eventos: culturales, deportivos, recreativos, etc. | | 8. | Maneja adecuadamente el dinero. Es muy parecida a la pregunta 13 del cuidado en el hogar e igual 1o de conceptos y repertorios matematicos | |
| 9. | Hace buen uso del semáforo. | | 10. | Mantiene motivación durante una actividad determinada. | |
| | | | 12 | Disfruta y demuestra interés en los lugares que visita. | |
| | | | 13. | Usa los teléfonos públicos. | |

6. **AUTODIRECCIÓN:** Habilidades relacionadas con:

- elegir.
- Aprender y seguir un horario.
- Buscar actividades adecuadas a la situación,
- Demostrar asertividad.
- Acabar las tareas.
- Buscar ayuda cuando lo necesite.
- Resolver problemas.
- Tomar decisiones.
- Tener responsabilidad.

| | | | | | |
|----|--|--|----|---|--|
| 1. | Identifica la hora de entrada y salida. | | 2. | Nombra en forma secuencial los días de la semana. | |
| 3. | Reconoce el timbre o la campana como señal de inicio de actividades. | | 4. | Pregunta cuando no entiende una orden. | |

| | | | | | |
|-----|--|--|-----|---|--|
| 5. | Realiza con orden lógico acciones. | | 6. | Manifiesta inconformidad cuando alguien lo agrede en forma verbal o física. | |
| 7. | Manifiesta conducta agresiva cuando lo interrumpen en sus actividades. | | 8. | Realiza actividades sin requerir supervisión de adultos. | |
| 9. | Autoevalúa su desempeño. | | 11. | Busca aprobación ante sus aciertos. | |
| 12. | Muestra interés ante una situación novedosa. | | | | |
| | | | | | |

7. **SALUD Y SEGURIDAD:** Habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud y la seguridad.

- alimentación.
- Reconocimiento de síntomas cuando está enfermo.
- Observancia de hábitos de independencia personal.
- Prevención de situaciones peligrosas.
- Comunicación de preferencias y necesidades.

| | | | | | |
|-----|---|--|-----|--|--|
| 1. | Diferencia elementos comestibles y no comestibles. | | 2. | Posee hábitos alimenticios. Es muy similar a la pregunta 8 de cuidado personal | |
| 3.. | Expresa sentimientos de dolor y ubica la zona correspondiente | | 4. | Reconocer objetos peligrosos. | |
| 7. | Mantiene buena postura sentado y parado | | 10 | Usa adecuadamente vías peatonales. | |
| 9. | Sabe donde obtener asistencia medica en caso de necesidad. | | 12. | Protege su cuerpo ante caídas. | |
| 11. | Evita el peligro. | | 14. | Distingue manifestaciones de afecto. | |
| 13. | Respeto y cumple las normas. | | 16. | Identifica el uso de elementos hogareños (drogas, insecticidas.) | |

| | | | | | |
|-----|--|--|-----|--|--|
| 15. | Pide ayuda en caso de necesidad. | | 18. | Reconoce las partes de su cuerpo y cambios evolutivos. | |
| 17. | Soluciona problemas de la vida diaria. | | | | |
| 19. | Lee visualmente signos de peligro. | | | | |

8. HABILIDADES ACADÉMICAS: Tiene que ver con habilidades cognitivas y habilidades relacionadas con aprendizajes escolares que tienen una aplicación directa en términos de vida independiente. Incluye.

- lecto – escritura.
- Conceptos básicos de matemáticas.
- Motricidad fina.
- Motricidad gruesa.

HABITOS.

- Seguir un horario.
- Permanecer sentado durante 30 segundos.
- Mantener la atención.
- Seguir instrucciones verbales.
- Pedir la palabra para intervenir.

CONCEPTOS Y REPERTORIOS DE LECTO – ESCRITURA.

| | | | | | |
|----|---|--|----|---|--|
| 1. | No repite letras en una palabra. | | 2. | Reconoce la escritura como una forma de comunicación. | |
| 3. | Le otorga significado a lo escrito. | | 4. | Sabe donde inicia un texto y donde termina. | |
| 5. | Escribe correctamente su nombre y apellido. | | 6. | Omite, sustituye, invierte letras al escribir. | |

| | | | | | |
|-----|---|--|-----|---|--|
| 7. | Lee y escribe pequeños párrafos. | | 8. | Escribe palabras al dictado. | |
| 9. | Separa adecuadamente las palabras en una frase. | | 10. | Redacta sencillas cartas familiares. | |
| 11. | Su letra es legible. | | 12. | Realiza una narración completa después de leído un texto. | |
| 13. | Recuerda ideas principales de una lectura. | | 14. | Es lento para comprender lo que escucha o lee. | |
| 15. | Omite, sustituye, inventa palabras al leer. | | 16. | Hace pequeñas construcciones literarias. | |
| 17. | Olvida fácilmente lo leído | | 18. | Puntuación y reglado de ortografía. | |
| 19. | Inventa cuentos, historietas y los escribe. | | 20. | Usa adecuadamente el diccionario. | |

CONCEPTOS Y REPERTORIO MATEMATICOS

| | | | | | |
|-----|--|--|-----|---|--|
| 1. | Reconoce números en el círculo de. | | 2. | Maneja conceptos de unidades, decenas, centenas, unidades de mil. | |
| 3. | Maneja los conceptos de suma, resta, y multiplicación. | | 4. | Maneja los conceptos de conjunto: lleno unitario, vacío. | |
| 5. | Realiza sumas llevando. | | 6. | Resuelve problemas de suma y resta. | |
| 7. | Realiza multiplicaciones. | | 8. | Realiza divisiones en forma concreta. | |
| 9. | Realiza restas con unidades pendientes. | | 10. | Maneja adecuadamente el dinero. Es igual a la pregunta 8 de utilización de la comunidad | |
| 11. | Realiza compras en la tienda sin ayuda. | | 12. | Resuelve ejercicios de cálculo mental. | |
| 13. | Descompone los números en unidades decenas, centenas, unidades de mil. | | 16. | Escribe números fraccionarios. | |
| 14. | Resuelve problemas combinados. | | 18. | Suma y resta fraccionarios. | |

| | | | | | |
|-----|--|--|-----|-----------------------------------|--|
| 15. | Resuelve problemas aplicando las cuatro operaciones básicas. | | 19. | Representa en letras los números. | |
| 17. | Escribe números en forma ascendente y descendente. | | | | |
| 20. | Reconoce números antes y después de. | | | | |

MOTRICIDAD FINA.

| | | | | | |
|-----|---|--|-----|---|--|
| 1. | Utiliza adecuadamente implementos. | | 2. | Hace bolitas con más plastilina. | |
| 4. | Arma rompecabezas de 1, 2 cortes horizontal y vertical. | | 5. | Hace figuras con masa. | |
| 6. | Ensarta cuentas. | | 7. | Rasga. | |
| 8. | Pica. | | 9. | Arruga. | |
| 10. | Pega. | | 11. | Colorea. | |
| 13. | Copia figuras simples. | | 12. | Imita trazos complejos. | |
| 15. | Recorta por una línea. | | 14. | Dobla papel. | |
| 17. | Punza respetando límites. | | 16. | Dibuja la figura humana. | |
| 19. | Recorta figuras simples. | | 18. | Retiñe figuras. | |
| 21. | Arma rompecabezas de 2 o más piezas. | | 20. | Calca figuras superpuestas. | |
| 23. | Distribuye espacios en una hoja. | | 22. | Posee freno inhibitorio. | |
| 26. | Realiza trazos en todas las direcciones. | | 25. | Recorta figuras de contornos complejos. | |

MOTRICIDAD GRUESA.

| | | | | | |
|----|--------------------------------|--|----|----------------------------------|--|
| 1. | Camina por una línea recta. | | 2. | Se para en puntillas. | |
| 3. | Patea una pelota. | | 4. | Conserva equilibrio postural. | |
| 5. | Camina y corre con equilibrio. | | 6. | Salta: adelante, atrás. | |
| 7. | Se equilibra en un pie. | | 8. | Sube y baja escaleras alternado. | |

| | | | | | |
|-----|---|--|-----|---|--|
| 9. | Se desplaza hacia los lados | | 10. | Da vueltas canela. | |
| 11. | trota | | 12. | Galopa. | |
| 13. | Salta en un pie. | | 14. | Se desplaza marchando. | |
| 15. | Salta en el puesto. | | 16. | Camina con balance recíproco de brazos. | |
| 17. | Maneja diferentes elementos deportivos. (balón, cuerdas, bastón). | | 18. | Lleva el ritmo. | |
| 19. | Camina sobre una barra de equilibrio. | | 20. | Tiene freno inhibitorio. | |
| 21. | Puede trepar. | | | | |

9. **OCIO Y TIEMPO LIBRE:** Hace referencia al desarrollo de intereses y entretenimiento que reflejan las preferencias, elecciones personales y adaptación a las normas relacionadas con la edad y la cultura.

| | | | | | |
|-----|---|--|-----|---|--|
| 1. | Elige actividades de su agrado. | | 2. | Perdura hasta 15 minutos en una actividad sin interrumpirla. | |
| 3. | Espera su turno. | | 5. | Utiliza para entretenimiento recursos que le ofrece el medio. | |
| 4. | Se interesa por entretener a los demás. | | 7. | Participa en juegos de mesa. | |
| 6. | Juega en equipo. | | 9. | Disfruta de programas de T.V. | |
| 8. | Se interesa por las fiestas. | | 11. | Tiene algún hobby. | |
| 10. | Pertenece a grupos. | | 13. | Se integra en actividades. | |
| 12. | Se integra en eventos sociales. | | 15. | Se entretiene. | |
| 14. | Escucha música. | | 16. | Pertenece a grupos organizados. (Culturales, deportivos). | |

10. **TRABAJO Y OCUPACIÓN:** Habilidades relacionadas con tener un trabajo de tiempo completo o parcial.

- habilidades laborales específicas.
- Manejo de dinero.
- Desplazamiento hacia el trabajo.
- Conducta social adecuada.
- Conocimiento y respeto de horarios.
- Finalización de tareas.

| | | | | | |
|-----|--|--|-----|--|--|
| 1. | Maneja destrezas manuales. | | 2. | Usa adecuadamente las herramientas de trabajo. | |
| 3. | Inicia y finaliza tareas. | | 5. | Realiza tareas que implica varias fases. | |
| 4. | Respeto el horario de trabajo. | | 7. | Trabaja lentamente y hay que llamarle la atención. | |
| 6. | Realiza tareas bajo constante supervisión. | | 10. | Realiza tareas con poca supervisión. | |
| 8. | Emprende por iniciativa tareas. | | 12. | No pierde tiempo. | |
| 9. | Realiza tareas en forma independiente. | | 14. | Pide ayuda cuando comete errores. | |
| 11. | Trabaja a velocidad corriente con poca llamada de atención. | | 16. | Requiere observaciones para ser puntual. | |
| 13. | Interrumpe la tarea cuando comete un error y no le busca solución. | | 19. | Cuida las herramientas por iniciativa propia. | |
| 15. | Corrige por si mismo los errores. | | 21. | Disfruta de su trabajo. | |
| 17. | Es puntual generalmente. | | 22. | Es organizado y aseado en el trabajo. | |
| 18. | Hay que recordarle el cuidado con las herramientas. | | | | |
| 20. | Le colabora a los compañeros en el trabajo. | | | | |
| 23. | Tiene expectativas ocupacionales. | | | | |

11.4 Consentimiento informado padres de familia.

Consentimiento informado

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Psicología

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación “FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO Y SU CORRELACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA CORPORACION CREAR UNIDOS DE ENVIGADO- ANTIOQUIA.”, que tiene como objetivo describir el funcionamiento adaptativo y la correlación con los síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual.

Su participación consistirá en responder los cuestionarios que permiten evaluar el desarrollo de habilidades adaptativas, el checklist para identificar los síntomas depresivos y la encuesta sociodemográfica, la evaluación estará a cargo del investigador y toda persona estará en capacidad para decidir su libre colaboración en el estudio, la información resultante de esta investigación será manejada confidencialmente por el investigador.

Su participación y colaboración en el proyecto será de gran ayuda. Muchas Gracias.

Nombre _____

Firma _____

Cedula _____

11.5 Consentimiento informado para la corporación Crear Unidos.

Consentimiento informado

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Psicología

Cordial saludo.

Soy estudiante de psicología de la Institución Universitaria de Envigado, con el presente documento se solicita el consentimiento de la corporación *Crear Unidos de Envigado- Antioquia* para desarrollar el proyecto de investigación titulado: “FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO Y SU CORRELACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”, dentro de la sede académica principal.

El objetivo es describir el funcionamiento adaptativo y su correlación con los síntomas depresivos en personas con discapacidad intelectual. Su colaboración permitirá a este estudio abordar una problemática que ha sido poco investigada en el contexto colombiano y poder aportar sugerencias para el tratamiento adecuado de la depresión en personas con discapacidad intelectual.

La aplicación de los instrumentos será llevada a cabo por el investigador, toda persona estará en capacidad para decidir su libre colaboración en el estudio, la información resultante de esta investigación será manejada confidencialmente por el investigador y se brindará una copia del artículo con los resultados encontrados. Su colaboración en el proyecto será de gran ayuda.

Muchas Gracias

Firma _____ Cargo _____

Cedula _____

11.6 Ficha técnica del instrumento EHA (evaluación de habilidades adaptativas).

| Nombre de la prueba | <u>Evaluación de habilidades Adaptativas EHA</u> |
|------------------------------------|--|
| Autores | Unidad de Atención Integral, Rionegro, Antioquia |
| Publicación original | De acceso libre |
| Número de ítems | 10 |
| Aplicación | Individual (padres, profesores y tutores) |
| Edad de aplicación | 5 años en adelante |
| Duración de la prueba | 30 minutos |
| Objetivo | Evaluar las habilidades adaptativas de comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas, ocio y tiempo libre, finalmente trabajo y ocupación, en personas con discapacidad cognitiva. |
| Descripción | Es una prueba de reporte de habilidades adaptativas en personas con discapacidad intelectual. Fue diseñado por el equipo de profesionales de la Unidad de Atención Integral (UAI) de Rionegro, Antioquia para medir el nivel adaptabilidad de esta población. Fue desarrollado para ser usado a nivel clínico en personas con discapacidad intelectual. La selección de ítems se realizó a partir del análisis clínico y el juicio de expertos. |
| Evaluación e interpretación | Se suman las respuestas de cada ítem. Una baja puntuación indica un déficit en habilidades adaptativas en el sujeto evaluado. Puntuaciones altas indican que el sujeto ha logrado desarrollar la habilidad evaluada. |