



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Máster en Psicopedagogía

Trabajo de Fin de Máster

**Propuesta de intervención basada en Mindfulness en estudiantes de
Formación Profesional Básica con Discapacidad Intelectual para la
mejora de la atención sostenida**

Presentado por

Alberto Ordóñez Ruiz

Director

José Antonio Fernández García

Valladolid, Junio de 2018

Agradecimientos

Quisiera agradecer a todas las personas que han colaborado y apoyado en este trabajo, haciendo una realidad la realización de este Trabajo Final de Máster (TFM).

En primer lugar a mi familia por su apoyo incondicional durante toda una vida y de forma especial estos meses.

A mi tutor por su orientación y ayuda para seguir avanzando. La elaboración de este trabajo no estuvo exenta de algunas dificultades pero recibí el apoyo y confianza para solventarlas.

A mis compañeros, aportando su ayuda a lo largo del curso y, de forma más especial, a aquellos que nos hemos ayudado y apoyado tanto en la realización del TFM como a lo largo del Máster.

RESUMEN

En este trabajo se pretende realizar una propuesta de intervención para comprobar la influencia de un programa de mindfulness derivado del programa *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn, 1979) para la mejora de la atención, con una muestra de 10 alumnos de entre 19 y 23 años con Discapacidad Intelectual (estudiantes de Formación Profesional Básica). Dicha intervención se ha planificado para un total de 7 sesiones, a razón de 2 semanales (30 minutos cada una). La propuesta cuenta con una adaptación de la Escala de Atención Plena (León, Martín, Otero, Castaño, Felipe y García, 2009) y escalas de observación de la atención ad hoc para determinar el grado de atención mostrado.

ABSTRACT

This work aims to conduct an intervention proposal to test the influence of a mindfulness programme derived from *Mindfulness Based Stress Reduction programme* (MBSR; Kabat-Zinn, 1979) for the improvement of the attention, with a sample of 10 students from 19 to 23 years old diagnosed with Intellectual Disability (Basic Vocational Training). This intervention has been planned for 7 sessions, 2 per week (30 minutes each). The proposal counts on an adaptation of the Mindfulness Scale (León, Martín, Otero, Castaño, Felipe y García, 2009) and ad hoc attention scales to determine the level of attention showed.

PALABRAS CLAVE

Discapacidad Intelectual, Educación Especial, Formación Profesional, Mindfulness, Atención, Atención Plena, Estudiantes

KEY WORDS

Intellectual Disability, Special Education, Basic Vocational Training, Mindfulness, Attention, Students

INDICE

PARTE 1: MARCO TEÓRICO	1
1. Introducción/ Planteamiento del problema	1
2. Información general sobre Discapacidad Intelectual	2
2.1. Definición.....	2
2.2 Tipos de Discapacidad Intelectual.....	6
2.3. Comorbilidad	10
2.4. Tratamiento.....	12
2.5. Marco legislativo.....	14
3. Mindfulness	18
3.1. Definición de mindfulness	18
3.1.1. La atención como componente de mindfulness	18
3.2. Autores destacables	22
3.2.1. Programa MBSR.....	23
3.3. Beneficios del Mindfulness.....	25
3.4. Estudios sobre la aplicación de mindfulness	26
3.4.1. Estudios en personas con Discapacidad Intelectual.....	26
3.4.2. Estudios sobre la atención con Mindfulness	28
3.4.3. Estudios en el ámbito escolar con mindfulness	30
3.5. Instrumentos de evaluación del mindfulness	31
PARTE 2: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	34
4.1. Objetivos	34
4.2. Metodología	34
4.3. Secuenciación y temporalización	34
4.4. Desarrollo de las actividades.....	35
PARTE 3: MARCO EMPÍRICO	41
5. Objetivos	41
5.1. Objetivo general.....	41
5.2. Objetivos específicos.....	41
6. Hipótesis de investigación	41
7. Método	42

7.1. Participantes.....	42
7.2. Procedimiento	43
7.2.1. Planificación	43
7.2.2. Ejecución.....	43
7.2.3. Evaluación	44
8. Instrumentos de recogida de datos	44
9. Análisis de Datos.....	45
10. Resultados.....	46
Parte 4: Discusión y conclusiones.....	46
11. Discusión de los resultados y conclusiones, limitaciones, futuras líneas de investigación y aportaciones.....	46
11.1. Discusión de resultados.....	46
11.2. Limitaciones del estudio	47
11.3. Futuras líneas de investigación	47
11.4. Aportaciones de la propuesta.....	48
12. Conclusiones finales del trabajo	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
APÉNDICES.....	57
APÉNDICE 1: Comunicado para el permiso de realización de la investigación en el centro	57
APÉNDICE 2: Cuestionario demográfico (ad hoc).....	58
APÉNDICE 3: Escala de Atención plena adaptada	59
APÉNDICE 4: Escala atención (ad hoc).....	61
APÉNDICE 5: Presentación de PowerPoint	63
ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1: Programa de mindfulness (Kabat-Zinn, 1990)	24
Tabla 2: Cronograma de actividades	35

PARTE 1: MARCO TEÓRICO

1. Introducción/ Planteamiento del problema

Las personas con Discapacidad Intelectual (DI) se enfrentan con frecuencia a distintos retos como son las dificultades en la comunicación que limita su expresión y dar a conocer sus necesidades y preferencias. Otros problemas añadidos son la agresión directa a otros o a ellos mismos o comportamientos estereotipados. Este colectivo me resulta de importancia dado que mi centro de prácticas estaba destinado a personas con características definidas por su discapacidad. Considero de especial relevancia posibilitar que sean capaces de entender su propio mundo interior como un elemento que fomenta el bienestar y la vida con sentido y atención plena.

Para dichos objetivos es necesario un enfoque que sea una alternativa apropiada y novedosa para los destinatarios de esta intervención, es decir, estudiantes de Formación Profesional Básica (FPB) que se enfrentan diariamente a situaciones que dificultan su atención en el presente y obtener un sentimiento de bienestar psicológico mayor. Una técnica destacable puede ser mindfulness, la cual se define como prestar atención de una forma determinada con el propósito de centrarse en el momento presente y sin enjuiciamiento (Kabat-Zinn, 1994). Puesto que la práctica de mindfulness ayuda sustancialmente a una mejora a distintos niveles, resulta interesante verificar el impacto de dicha técnica a lo largo de varias sesiones encaminadas al trato específico de la atención y, de forma general, a elevar sus niveles de bienestar. Entre sus múltiples aplicaciones cabe destacar su importancia en aliviar estrés y ansiedad, gestionar dolor crónico, ira, reducción de consumo de sustancias, mejorar la atención y el bienestar psicológico.

Varios son los estudios realizados en los últimos 15 años que se focalizan en la aplicación de mindfulness en estos colectivos para la mejora de su bienestar y, principalmente, para mejorar su regulación emocional y reducir conductas agresivas (Singh, Wahler, Adkins y Myers, 2003; 2007; 2011). En dichas investigaciones los resultados mostraron la eficacia de esta técnica en individuos con distinta DI en las variables antes mencionadas. Sin embargo, la atención no aparece reflejada como un aspecto prioritario en la literatura revisada y, fruto de ello, resulta de gran interés conocer cómo influye la técnica de mindfulness para la mejora de la atención en este colectivo de estudiantes con DI leve y moderada.

En el presente documento se especificará en su parte primera qué es la DI y qué características posee, así como otros aspectos de evolución histórica, tratamiento y comorbilidad. También se

tratará en qué se fundamenta el mindfulness y cómo puede ayudar a la mejora del bienestar y de la atención, estableciendo así los orígenes de la técnica, autores relevantes y su punto de aplicabilidad en investigaciones previas con este colectivo, atendiendo también al componente de atención. En la parte segunda, se concretará la propuesta de intervención basada en mindfulness para este colectivo, mencionando aspectos como objetivos, metodología, temporalización y desarrollo de las actividades. En la parte empírica se concretarán las características de los estudiantes, objetivos de la investigación, hipótesis, diseño de la investigación, metodología, instrumentos de recogida de datos utilizados, aunque con ausencia de resultados y conclusiones del estudio, siendo este apartado la última parte. Finalmente, se recogerán la bibliografía utilizada y los anexos.

2. Información general sobre Discapacidad Intelectual

2.1. Definición

El concepto de DI ha sufrido diversos cambios a nivel conceptual a lo largo de la historia, respondiendo así al enfoque de cada contexto. Dadas estas modificaciones, a continuación se realiza un recorrido histórico sobre los enfoques más significativos, es decir, médico, psicométrico, conductista, cognitivo y multimodal, con el objetivo de entender el significado del término actual y sus precedentes.

El **Enfoque Médico** (s.XIX) consideraba a la persona con Deficiencia Mental como un ser enfermo ya que manifestaba síntomas patológicos que causaban déficits totalmente irreversibles. Sin embargo, este individuo podía aportar a la sociedad bajo la condición de ser rehabilitado y lograr un parecido a los demás (Ripollés, 2008, p. 67). Así pues, en este modelo se necesita de tratamiento clínico individual con el fin de lograr la cura, una mejora o un cambio, prestando la atención en las consecuencias de la enfermedad. El modelo médico formó parte de la Clasificación Internacional de deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableciendo una diferencia entre dichos conceptos:

La deficiencia (*impairment*), se refiere a toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones. Ejemplos de estas deficiencias son la sordera, la ceguera o la parálisis; en el ámbito mental, el retraso mental y la esquizofrenia crónica, entre otras.

Discapacidad (*disability*), se define como la restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resulta de una deficiencia. Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona; algunos ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente; para moverse o subir las escaleras.

Minusvalía (*handicap*), hace referencia a una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, del género, factores sociales y lo culturales). El término es también una clasificación de las circunstancias en las que es probable que se encuentren las personas discapacitadas. La minusvalía describe la situación social y económica de las personas deficientes o discapacitadas, desventajosa en comparación con la de otras personas. Esta situación de desventaja surge de la interacción de la persona con entornos y culturas específicos” (Organización Mundial de la Salud, 1981).

A inicios de siglo XX, Binet y Simon crearon el primer test de inteligencia de índole científico, impulsándose el **Enfoque Psicométrico**, cuyo objetivo pretendía determinar el Cociente Intelectual (CI) de los individuos. Esta cifra era el resultado de la división de la edad mental entre la edad cronológica, multiplicado por 100. Dicha escala determina que el individuo presenta DI por debajo de los 70 puntos. Posteriormente, en la segunda mitad de siglo XX aparece el **Enfoque Evolutivo**, manteniendo una visión dinámica del desarrollo y posicionando a la inteligencia un lugar secundario. Además, el concepto de deficiencia es sustituido por el de Necesidad Educativa Especial (NEE). Dado que estos modelos no proporcionaron técnicas para su tratamiento, surge el **Enfoque Conductista** desde un punto de vista crítico, desplazando el concepto de Deficiencia Mental al de conducta retrasada. Dicha conducta es susceptible de un análisis funcional que atendía a los estímulos y los modificaba con el fin de generar un cambio conductual.

El **Enfoque Cognitivo** de Piaget y Vygotsky entiende que el comportamiento de un individuo depende de variables ambientales y también de procesos internos de procesamiento de la información. Por tanto, el sujeto asume un rol activo en su comportamiento al ser quien elabora e integra dicha información según sus conocimientos previos. Por otro lado, el **Modelo Social**

entiende la discapacidad como un resultado de las relaciones sociales, destacando la relevancia de los aspectos externos y la dimensión social en cuanto a la definición de la discapacidad y su propio tratamiento. El aspecto positivo de este modelo es la gran influencia a la hora de crear políticas en contra de la discriminación de este colectivo (Seoane, 2011).

Fruto de la integración de los modelos médico y social se origina el **modelo biopsicosocial**, el cual integra los enfoques médico y social y tiene especial importancia en el apartado normativo y social al concretar el campo de acción de cada enfoque, es decir, aspectos científicos por parte del médico y reconocimiento de la igualdad de oportunidades en el social. Posteriormente, se conforma el **Modelo de Enfoques de derechos** con la promulgación de la Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, en el cual la persona con discapacidad es sujeto de derechos y obligaciones y, por tanto, el tratamiento referido a las oportunidades, sociales, laborales, políticas y económicas deben ser igualitarias.

Actualmente el enfoque predominante es el **multimodal**, el cual entiende la interacción entre un individuo con discapacidad y su propio entorno. Por ello, la Asociación de Psiquiatría Americana (AAMR, 1992) publicó en DSM 4 una definición del concepto de Retraso Mental definida como:

Limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.

El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad. (Luckasson et al., 1992, p. 1)

Esta definición de Retraso Mental resultó un cambio significativo en comparación con los modelos que se estaban utilizando, ya que pasó de ser un concepto médico y reduccionista que se basaba en la interacción con su contexto a la necesidad de aplicación de apoyos personalizados con el fin de mejorar el funcionamiento humano (Schalock et al., 2007). En conclusión, la discapacidad deja de referirse a un rasgo de la persona fijo y desde una perspectiva negativa, es decir, tratando al concepto como déficit o carencia, a entenderse como

un fenómeno del ser humano cuyo origen se localiza en factores sociales y en otros de tipo orgánico.

Posteriormente, la décima edición de la Asociación Americana para el Retraso Mental (AAMR) realizó una revisión del concepto anterior en la que se conservaron características clave como el concepto de “Retraso Mental”, el cual se enfatizaba en la orientación funcional y énfasis en los distintos apoyos. Por otro lado, realizaron cambios importantes como la incorporación de una nueva dimensión (“participación, interacción y roles sociales”) y determinaron avances en la planificación de los apoyos gracias a la incorporación de investigaciones durante los últimos años. Propusieron mayor precisión a la hora de medir la inteligencia y la propia conducta adaptativa, permitiendo así un constructo distinto de esta variable y eliminando las diez habilidades adaptativas de la definición del año 1992 concretadas en conceptuales, sociales y prácticas. Se define DI como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años” (Luckasson et al., 2002, p.32).

En la versión undécima, AAMR pasa a denominarse la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD). Mantuvieron la definición del año 2002 pero llevaron a cabo diversos cambios. La DI debe entenderse desde un enfoque que destaque la persona y se elimina de forma permanente el término de Retraso Mental por el de Discapacidad Intelectual. Retraso Mental consideraba la discapacidad como un defecto interior del individuo mientras que con el término discapacidad se considera el ajuste de capacidades de las personas y el contexto en el cual se desarrolla y funciona. Además el Retraso Mental se refiere a una condición de la persona de carácter interno mientras que discapacidad lo refiere a un estado de funcionamiento, no a una condición. Este cambio de concepto tiene una gran relevancia sobre la forma en que las personas reaccionan ante este colectivo, ya que implica comprender la discapacidad desde un punto de vista ecológico y multidimensional. Requiere que la sociedad de respuesta con intervenciones basadas en las fortalezas individuales y que hacen énfasis en el rol de los apoyos con el fin de mejorar el funcionamiento humano.

Según AAIDD, DI es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, que comprende muchas habilidades sociales y prácticas diarias. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años de edad. Para

dicha definición se tiene en cuenta cinco factores para establecer de forma precisa su significado (Luckasson et al., 2002):

- Las limitaciones en el funcionamiento deben tenerse en cuenta apoyándose y comparando con personas de edad y cultura equivalente.
- Una evaluación correcta debe tener en cuenta la diversidad lingüística y cultural, así como las diferencias en factores comunicativos, sensoriales, motores o conductuales.
- En cualquier sujeto las limitaciones coexisten con capacidades o puntos fuertes.
- Un objetivo de la descripción de las limitaciones es el desarrollo de un perfil de apoyos individualizados.
- Con dichos apoyos durante un periodo continuo, la calidad de vida del sujeto con DI mejora.

En el 2013 se produce un cambio significativo en el concepto, al dotar de un carácter renovado a su contenido que incluye las NEE. Así pues el DSM-5 entiende la DI como un trastorno que tiene su comienzo durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo en dominios conceptual, social y práctico. Tiene una prevalencia en la población del 1 %, variando las tasas según la edad. Por su parte, la prevalencia de DI grave es de aproximadamente del 6 por 1000.

2.2 Tipos de Discapacidad Intelectual

Siguiendo el mismo manual mencionado en el párrafo anterior, la DI se categoriza en función de su Cociente Intelectual (CI), teniendo en cuenta las características propias de los dominios conceptual, social y práctico (DSM-5, 2013):

Leve

i) Dominio conceptual:

- En los niños de edad preescolar puede no haber diferencias conceptuales manifestadas.
- En los niños en edad escolar y en los adultos, existen dificultades en el aprendizaje de las aptitudes académicas relativas a la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero, y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas relacionadas con la edad.
- En los adultos existe alteración del pensamiento abstracto, de la función ejecutiva (planificación, definición de estrategias, la determinación de prioridades y la

flexibilidad cognitiva) y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas como leer.

ii) Dominio social:

- El individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales.
- Puede haber dificultad para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales.
- La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado para la edad.
- Dificultad para regular la emoción y el comportamiento de forma apropiada para la edad. Comprensión limitada del riesgo en las situaciones sociales.
- El juicio social es inmaduro para la edad.
- La persona corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).

iii) Dominio práctico:

- El individuo puede funcionar de forma apropiada para la edad en el cuidado personal.
- Necesita cierta ayuda con las tareas complejas de la vida cotidiana.
- Los adultos necesitan ayuda en la compra, el transporte, la organización doméstica y el cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y la gestión bancaria y del dinero.
- Necesita ayuda respecto al juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio.
- La persona necesita ayuda para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud y sobre temas legales.

Moderado

i) Dominio conceptual:

- En los preescolares el lenguaje y las habilidades pre académicas se desarrollan lentamente.
- En los niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas, la comprensión del tiempo y el dinero, se produce lentamente y está completamente reducido en comparación con sus iguales.
- En los adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas está en un nivel elemental, y se necesita ayuda para todas las habilidades académicas, en el trabajo y en la vida personal.
- Necesita ayuda a diario para completar tareas de la vida cotidiana.

- Otras personas podrían tener que encargarse de la totalidad de las responsabilidades de la persona.

ii) Dominio social:

- El lenguaje hablado es mucho menos complejo que el de sus iguales.
- La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y a los amigos.
- No puede interpretar con precisión las señales sociales.
- El juicio social y la capacidad para tomar decisiones están limitados.
- La amistad con frecuencia está afectada por limitaciones de la comunicación o sociales.
- Para tener éxito en el trabajo es necesaria una ayuda social y comunicativa importante.

iii) Dominio práctico:

- La persona puede responsabilizarse de sus necesidades personales, pero necesita un largo periodo de aprendizaje y tiempo para que sea autónomo.
- Necesita normalmente ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un periodo de tiempo largo.
- Comportamiento inadaptado que causa problemas sociales (minoría).

Grave

i) Dominio conceptual:

- Las habilidades conceptuales están reducidas.
- El individuo tiene generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero.
- Los cuidadores proporcionan un grado notable de ayuda para la resolución de problemas durante toda la vida.

ii) Dominio social:

- El lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática.
- El habla puede consistir en palabras sueltas o frases y se puede complementar con medidas de aumento.
- El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora de acontecimientos cotidianos.
- El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación.
- Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual.

- La relación con los miembros de la familia y otros parientes son fuente de placer y de ayuda.

iii) Dominio práctico:

- El individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana, como comer, vestirse, bañarse y las funciones excretoras.
- El individuo necesita supervisión constante.
- El individuo no puede tomar decisiones responsables en cuanto al bienestar propio o de otras personas.
- En la vida adulta, la participación en tareas domésticas, de ocio y de trabajo necesita apoyo y ayuda constante.
- La adquisición de habilidades en todos los dominios implica un aprendizaje a largo plazo y ayuda constante.
- En una minoría importante, existe comportamiento inadaptado que incluye autolesiones.

Profundo

i) Dominio conceptual:

- Las habilidades conceptuales implican generalmente el mundo físico más que procesos simbólicos.
- El individuo puede utilizar objetos dirigidos a un objetivo para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio.
- Se pueden haber adquirido algunas habilidades visuoespaciales, como la concordancia y la clasificación basada en características físicas.
- Sin embargo, la existencia concurrente de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir un uso funcional de los objetos.

ii) Dominio social:

- El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad.
- El individuo puede comprender algunas instrucciones o gestos sencillos.

- El individuo expresa su propio deseo y sus emociones principalmente mediante comunicación no verbal y no simbólica.
- El individuo expresa su propio deseo y sus emociones principalmente mediante comunicación no verbal y no simbólica.
- El individuo disfruta de la relación con miembros bien conocidos de la de la familia, cuidadores y otros parientes, y da inicio y responde a interacciones sociales a través de señales gestares y emocionales.
- La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.

iii) Dominio practico:

- El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque también puede participar en algunas de estas actividades.
- Los individuos sin alteraciones físicas graves pueden ayudar en algunas de las tareas de la vida cotidiana en el hogar, como llevar los platos a la mesa.
- Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con alto nivel de ayuda continua.
- Las actividades recreativas pueden implicar, por ejemplo, disfrutar escuchando música, viendo películas, saliendo a pasear o participando en actividades acuáticas, todo ello con la ayuda de otros.
- La existencia concurrente de alteraciones físicas y sensoriales es un impedimento frecuente para la participación (más allá de la observación) en actividades domésticas, recreativas y vocacionales.
- En una minoría importante, existe comportamiento inadaptado.

2.3. Comorbilidad

Según el DSM-5 (APA, 2013) es frecuente que, junto la DI, aparezcan afecciones mentales, del neurodesarrollo, físicas, médicas, produciéndose algunas afecciones con frecuencias de entre 3 y 4 veces superiores que las de la población general. Así pues, los trastornos mentales y del neurodesarrollo que se presentan con mayor frecuencia son:

- Trastornos de Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH)

Comprende los patrones de conductas continuas de desatención, hiperactividad e impulsividad, considerando la presencia de este trastorno cuando estas conductas son más frecuentes e intensas de lo habitual según la edad y el desarrollo del niño (Amador, Forns, y González, 2014). El DSM-5 (APA, 2013) entiende que este trastorno está presente cuando estas conductas tienen una mayor frecuencia e intensidad de lo habitual en las personas de la misma edad y mismo nivel de desarrollo.

- Trastornos depresivo y bipolar

Estos trastornos están incluidos en el grupo referido al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (APA, 2013).

- Trastornos de la ansiedad

Según el DSM-5 (APA, 2013), los niños y adolescentes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) tienden a preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando no son evaluados por otros. Otros temas de preocupación son la puntualidad y acontecimientos catastróficos como los terremotos y la guerra nuclear. Los niños con TAG pueden mostrarse conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos debido a una insatisfacción excesiva con un desempeño que no es perfecto. Buscan en demasía la aprobación y requieren ser tranquilizados en exceso respecto a su desempeño y otras preocupaciones. Sin embargo, estas características aparecen también en la vida adulta.

- Trastorno del Espectro Autista (TEA)

“Es una condición neurológica y de desarrollo que comienza en la niñez y dura toda la vida. Afecta cómo una persona se comporta, interactúa con otros, se comunica y aprende”¹. Se

¹ <https://medlineplus.gov/spanish/autismspectrumdisorder.html>

caracteriza, por tanto, por las dificultades en la comunicación social y los comportamientos e intereses estereotipados y restringidos.

- Trastorno de movimientos estereotipados

Son síndromes neurológicos en los que puede existir un exceso o enlentecimiento de movimientos automáticos o voluntarios sin relación con debilidad o espasticidad (Orjuela, Barrios y Gallego, 2017).

- Trastorno del control de los impulsos

Este trastorno se refiere a las afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Esta falta de control conlleva “conductas que violan los derechos de los demás (p. ej., agresión, destrucción de la propiedad) o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad” (APA 2013).

- Trastorno neurocognitivo mayor

Es una enfermedad que afecta a las funciones cerebrales superiores debido a un daño neuronal. Como resultado, se produce una afectación de la autonomía del individuo en sus actividades cotidianas. De forma general afecta a personas mayores con una edad superior a los 60 años y con mayor intensidad de la esperada por el envejecimiento normal (APA, 2013).

2.4. Tratamiento

Un aspecto totalmente esencial es realizar un abordaje interdisciplinar. Actualmente el tratamiento de la DI comprende distintas tipologías de intervenciones de carácter médico, psicológico, educativo y social que, combinadas entre sí, otorgan una respuesta más eficaz a estas personas (Caraveo, et al., 2011).

- **Intervención médica**

Se fundamentan en estudios de la función auditiva, visual o metabólica. Dado que la tipología de la DI puede ser específica, como en casos de Síndrome de Down o Prader-Willi, existen guías referidas para síndromes concretos con el fin de orientar una intervención apropiada. Sin embargo, tienen de 3 a 4 veces mayor riesgo de presentar psicopatologías y otros problemas.

- **Intervención farmacológica**

La presencia de medicación per sé no cura la DI pero resulta un apoyo apropiado y, especialmente, si se combina con técnicas psicológicas. Estos fármacos son recomendables en la etapa de niñez y adolescencia para el tratamiento de la agresión y la irritabilidad, hiperactividad y otros. Ejemplos de estos son metilfenidato, atomoxetina (control de déficit de atención e hiperactividad) o el ácido valproico (estabilizador del ánimo), mientras que otros síntomas son tratados desde un enfoque conductual a través de la promoción de hábitos y reducción de reforzadores negativos. En caso de que estos enfoques no diesen resultado, se puede recurrir a melatonina o serotonina (tratamiento de depresión y ansiedad).

- **Intervención psicosocial**

Pretende aceptar la condición y las dificultades que aparecen a la DI en aspectos intelectuales y adaptativos. Por tanto, el objetivo está dirigido a una comunicación efectiva, habilidades de la vida cotidiana y socialización. En la edad adulta, el usuario con DI necesita de programas y apoyo en el uso de redes sociales y de comunidad que le posibiliten tener una vida estable e independiente de forma eventual.

- **Intervención psicológica**

Usa frecuentemente técnicas de modificación de conducta, terapia de apoyo y otras intervenciones que favorecen la comunicación y el lenguaje, aunque también terapias familiares en las que se dan pautas a los miembros de este entorno (Guía Práctica de DI, 2012). Los estudios se han enfocado en mayor medida en las intervenciones basadas en el modelo de análisis conductual aplicado, incluyendo entrenamiento en otros aspectos como la comunicación funcional, reforzamiento no contingente y la extinción. (Grey y Hastings, 2005). Por otro lado, la literatura científica es escasa en cuanto a intervenciones basadas en técnicas cognitivo conductuales, a pesar de que este colectivo puede beneficiarse e involucrarse con este tipo de intervención en casos de problemas emocionales (depresión, ansiedad, ira o estrés) (Taylor y Willner, 2008).

Este tipo de tratamiento es recomendable si el objetivo a perseguir está orientado a la adaptación funcional en la comunidad, haciendo énfasis en el bienestar emocional, la sensación de paz y la calidad de vida (Henepola, 2012; Ramos et. al, 2013) y no a la consecución de logros educativos específicos.

2.5. Marco legislativo

En este apartado se exponen aspectos de importancia que se refieren al alumnado con NEE recogidos en varios documentos oficiales como son la Constitución Española, la Convención internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con Discapacidad o varias leyes educativas.

En el título I de la **Constitución española** de 1978 se establece que “todos tienen el derecho a la educación. Se reconoce la libertad de enseñanza” (art.27), teniendo como objeto “el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales”. La educación permite, por tanto, que cada individuo tome un papel en la sociedad y que adopte su visión propia de la realidad. Por otro lado, destaca la el carácter de realización de una política de previsión, tratamiento e integración de las personas con discapacidad por parte de los poderes públicos, prestando la atención especializada que necesiten y las ampararan para el gozo de los derechos (art.49).

Mención más directa se realiza en la **Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, del 13/12/2006, ratificada por España el 30/03/2007 y publicada en el BOE N°96 de fecha 31/04/2008, ha proclamado los derechos generales y especiales de las Personas con Discapacidad, entre los que cabe destacar los siguientes aspectos:

- Art 1. Las personas con Discapacidad (PCD) son personas que tienen deficiencias físicas, intelectuales o sensoriales a lo largo del tiempo. La Convención pretende que estas personas puedan disfrutar de sus Derechos Humanos y todas las Libertades, siendo también respetados por todos como cualquier otra persona.
- Art 8. Los países se comprometen a fomentar el respeto de los derechos de las PCD y a luchar contra los prejuicios relacionados con la discapacidad.
- Art. 16. La Convención exige a cada país que las PCD no sean explotados ni sufran abusos o algún tipo de violencia.
- Art. 19. Las PCD tienen el derecho a vivir de forma independiente y a participar de forma inclusiva en la vida comunitaria.
- Art. 21. Todas las PCD tienen el derecho de expresar sus opiniones libremente, a comunicarse y a recibir información de manera accesible.
- Art. 24. Todas las PCD tienen el derecho de recibir una educación en igualdad de oportunidades que el resto, en cada uno de los niveles y durante la vida de la persona.

- Art. 25. Todas las PCD tienen el derecho de disfrutar de la salud y los países exigirán a dichos profesionales que presten atención a todas las personas.
- Art. 26. Los países garantizarán que estas personas puedan obtener y mantener la mayor independencia posible y que puedan participar en todos los aspectos de la vida.
- Art. 27. Las PCD tienen el derecho a trabajar y a ganarse la vida con el trabajo elegido. Por tanto, se prohíbe la discriminación por aspectos relacionados con la discapacidad en el empleo.
- Art. 30. Los países reconocen el derecho que estas personas poseen a participar en la vida cultural, actividades recreativas, de ocio y deporte al igual que las demás personas.

Por su parte la **Ley Orgánica de Educación** (LOE, 2006), se refiere al objetivo de conseguir una educación de calidad, donde todo el alumnado tenga las mismas oportunidades, respondiendo a sus necesidades. Se quiere conseguir que “todos los ciudadanos alcancen el máximo desarrollo posible de todas sus capacidades, individuales y sociales, intelectuales, culturales y emocionales”.

La Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE, 2013) establece varios aspectos relativos a la evaluación y promoción, así como a la responsabilidad de las Administraciones Educativas:

- En el artículo 27, relativo a la evaluación y promoción del alumnado, se busca que
 - con la finalidad de facilitar que todos los alumnos y alumnas logren los objetivos y alcancen el adecuado grado de adquisición de las competencias correspondientes, las Administraciones educativas establecerán medidas de refuerzo educativo, con especial atención a las necesidades específicas de apoyo educativo.
- En el artículo 71 (apartado 2), se concreta que las Administraciones educativas son las responsables de asegurar los recursos para que el alumnado que requiera necesidades educativas especiales, dificultades de aprendizaje, TDAH, altas capacidades y otras condiciones de acceso, puedan lograr el máximo desarrollo de sus capacidades personales y los objetivos propuestos de carácter general. Por ello, todo alumno que asista a un centro y tenga alguna necesidad, será atendido en su proceso de enseñanza-aprendizaje, partiendo de los mismos derechos que el resto de alumnos.
- Esta ley tiene como uno de sus principios fundamentales el de equidad

que garantice la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la educación, la inclusión educativa, la igualdad de derechos y oportunidades que ayuden a superar cualquier discriminación y la accesibilidad universal a la educación, y que actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que se deriven de cualquier tipo de discapacidad.

R.D 26/2016 de 21 de julio, por el que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León, determina los siguientes aspectos sobre la diversidad:

- En la sección segunda se especifica la definición de atención a la diversidad, siendo esta “el conjunto de actuaciones y medidas educativas que garantizan la mejor respuesta educativa a las necesidades y diferencias de todos y cada uno de los alumnos en un entorno inclusivo, ofreciendo oportunidades reales de aprendizaje en contextos educativos ordinarios.”
- En el artículo 23, se especifican los Principios generales de actuación para la atención a la diversidad, entre los cuales cabe destacar:
 - a) La consideración y el respeto a la diferencia y la aceptación de todas las personas como parte de la diversidad y la condición humana.
 - b) El respeto a la evolución y desarrollo de las facultades del alumnado con capacidades diversas.
 - c) La personalización e individualización de la enseñanza con un enfoque inclusivo, dando respuesta a las necesidades educativas del alumnado, ya sean de forma personal, intelectual, social, emocional o de cualquier otra índole, que permitan el máximo desarrollo personal y académico.
 - d) La equidad y excelencia como garantes de la calidad educativa e igualdad de oportunidades, ya que esta solo se consigue en la medida en que todo el alumnado aprende el máximo posible y desarrolla todas sus potencialidades.
 - e) La detección e identificación temprana de las necesidades educativas del alumnado que permitan adoptar las medidas educativas más adecuadas para garantizar su éxito educativo.

f) La igualdad de oportunidades en el acceso, la permanencia y la promoción en la etapa.

3. Mindfulness

3.1. Definición de mindfulness

La palabra “mindfulness” es la traducción de la palabra sati (de la lengua Pali), que puede ser entendida como una mera observación u observación directa (Didonna, 2009). Procede de la lengua budista, siendo utilizada en la literatura de estos textos en los cuales se ilustra la naturaleza del término antes mencionado sati mindfulness, a pesar de traducirse como “conciencia plena”, podría traducirse como “atención plena”. Esta variedad de significado queda patente en la propia definición que los autores atribuyen a este concepto. Así pues, Hanh (1976) conceptualizó la conciencia plena como “mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente”, basándose en 4 pilares fundamentales: atención al cuerpo, atención a los sentimientos y sensaciones, atención a la mente y los pensamientos y atención a los sentidos y objetos de la mente (Hanh, 1999). Por otro lado, Kabat-Zinn (1990) lo entendió como llevar la atención propia a las experiencias que se experimentan en el presente, aceptándolas sin juzgar.

Otros autores especifican de forma más detallada la conciencia plena como: “una forma de atención no colaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada como es” (Bishop, 2007). Gethin (2011) relacionó varios términos afines a dicha conceptualización como son acordarse, memoria, recordar, tener en la mente, ausencia de superficialidad, no olvidar o reminiscencia. Sin embargo, el concepto de mindfulness ha sido entendido de manera global hasta la actualidad como mera observación, es decir, la observación del objeto de la realidad sin interferir (Sauer et al., 2013).

El concepto de mindfulness es a menudo utilizado como “meditación” en el contexto no estrictamente científico y, de hecho, supone un concepto más impreciso puesto que puede referirse a una gran variedad de prácticas (Simón, 2011). Así pues, la meditación consiste de forma general en pensar conscientemente durante un periodo de tiempo sobre un tema específico, provocando una calma profunda y una sensación de paz y bienestar (Henepola, 2012).

3.1.1. La atención como componente de mindfulness

3.1.1.1. Definición de atención

Como se ha recogido en párrafos anteriores, mindfulness significa atención plena, siendo el término de “atención” un concepto que ha adquirido diversas connotaciones conforme a la

evolución del mismo por lo que en este apartado se recogen algunas de sus definiciones a lo largo de su evolución psicológica:

Luria (1975, citado en Roselló, 1998) define la atención como un proceso selectivo de la información, la consolidación de programas y el mantenimiento de un control continuado sobre el desarrollo de los mismos. Por su parte, Tudela (1992, citado en García-Rincón 2006) entiende este término como “mecanismo central de capacidad limitada cuya función primordial es controlar y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo con un objetivo determinado”.

Según García Sevilla (1997), es un mecanismo que se implica de forma directa en la activación y funcionamiento de los procesos y/u operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. En años posteriores, Ballesteros (2002) entiende atención como “proceso a través del cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o bien sobre la ejecución de determinadas acciones que consideramos más adecuadas de entre las posibles”. Se refiere, por tanto, al estado de observación que nos posibilita tomar conciencia de lo que sucede en nuestro propio entorno.

3.1.1.2. Tipos de atención

Varios autores se refieren a este aspecto conceptual como modalidades de atención en dos niveles: atención activa y pasiva (Portellano y García, 2014); por otro lado, Ardila y Ostrosky (2012) se refieren a niveles de atención; y Risueño y Motta (2005) como estados o tipos de atención.

- Atención interna y externa: denominadas, respectivamente, atención intelectual y atención sensorial. La interna va dirigida a los procesos y representaciones mentales, mientras que la externa se centra en la sensibilidad, eventos ambientales y propioceptivos.
- Atención voluntaria y atención involuntaria: denominadas atención activa y pasiva. Dicha diferenciación depende del control del mecanismo atencional. La voluntaria depende de la decisión del sujeto de centrarse en una determinada actividad mientras que la involuntaria dependen de la fuerza con que el estímulo llega hasta el individuo (Hernández-Gómez, 2012).

- Atención selectiva: se define como la capacidad para concentrarse en uno o dos estímulos, mientras que de forma deliberada se suprime la conciencia de estímulos distractores (Brower, 1992; Zillmer y Spiers, 1998). Dichos estímulos a evitar pueden ser fuentes de información (conocimiento, memoria, etc.) o externas (objetos y sucesos del ambiente). Ardilla y Ostrosky (2012) señalan, además, que supone una selección de los elementos relevantes para la realización de una tarea, evitando así los estímulos irrelevantes.
- Atención dividida: supone la eficacia de procesar información que pertenece a varios estímulos, lo cual implica distribuir eficazmente los recursos atencionales para dirigirse a varias fuentes de información simultáneamente (Navon, 1985). Es realmente sofisticada dado que es compleja, siendo la habilidad para responder paralelamente a múltiples tareas o demandas de una tarea concreta (Ardila y Ostrosky, 2012)
- Atención sostenida: es la actividad que activa los procesos y/o mecanismos por los que el organismo puede mantener el foco atencional y permanecer en alerta ante la presencia de estímulos específicos durante periodos relativamente largos (Parasuraman, 1984). Según Ardila y Ostrosky (2012, citado en Portellano y García, 2014) es la “capacidad para emitir y mantener una respuesta ante un determinado patrón de estímulos, durante un determinado lapso de tiempo” y la ejecución en tareas de atención varía según sus características temporales. Es una modalidad de la antes mencionada atención voluntaria.
- Atención visual/espacial y auditiva/temporal: referida a la modalidad sensorial en la que se estudia el mecanismo atencional, dependiendo así de la capacidad sensorial a la que se aplique. La atención visual se refiere al concepto de espacio mientras que la auditiva al de tiempo que dure el estímulo (Universidad Interamericana para el Desarrollo, 2016).
- Atención focalizada: se refiere a la habilidad para dar una respuesta simple de forma estable ante varios estímulos, es decir, se desarrolla cuando se produce un enfoque de la atención en un estímulo (Sohlberg y Mateer, 2001). Permite el procesamiento de ciertos estímulos, ignorando a otros que no son de importancia (Portellano y García, 2014)

- Atención alternante: es la capacidad de responder al mismo tiempo a distintas demandas cambiando el foco de atención de un estímulo a otro (Portellano y García, 2014). En ella, el sujeto responde a varios estímulos según el orden establecido de las tareas. Dichas habilidades se necesitan para mantener la atención bajo la presencia de elementos distractores. Requiere así de la dirección de la atención y cambios seguidos en la demanda de las tareas sucesivas (Londoño-Ocampo, 2009).

Según Morgan, Germer y Morgan (2013), estos tipos de atención previamente descritos pueden llevarse a la práctica mediante mindfulness, razón por la cual tiene sentido implementar esta técnica con el objetivo de trabajar la atención a distintos niveles de concreción. Estos tipos pueden practicarse tanto en la práctica formal como a lo largo de la jornada.

“La atención centrada, como por ejemplo volver a la consciencia una y otra vez a la respiración o a la planta de los pies, sosiega la mente. La atención abierta, notar cualquier sensación que surja en nuestro campo de percepción, entrena la mente para recibir las vicisitudes de la vida con ecuanimidad e insight. Estas dos habilidades son útiles principales de que disponemos para cultivar y mantener la atención. La tercera habilidad, el amor bondadoso y la compasión, proporciona consuelo y sosiego, lo que a su vez nos ayuda a abrir más la consciencia.” (Germer 2013, p.130).

Además, mindfulness es capaz de provocar cambios psicológicos que facilitan una atención sostenida (Olendzki, 2013).

La atención implica a su vez concentración que, según Morgan, Germer y Morgan (2013), es la cualidad sostenida de la no distracción cultivada mediante el retorno de la atención a un solo objeto en el presente. Aporta una estabilidad mental para así ser capaz de percibir los momentos en los que estamos aburridos, distraídos o enfadados, como también otros factores y, de esta forma, permite evitar la distracción por preocupaciones ajenas.

3.2. Autores destacables

Sus dos referentes principales en Occidente son el monje budista Nhat Hanh y el doctor Kabat-Zinn., siendo el primero quien explica el concepto esencial de Mindfulness en 1999:

“Nuestro verdadero hogar es el momento presente. Vivir el momento presente es un milagro. El milagro no consiste en andar sobre las aguas, sino en andar sobre la verde tierra en el momento presente, apreciando la paz y la belleza de cuanto está a nuestro alcance. (...) Corremos de aquí para allá, sin ser uno con lo que estamos haciendo; no nos sentimos en paz. Nuestro cuerpo está aquí, pero nuestra mente se halla en otro lugar, en el pasado o en el futuro, sumida en la cólera, la frustración, las esperanzas o los sueños. No estamos realmente vivos, somos como fantasmas. Si nuestro hermoso hijo se acercase a nosotros ofreciéndonos una sonrisa, no seríamos capaces de verle, y él tampoco nos vería. ¡Qué pena!” (p.9-10)

Por otro lado, el doctor Kabat-Zinn entiende mindfulness como “parar y estar presente”. Este autor es uno de los propulsores principales de esta técnica con un fin terapéutico, creando así la clínica para la reducción de los niveles de estrés en el Hospital Universitario de Massachusetts. La técnica mencionada formó parte de un programa denominado *Mindfulness Based Stress Reduction*² (MBSR), siendo un programa educativo y experiencial impartido de forma grupal que utiliza técnicas meditativas presentadas de forma accesible a los destinatarios. El objetivo de esta propuesta es que las personas implicadas puedan trasladar los conocimientos adquiridos en esta práctica a su vida, de modo que, usando sus habilidades y recursos, respondan de manera más eficaz a aspectos como dolor, estrés, curiosidad, aceptación y apertura. Para alcanzar dicho objetivo, su práctica se estructura en un total de ocho sesiones semanales a razón de dos horas y media y un fin de semana dedicado al retiro (práctica intensa guiada y en silencio en la que se usa mindfulness en varias situaciones de su vida y sirve de preparación).

Dicha práctica se organiza en prácticas formales (exploración corporal, meditación en movimiento y sentado y movimiento consciente), prácticas informales (ejercicios aplicados a la vida diaria y rutinas con atención plena) y asignación de prácticas diarias para su uso en el hogar (incluye 45 minutos de la formal y 5-15 de la informal).

² <http://www.cerclmindfulness.com/es/curso/programa-de-reducci%C3%B3n-del-estr%C3%A9s-basado-en-mindfulness-mbsr>

3.2.1. Programa MBSR

El programa de Reducción del estrés Basado en la Atención Plena (MBSR) es una intervención que ha tenido un impacto importante en la historia, siendo desarrollado por el doctor Kabat-Zinn (1979). Entre sus particularidades destaca su aplicación en cualquier trastorno psicológico y tanto en población clínica como no clínica. Así pues es un programa que consiste en una forma concreta de prestar atención al momento presente y dejando a un lado los juicios. Este programa hace énfasis en la capacidad de parar y ver antes de actuar con el fin de responder en lugar de reaccionar a los acontecimientos. Sus aplicaciones se centran en tres núcleos principales:

- Bienestar (reducción de estrés, tratamientos complementarios y enfermedades crónicas)
- Reforzar habilidades personales (actitud, atención comunicación y regulación emocional)
- Mayor presencia y conexión con el resto de personas (empatía, toma de decisiones y confianza)

Su propuesta práctica se fundamenta en el uso de varias técnicas principales como son exploración corporal, movimientos conscientes en el suelo, meditación guiada, movimientos conscientes de pie y otras técnicas de carácter complementario para desarrollar la atención plena. Durante el desarrollo de estas propuestas. Kabat-Zinn (2005) determinó una serie de actitudes que deben ser tenidas en cuenta durante la realización del programa. En primer lugar, no establecer juicios sobre la experiencia y la necesidad de abandonar tales juicios tan pronto como sea ya que se debe ser paciente y vivir las cosas tal y como ocurren. Este aspecto requiere confianza en uno mismo y aceptar las cosas tal y como son aunque puedan no ser de nuestro gusto. En segundo lugar, la práctica ha de realizarse sin aferrarse estrechamente a ella, solo es necesario vivir la experiencia tal y como es (Solé, 2011).

El desarrollo de esta técnica supone una práctica que necesita de una experiencia regular, a través de la meditación y orientación de forma intencional de la atención al momento presente durante las actividades realizadas a diario. Consecuentemente, la capacidad de ser consciente de la experiencia actual crea una percepción más precisa de la vida y una cualidad discriminatoria con respecto a los sucesos cotidianos (Kabat-Zinn, 1990).

La duración del programa es de 8 semanas, siendo establecida y modificada según las necesidades personales o el instructor. Una de las formas genéricas queda recogida en la siguiente tabla³:

Tabla 1

Programa de Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990)

Programa de 8 semanas de Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990)	
Semanas 1 y 2 (prácticas diarias, 6 días semanales, en diferentes momentos del día)	Atención a la respiración (10 minutos)
	Exploración corporal (45 minutos) Práctica informal (atención en actividades cotidianas)
Semanas 3 y 4	Atención a la respiración (15-20 minutos)
	Exploración corporal y Hatha Yoga ⁴ (alterno)
	Práctica informal (prestar atención a algún acontecimiento agradable (semana 3) y desagradable (semana 4))
Semanas 5 y 6	Meditación sentado (45 minutos) y Hatha Yoga (puede sustituirse por la Meditación sentado o exploración corporal)
	Meditación mientras caminamos
Semana 7 (práctica de 45 minutos diarios repartidos en as 3 prácticas)	Meditación sentado
	Hatha Yoga
	Exploración corporal
Semana 8 (diseño de práctica diaria, decisión de técnicas a utilizar)	Meditación sentado
	Hatha Yoga
	Exploración corporal

³ <http://www.nicolasmorenopsicologo.com/psicologos-granada/programa-de-mindfulness-de-8-semanas-de-jon-kabat-zinn/>

⁴ Hatha Yoga es el Yoga del bienestar físico. “Hatha” proviene de la unión de Ha (sol) y tha (luna), refiriéndose a las cualidades de la respiración. Es una preparación física para poder soportar varias pruebas (Lifar, 2003)

3.3. Beneficios del Mindfulness

Los beneficios de la práctica de Mindfulness son realmente importantes, a continuación se recogen aquellos más relevantes:

- Fomenta la actitud de calma y tranquilidad y reduce la ansiedad (Kabat-Zinn, 1992).
- Reduce las recaídas en individuos con tendencia a la depresión, retrasándolas hasta en 3 años (Teasdale, 2000).
- Produce cambios bioquímicos y físicos en el cuerpo, cambiando el metabolismo, respiración, presión arterial, respiración y actividad cerebral (Ramos, Enríquez y Recondo, 2013).
- Mantiene un adecuado nivel de salud, reduciendo y retrasando la mortalidad en enfermos de corazón, de hipertensión, e incluso de enfermedades degenerativas (Reibel, Greeson, Brainard y Rosenweig, 2001).
- Genera una sensación de plenitud con respecto a nuestra calidad de vida y nuestro grado de satisfacción y bienestar. De esta forma, aumenta la sensación de positividad y tolerancia hacia los demás (Seligman, 2009; Ramos et al., 2013).
- Ayuda a transformar de forma positiva el mundo en que se vive ya que fomenta una sensación de equilibrio, tranquilidad y concentración. De esta forma, posibilita la creatividad, la felicidad, la compasión y la tolerancia (Greenland, 2013).

Puesto que el interés de este trabajo radica en el aspecto atencional, cabe destacar la capacidad de mindfulness para provocar cambios en los mecanismos psicológicos y neurobiológicos a nivel de **control de la atención**:

- Mejoran la capacidad de focalización y control atencional.
- Requieren de menos esfuerzo de actividad cognitiva para mantener el objeto de observación.
- El entrenamiento de la atención produce cambios de carácter funcional y estructural en las redes neuronales asociadas a la atención (Fox et al., 2014; Tang et al., 2015). Dichos cambios se encuentran con probabilidad ligados a la tipología de práctica implementada, ya que la atención selectiva se desarrollaría en fases iniciales mientras que la atención sostenida se relaciona con fases posteriores.
- Reduce los pensamientos negativos, los cuales se relacionan con problemas de regulación emocional (Hervás y Vázquez, 2011).

- Genera una mejora en procesos cognitivos como la memoria de trabajo y la memoria específica (Chiesa, Calati y Serretti, 2011) y otras funciones ejecutivas (Soler et al., 2016).
- El desarrollo de la capacidad de atención tiene implicaciones para mejorar el funcionamiento psicológico debido a la reducción de la divagación mental (Levinson, Stoll, Kindy, Merry y Davidson, 2014).

3.4. Estudios sobre la aplicación de mindfulness

3.4.1. Estudios en personas con Discapacidad Intelectual

Los programas basados en mindfulness aparecieron en Estados Unidos desde los años 80 y aumentaron su popularidad en Reino Unido. Sin embargo, esta técnica no fue utilizada globalmente con personas con DI a pesar del aumento de estos problemas mentales y su vulnerabilidad (Alborz, Glendinning, y McNally, 2005). En años posteriores su interés aumentó y, consecuentemente, se llevaron a cabo varios estudios que pretendían observar los efectos del mindfulness en colectivos con DI, siendo este su objeto de estudio.

Singh, Wahler, Adkins y Myers (2003) llevaron a cabo un estudio de caso con un participante con DI moderada y varios trastornos mentales. Pretendía medir la frecuencia de los incidentes agresivos, control físico, lesiones de los residentes, uso de medicamentos Pro Re Nata (PRN) y actividades integradas social y físicamente en la comunidad. Entre sus resultados destacan un incremento en niveles de autocontrol, aumento de actividades físicas y sociales y la ausencia de conducta agresiva tras un año de seguimiento. Estos mismos autores (2007), diseñaron con posteridad un estudio para evaluar el impacto de enseñar la técnica de mindfulness a adultos con DI moderada. Para ello, contaron con una muestra de 3 participantes adultos en riesgo de perder su posición en la comunidad debido a su conducta agresiva y, tras un seguimiento total de 2 años, los resultados obtenidos fueron positivos: descenso de la conducta agresiva y una permanencia en sus puestos de dos años.

Lew, Matta, Tripp-Tebo y Watts (2009) contaron con un total de 8 participantes con DI leve y moderada y otros trastornos. En este diseño de línea múltiple midieron el comportamiento del colectivo a través de conducta de riesgo específica. Los resultados mostraron un aumento inicial de dichas conductas pero que, posteriormente, descendieron y permanecieron bajas en el seguimiento realizado. Paralelamente, Brown y Hooper (2009) llevaron a cabo un estudio de caso con un participante con una DI moderado-severo, ansiedad y pensamientos obsesivos. Para

esta propuesta utilizaron el cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-9) y, finalmente, se obtuvo un descenso en sus puntuaciones finales (menor abstinencia de las cogniciones, emociones y motivación). Por su parte, los padres del sujeto mostraron un informe final positivo. Posteriormente, Adkins, Singh, Winton, MacKeegan y Singh (2010) elaboraron un estudio con el fin de explorar el impacto de las terapias basadas en la comunidad incluyendo entrenamiento en mindfulness similar al caso anterior. Se realizó un seguimiento de 4-8 semanas con una muestra de 3 adultos que vivían en grupo o con sus padres y madres, que estaban en riesgo de perder su trabajo o su lugar de residencia. Los resultados mostraron una reducción de los comportamientos negativos a niveles cercanos a cero y un mantenimiento de su lugar de trabajo que estuvieron a punto de perder a causa de tal comportamiento.

En un estudio de Singh et al. (2011) participaron 3 personas diagnosticados con DI moderada que mostraban problemas de control emocional (furia y agresividad) en el trabajo, que participaron en una práctica de mindfulness durante dos semanas de intervención. Los resultados mostraron un descenso de los niveles de furia y agresividad, que se mantuvieron en un seguimiento de dos años. Por otro lado, Chilvers, Thomas, y Stanbury (2011) tuvieron como objetivo conocer el impacto de mindfulness a través de sesiones grupales con 15 mujeres (edades de 18-47 años) con DI leve a moderada en una unidad psiquiátrica. En dicho estudio midieron los incidentes de agresiones a sí mismos y otros que aparecieron durante la intervención. Estos autores sugieren que la práctica del mindfulness puede ser efectiva para reducir los incidentes agresivos de forma directa o indirecta.

Nuevamente, Singh et al. (2013) evaluaron la efectividad de un programa basado en esta técnica para controlar la agresividad verbal y física. Para este procedimiento se cuenta con 2 grupos a través de una Prueba Controlada Aleatorizada (RCT), con cada uno de ellos sometidos a un tratamiento de 12 semanas y dos fases de seguimiento. Al finalizar esta prueba, hubo diferencias significativas en la reducción de las agresiones físicas y verbales comparados con el grupo control. A diferencia de sus estudios anteriores, supone un proceso más controlado con RCT, mientras que en los casos anteriores el proceso comenzó con un estudio de caso controlado o líneas de estudio base controlados de una forma menos precisa.

Por su parte, Metz, Frank, Cantrell, Sanders y Broderick (2013) comprobaron la efectividad de un programa basado en mindfulness denominado “Aprende a respirar” con 216 participantes de edad adulta, con un diseño pretest-posttest. Los resultados mostraron significativamente menor nivel de estrés percibido y mayores niveles de eficacia en la regulación afectivo-emocional.

También evidenciaron unas ganancias mayores en sus habilidades de regulación emocional, incluyendo mayor conciencia y atención, acceso a estrategias reguladoras y claridad emocional. En este estudio se llevan a cabo sesiones de 45 minutos de duración una vez a la semana, incluyendo los siguientes aspectos: (1) conciencia corporal, (2) entendimiento y trabajo con pensamientos, (3) entendimiento y trabajo con sentimientos, (4) integración de conciencia sobre pensamientos y sensaciones corporales, (5) reducción de autoconcepto negativo e (6) integrar conciencia plena en la vida diaria.

Collazo, González et al. (2017) llevaron a cabo un estudio en el que pretendían, entre otros objetivos, analizar si existía una mejora de la conciencia, de las interacciones positivas con el sexo opuesto y la capacidad de observación y descripción. Para ello, colaboraron un total de 12 usuarios adultos con DI pertenecientes al Centro Ocupacional “El Cid” (Burgos) a través de 8 sesiones de intervención, compuestas por varias actividades de mindfulness (incluyendo atención plena, técnicas de exploración corporal y registro de pensamientos positivos y desfavorables). Dichas sesiones concluían con una puesta en común de las experiencias y un análisis de la práctica, en un tiempo total de 45 minutos de intervención. En esta propuesta se utilizó el cuestionario FFMQ, resultando una intervención eficaz ya que el grupo mejoró las puntuaciones en el post-test con respecto al pre-test, encontrándose diferencias significativas en las siguientes variables: autoexpresión en situaciones sociales y en el inicio de interacciones positivas con el sexo contrario. Por el contrario, hubo mejoras en otras variables pero no fueron significativas: capacidad de realizar peticiones, no reactividad, actuar con conciencia y observación y descripción.

3.4.2. Estudios sobre la atención con Mindfulness

La atención como objeto de estudio no ha sido una prioridad en la intervención con personas con DI en las investigaciones recopiladas anteriormente. Sin embargo, existen referencias interesantes que hacen hincapié en los efectos de la práctica de mindfulness en la atención con participantes sin ningún grado de discapacidad.

Un estudio longitudinal mostró que con 5 sesiones semanales a razón de 20 minutos diarios de entrenamiento total de la mente y el cuerpo resultaba suficiente para reducir los vacíos atencionales (lapso en la atención seguida por un estímulo en un flujo rápido del estímulo presentado que ha sido relacionado con la función ejecutiva a pesar de que la atención es un apartado común en los estudios debidamente diseñados sobre meditación, algunos estudios que

se fundamentan en la Reducción del Estrés con Mindfulness (MBSR) no han observado efectos en el control. La mayoría de los estudios sobre los efectos a corto plazo de mindfulness (1 semana) en el control y alerta no mostraron efectos significativos pero los que lo estudiaban a medio y largo plazo (meses o años) detectaron cambios en esta variable (Tang, Yang, Leve y Hardol, 2012; Jha, Krompinger, Baime, 2007; Pagnoni y Cekic, 2007).

Por su parte Jha, Krompinger y Baime (2007), investigaron la hipótesis de que el entrenamiento en mindfulness puede alterar o mejorar aspectos concretos de la atención. Para ello examinaron los subsistemas atencionales (alerta, orientación y control del conflicto a través del Test en Red de la Atención (ANT)). Investigaron dos programas de entrenamiento en mindfulness, comprobando el comportamiento antes (tiempo 1) y después (tiempo 2) del entrenamiento. Un grupo estuvo formado por participantes sin experiencia (8 semanas con el programa MBSR), centrándose en el desarrollo de habilidades de concentración y el otro grupo por sujetos con experiencia (mismo programa que el otro grupo) que participaron en un mes intensivo de retiro. En el tiempo 1, los participantes en el mes de retiro mejoraron el control de conflicto en comparación con el grupo en MBSR y los grupos control. En el tiempo 2, los participantes en el programa MBSR mejoraron significativamente la orientación en comparación con el grupo del retiro y los grupos control. Sin embargo, no hubo diferencias en el control de conflicto en el tiempo 2. Los autores sugieren, por tanto, que el entrenamiento en mindfulness puede mejorar las respuestas comportamentales relacionadas con la atención mejorando el funcionamiento de determinados subcomponentes de la atención.

MacLean et al. (2010) contaron con un total de 48 participantes de 21-70 años que formaron parte en un grupo de retiro, (denominado retiro 1, con 29 participantes y otro control, el cual recibiría el entrenamiento 3 meses después (denominado retiro 2, 29 participantes). En esta práctica de mindfulness desarrollada durante 3 meses, evaluando la intervención antes del retiro (pre-entrenamiento), a mitad del retiro (durante el entrenamiento) y al final del mismo (post-entrenamiento), utilizando un test de atención visual sostenida. Los resultados mostraron una mejora de la alerta (habilidad de permanecer en alerta en el tiempo) y hacia un objetivo visual en comparación con el grupo control. Estos resultados sugirieron que las mejoras en la percepción pueden hacer más fácil mantener la atención voluntaria.

En un estudio con MBSR se contó con 63 participantes divididos al azar en dos grupos (MBSR o *Health Enhancement Program (HEP)*) durante 8 semanas a razón de 2.5 horas una vez a la semana (salvo la primera y última sesión, siendo de 3 horas cada una). Utilizaron una Tarea

Continua Visual (TCV) para comprobar los efectos del entrenamiento en mindfulness sobre la atención sostenida, comparando los grupos anteriores. Los resultados mostraron que no hubo mejoras de atención sostenida en una tarea continuada que medía aspectos de la alerta pero sí mostró mejoras significativas en la orientación (MacCoon, MacLean, Davidson, Saron y Lutz, 2014).

3.4.3. Estudios en el ámbito escolar con mindfulness

La práctica de mindfulness en los centros educativos ha resultado ser válida y adecuada a la hora de promover el crecimiento y la autorrealización personal entre estudiantes (Franco, De la Fuente y Salvador, 2011). Asimismo, proporciona una forma de afrontar situaciones de estrés y crear mayor bienestar psicológico, mantenimiento de la calma, mejora en habilidades intelectuales, atención sostenida, concentración, memoria visuo-espacial, de trabajo y áreas de la metacognición. Para ello, según Álvarez y Bisquerra, (2011, citado en López, 2016, p. 143) se necesita de la implicación y formación de los agentes educativos, más allá de la enseñanza de contenidos académicos. A continuación se recopilan algunos estudios que respaldan su utilización en contextos educativos y escolares:

Huppert y Johnson (2010) llevaron a cabo un estudio en el que participaron 155 alumnos a los cuales se midió la atención, la capacidad de recuperación y el bienestar psicológico. Sus resultados más importantes destacaron una correlación positiva y significativa entre el tiempo dedicado a mindfulness y la mejora en atención y bienestar psicológico, relacionado positivamente con variables de personalidad (amabilidad y estabilidad emocional). Entre sus limitaciones, los autores destacan la necesidad de seguir trabajando con el programa de formación para mejorarlo y, por tanto, crearon un ensayo controlado aleatorio contando con medidas subjetivas y objetivas (seguimiento a plazo más largo). En este estudio (Huyken, et al., 2013) contaron con 522 estudiantes (12-16 años) de 12 institutos de secundaria que participaron en programas de mindfulness en el centro (intervención), o que tomaron parte en el currículo ordinario del centro (control). Entre sus resultados destacan una disminución de los síntomas depresivos y estrés inferior, así como un mayor bienestar psicológico. El grado de práctica en la intervención se asoció con un mejor bienestar y menos niveles de estrés a los tres meses del seguimiento.

Hennelly (2011) realizó un estudio del programa b de Burnett, Cullen y O'Neill (2011) en el que contó con 68 estudiantes de secundaria. En este estudio longitudinal mixto, los estudiantes

completaron cuestionarios antes, después y en un plazo de 6 meses posterior para evaluar los cambios sostenidos e inmediatos en mindfulness, resiliencia y bienestar. Para ese fin también colaboraron padres y profesores con el fin de triangular datos. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los participantes y el grupo control en las variables del estudio, siendo significativos a largo plazo de tiempo.

Lawlor, Schonert-Reichl, Gadermann y Zumbo (2012) se encargaron del estudio de la atención plena con 286 participantes (11-13 años) procedentes de 6 colegios públicos de distintos estatus socioeconómicos. Para ello, utilizaron la escala consciente de niños (MAAS-C), modificada de la escala original (Brown y Ryan, 2003). Los resultados de dicho estudio mostraron que la atención plena se encuentra relacionada con la perturbación emocional, el bienestar emocional y la felicidad y sirvió como una validación de dicha escala mencionada para niños. La intervención con mindfulness se ha realizado incluso a edades más tempranas, como es el caso del estudio de Razza, Bergen-Cico y Raymond (2013). Los cuales evalúan la eficacia de una intervención con mindfulness contando con alumnos y alumnas de educación infantil (3-5 años). Sus resultados más representativos indicaron efectos significativos en la autorregulación, de forma especial en aquellos niños que estaban en riesgo de disfunción de dicha variable.

Autores como Greenberg y Harris (2012) hicieron una revisión de la investigación sobre la práctica de mindfulness con niños y jóvenes en contextos meramente clínicos y escolares como también en prevención de la salud. Su conclusión más relevante indicó que la intervención con esta técnica es un método eficaz y adecuado para aumentar la resiliencia y autoestima, y, de esta forma, mejorar el tratamiento de trastornos de la salud en poblaciones clínicas.

3.5. Instrumentos de evaluación del mindfulness

Una vez revisados los estudios que aplicaron mindfulness, cabe destacar algunos de los instrumentos más utilizados en la evaluación de dichas prácticas:

- **Frieberg Mindfulness Inventory (FMI; Buchheld, Grossman y Walach, 2001)**

Es el primer cuestionario desarrollado para la medición de mindfulness. Inicialmente esta escala contaba con un total de 30 ítems que medían cuatro factores, aplicándose a personas que practicaban la meditación. Dado que el análisis factorial de las puntuaciones mostró inconsistencia entre los mismos, se sugirió que la escala se interpretase de forma unidimensional y utilizando una única puntuación global.

- **Escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown y Ryan, 2003)**

La MAAS es un cuestionario formado por 15 ítems puntuados según una escala Likert con un rango de 1 (casi siempre) hasta 6 (casi nunca). Se centra de forma principal en medir la capacidad del individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana, ofreciendo una puntuación global que es la media aritmética del número totales de ítems. Así pues, la escala pretende cuantificar la frecuencia con la que un sujeto actúa en piloto automático y sin prestar atención, pudiendo utilizarse en población clínica y no clínica y en sujetos sin experiencia previa en meditación.

La consistencia interna de la escala (fiabilidad) fue medida con el estadístico Alpha de Cronbach ($\alpha = .897$). Por otro lado, utilizando el coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades con la corrección de Spearman-Brown el valor obtenido fue de .865.

- **Cuestionario “Five Facet Mindfulness Questionnaire” (FFMQ; Baer, Hopkins, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006)**

Este instrumento con total de 39 ítems pretende medir la tendencia que poseen las personas en la vida diaria a estar en atención plena. Cuenta con ítems de puntuación directa e inversa que se puntúan en una escala Likert de 5 valores, siendo “uno” el inferior (nunca o muy raramente”) y “cinco” el superior (siempre o muy a menudo”).

Recibe el nombre de “Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas” porque contiene 5 facetas o subescalas que incluyen los siguientes aspectos (Baer et. al., 2008):

1. Observar: supone la habilidad de percibir, reconocer y sentir estímulos (internos y/o externos).
2. Describir: referido a la habilidad para realizar descripciones o etiquetar con palabras la experiencia que se vive en relación con la atención plena.
3. Actuar con conciencia: supone tomar conciencia de los actos o comportamientos en los que se encuentra centrado.
4. No enjuiciamiento: entendido como tener una visión objetiva ante pensamientos, emociones o sensaciones.
5. No reactividad: conlleva un distanciamiento de lo que sucede en el foco de atención y hace énfasis en un periodo de tiempo en el que no se actúa o reacciona ante la presencia de un estímulo.

Así pues, se entiende que el mindfulness es un constructo multidimensional al incluir sus componentes principales debidamente establecidos. La puntuación máxima del cuestionario es de 195 puntos mientras que la mínima es de 39, de modo que una puntuación más elevada es indicativo de un mayor nivel de atención plena.

En cuanto a su consistencia interna los coeficientes obtenidos por Alfa de Cronbach mostraron unos valores altos, siendo los de observar = .83, describir= .91, actuar con conciencia = .87, no enjuiciar = .87 y no reactividad= .75.

- **Cuestionario FFMQ-15 (Baer, Carmody, and Hunsinger, 2012)**

El cuestionario FFMQ cuenta con una versión abreviada que supone la reducción de los 39 ítems iniciales a únicamente 15 ítems. De esta forma se posibilita cumplimentarlo de forma más rápida y un análisis más sencillo, conservando en gran medida las propiedades del instrumento inicial. Además, su contenido corresponde a los factores propuesto por el modelo original FFMQ.

Su validación al castellano cuenta con una fiabilidad alta para su utilización ($\alpha = .84$) a nivel general de escala. Por otro lado, todos los factores se correlacionan de forma significativa, constituyendo una prueba de validez del constructo de esta escala. Así pues, su validación a la población española se encuentra debidamente respaldada y es de mayor facilidad de uso.

- **Escala Cognitiva y Afectiva de Mindfulness (CAM; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007)**

Esta escala está compuesta por 12 ítems que pretende medir la atención plena en varias situaciones cotidianas de la vida diaria. Los ítems se valoran con una escala Likert siendo 1 “raramente o en ningún caso” y 4 “casi siempre”. Mide 4 subescalas: atención, foco atencional en el presente, toma de conciencia y aceptación sin juicio con respecto a pensamientos y sentimientos en la vida diaria. Sin embargo, se analiza de forma global, obteniendo una única puntuación global.

Posee una consistencia interna de .74-.80 mostrando una correlación negativa con los constructos de evitación, acción cognitiva de rumiar, preocupación, depresión y ansiedad. Por otro lado, muestra correlación positiva con la claridad de sentimientos, reestructuración del estado de ánimo, flexibilidad y bienestar.

PARTE 2: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1. Objetivos

- Conocer qué es el mindfulness y qué beneficios pueden obtener a raíz de su práctica efectiva.
- Promover la mejora de la atención en el entorno cercano para poder llevarlo al más próximo y personal.

4.2. Metodología

Teniendo en cuenta las características individuales antes mencionadas, la metodología a implementar incluye instrucciones cortas y sencillas para que los usuarios puedan comprenderlas con relativa facilidad. Así pues, las sesiones serán divididas en pasos claros y pequeños y contando con apoyo visual. Por otro lado, el psicopedagogo será un guía a lo largo de la intervención, dejando que el alumnado pueda experimentar y colaborar activamente en el desarrollo de las mismas.

Por otro lado, será de especial importancia el papel de la tutora y otros profesores para poder evaluar las necesidades en el ámbito atencional y poder servir de apoyo en el uso de las escalas de atención durante las sesiones y, por ello, se precisa de reuniones y feedback con los docentes implicados en la educación.

4.3. Secuenciación y temporalización

Se proponen una serie de actividades organizadas en dos módulos, de acuerdo a su contenido principal. Dichas actividades se llevan a cabo en sesiones de 30 minutos de duración para desarrollar la atención plena del alumnado. La estructura de las mismas permitirá adquirir una base de los conceptos básicos con el fin de adquirir las nociones anteriormente mencionadas. Ha de tenerse en consideración que dichas actividades pueden verse ampliadas o susceptibles de modificación en función de las necesidades educativas del colectivo destinatario.

Dado el horario disponible en el centro (dos sesiones de tutoría a la semana), se realizarán 2 sesiones semanales de mindfulness que quedan estructuradas como se indican a continuación.

Tabla 2

Cronograma de actividades

Actividad	Nombre	Semana
1	Introducción a mindfulness	1
2	Atención y calma	1
3	Respiración de la abeja	2
4	El silencio	2
5	Los observadores sistemáticos	3
6	Desplazándonos por el camino	3
7	Mi cuerpo y sus sensaciones	4

4.4. Desarrollo de las actividades

Para la selección y determinación de actividades, se ha usado la base del programa MBSR (Kabat-Zinn, 1979) de forma más reducida y sencilla, puesto que dicha propuesta estaba dividida en 8 semanas y, por motivos de tiempo personal, de la propia organización del centro y las características de los destinatarios, resultaba más práctico y significativo la simplicidad de su contenido en comparación con el programa inicial. Por ello, las actividades planteadas se han agrupado en dos módulos según el contenido a trabajar, siendo la primera parte un paso previo de las actividades siguientes.

4.4.1. Módulo 1: Introducción y respiración

- **Actividad 1: Introducción a mindfulness**

- **Objetivos**

- Explicar brevemente el programa
- Realizar un primer contacto con mindfulness
- Aprender a respirar de forma consciente

- **Desarrollo de la actividad**

Esta sesión sirve para introducir qué es el mindfulness y cómo puede servirnos a gestionar y mantener la atención. Así pues, se les explica que el mindfulness sirve para prestar atención a lo que estamos haciendo, a ser conscientes del presente. Gracias a su práctica podemos mejorar

nuestro bienestar y atender a los que nos rodea de forma más detenida. En esta parte se exponen los motivos para realizar dicha intervención, expectativas y consideraciones previas necesarias para su puesta en práctica, así como motivarles a su realización de forma voluntaria.

Por otro lado, hablaremos de la importancia de la respiración, ya que permite calmarse y estar atentos a lo que estamos realizando y donde estamos. Por tanto, es importante respirar para concentrarse y nos ayuda a centrarnos en el presente, en el aquí y ahora. Tras la finalización de esta parte introductoria se realiza una ronda de preguntas sobre alguna duda o curiosidad que ha podido surgir en la sesión.

- **Recursos:** cuestionario con datos demográficos

- **Actividad 2: Atención y calma**

- **Objetivos**
 - Potenciar la técnica de respiración
 - Aprender a prestar atención a los estímulos

La práctica de la respiración consciente es un ejercicio que puede parecer sencillo pero cuyo efecto es realmente grande al permitir centrarnos en la inspiración y así liberarnos del pasado, futuro y los proyectos que nos rodean. Así nuestra mente regresa al cuerpo y posibilita encontrarnos vivos en el momento presente.

Para ello se utiliza el símil de la rana⁵, al ser esta un animal capaz de dar grandes saltos pero también tiene la habilidad de observar lo que sucede a su alrededor sin moverse. Para ello, se ayuda al alumnado a respirar con mucha calma, hinchando el abdomen y expulsando el aire lentamente bajo una postura sedente. Esta acción se practica repetidas veces al ser la base de las siguientes actividades. Posteriormente, se intenta simular la misma situación bajo una música de distinta intensidad (fuerte). Tras finalizar estos dos ejemplos, el alumnado destacará en que momentos se ha sentido más cómo y en cuales más desconcentrado. Tras esta práctica se pregunta al alumnado que ha sentido al respirar de forma relajada y consciente y que beneficios puede obtener.

- **Recursos:** material audiovisual

⁵ Adaptación a partir de <http://www.auladeelena.com/2015/03/tranquilos-y-atentos-como-una-rana-mindfulness.html>

- **Actividad 3: La respiración de la abeja**

- **Objetivos**

- Mantener la atención bajo la presencia de un elemento distractor

- **Desarrollo de la actividad**

Nuevamente, se practicará la respiración de la sesión anterior con el fin de interiorizar la importancia de una respiración controlada. Posteriormente, una parte de los alumnos se levantará e imitará el sonido característico de las abejas⁶ a oídos de sus compañeros, los cuales se encuentran sentados y concentrados en su respiración. El alumnado deberá taparse las orejas con el pulgar y apoyar el resto de la mano sobre su cabeza.

Dicha actividad tendrá como objetivo centrar la atención en su propia respiración (continuación de la actividad anterior) a pesar de los elementos distractores externos. Tras finalizar la primera escucha, se darán consignas para mantener el foco atencional sobre uno mismo, estableciendo un feedback con el psicopedagogo.

- **Recursos:** decálogo de consignas

- **Actividad 4: El silencio**

- **Objetivos**

- Mantener la atención bajo un periodo de tiempo
- Respirar conscientemente para estar concentrado

- **Desarrollo de la actividad**

La cuestión de esta actividad consiste en escuchar los sonidos presentes sin posibilidad de elección o emisión de los mismos. Lo principal radica no en el propio sonido o en los pensamientos que se preguntan de dónde vienen esos sonidos, incluso si son agradables o no, sino en la propia atención.

Esta actividad permite profundizar en aspectos propios de técnicas de atención, para ello pediremos el alumnado se encuentre en silencio en distintos ambientes como son el silencio total, en un lugar relajado entre elementos naturales y uno propuesto en la cual se halle

⁶ Adaptación del juego para niños <https://www.yogaenalicante.es/blog/respiracion-de-la-abeja-para-ninos/>

tranquilo. Tras escuchar cada uno de esos ambientes, los estudiantes compartirán su experiencia y destacarán el lado positivo de mantener la calma bajo situaciones cercanas al silencio. De igual forma, pueden indicar qué recuerdos les ha elicitado la presencia de los sonidos y cuales han escuchado.

- **Recursos:** apoyo audiovisual de la presentación en PowerPoint (ver apéndice 5)

4.4.2. Módulo 2: Atención

- **Actividad 5: Los observadores sistemáticos**

- **Objetivos**

- Mantener la atención en un objeto
- Describir las propiedades físicas de un objeto para estar bajo concentración

- **Desarrollo de la actividad**

En semejanza al caso anterior, se trabajará la concentración a través del silencio y la ausencia de movimiento. El alumnado se situará sentado en sus respectivas sillas observando distintos elementos compartidos por el psicopedagogo como una botella de agua o un reloj de arena. Se notará una sensación mayor de estar en el presente en el “aquí y ahora”, siendo más consciente de la realidad.

Tras finalizar dicha observación, se pregunta al alumnado qué ha mirado detenidamente, que sensaciones pasaron por su mente y si consiguieron dejar a un lado las que les preocupaban.

- **Recursos:** objetos para observación

- **Actividad 6: Desplazándonos por el camino**

- **Objetivos**

- Tomar contacto con las sensaciones corporales
- Aprender a prestar atención a las sensaciones corporales
- Tomar conciencia del cuerpo

○ **Desarrollo de la actividad**

Esta práctica es realmente interesante al permitir ser conscientes de nuestro cuerpo y sentir nuestro contacto con el suelo, como si fuésemos una parte enraizada a la naturaleza. Esta posición subraya la actitud de permanecer conscientes en el día a día, de modo que la forma en que repartimos el peso sobre los pies, como sostenemos la cabeza y las extremidades y hasta el tiempo que permanecemos erguidos expresan el esfuerzo de estar atentos a nuestra posición y contacto con el suelo.

Así pues, se propone al alumnado dar un paseo de forma lenta y controlada. Para ello, prestan atención a cada paso que dan y, posteriormente, caminarán imitando a un anciano, un soldado o un señor con pasos agigantados. Dicho contacto con la superficie se realizará en varias zonas como césped, cemento o arena con el fin de que experimenten y discriminen distintas sensaciones corporales. En la segunda parte de esta actividad, caminarán tranquilamente, respirando varias veces. En esta ocasión prestarán atención a sus propias pisadas: sonido emitido con el contacto al suelo, como apoyan el talón en primer lugar y luego el resto de la planta del pie, hasta apoyar de forma completa los dedos. A continuación, se les pedirá que acompañen dichos pasos con una respiración consciente, de modo que inspiren al levantar el pie de la superficie y espiren al apoyarlo.

Finalmente, vuelven al aula y forman grupos de 4 personas para compartir sus experiencias. Por su parte, el psicopedagogo elabora distintas preguntas para obtener un mejor feedback de la sesión realizada:

- ¿Cómo os habéis sentido al caminar de forma lenta?
- ¿Notasteis que pie tocaba primero el suelo y como pisabais el suelo?
- ¿Qué diferencias notasteis según la superficie que habéis pisado?

Así pues, el psicopedagogo les comunica que prestar atención a la forma de caminar y los sonidos favorece que solo vivan el presente y dejen de lado otras sensaciones negativas que puedan estar viviendo, centrándose así en el aquí y ahora.

- **Recursos:** material fungible y presentación de PowerPoint

- **Actividad 7: Mi cuerpo y sus sensaciones**
 - **Objetivos**
 - Centrar la atención en la respiración
 - Relajar las partes del cuerpo
 - Potenciar la práctica de la autoconciencia

- **Desarrollo de la actividad**

En esta actividad se practica la exploración del cuerpo (*body scan*). Para ello, se les explica a los estudiantes la postura para poder practicarlo de forma efectiva. Sentados en una postura relajada, apoyarán sus manos sobre sus rodillas, piernas separadas y pies en contacto con el suelo. Posteriormente, se les pedirá que respiren de forma lenta y tranquila un total de 5 veces, observando como el aire entra y sale del cuerpo. Observan su propia respiración dirigiendo su atención a un foco concreto, de forma que se realiza un barrido por todo el cuerpo hasta finalmente acabar en la cabeza. A continuación, siguen las siguientes indicaciones:

Dedos del pie izquierdo, pie izquierdo, pierna izquierda, pelvis, dedos del pie derecho, pie derecho, pierna derecha, pelvis, zona lumbar, abdomen, parte superior de la espalda, pecho, hombros, dedos de las dos manos, los dos brazos, hombros, cuello y garganta, cara, parte de atrás de la cabeza, parte delantera de la cabeza. (Kabat –Zinn, 1994)

Una vez que el recorrido se ha completado, imaginan que el aire que toman por la boca lo expulsan por los pies y que, al espirar, el aire sale por su cabeza de forma lenta. Estas respiraciones se repiten un total de 5 veces y se les pide que despierten las partes de su cuerpo con calma, tensando y contrayendo los músculos y abriendo los ojos para finalizar dicha actividad. Finalmente, el psicopedagogo les hace las siguientes preguntas para poder compartirlo de forma grupal:

- ¿Qué os ha parecido la experiencia vivida?
- ¿Habéis sido conscientes de las partes de vuestro cuerpo?
- ¿Qué dificultades habéis encontrado en esta actividad?
- ¿Para qué os resulta útil en vuestra vida diaria?

- **Recursos:** apoyo de la presentación de PowerPoint

PARTE 3: MARCO EMPÍRICO

Pregunta de investigación

¿Cómo influye una intervención basada en la práctica de Mindfulness en el sostenimiento de la atención de los estudiantes con Discapacidad Intelectual pertenecientes a un Centro de Formación Profesional?

5. Objetivos

5.1. Objetivo general:

- Determinar la efectividad de una intervención con Mindfulness para el aumento de la atención en estudiantes con DI de un centro de Formación Profesional.

5.2. Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de atención de los estudiantes diagnosticados con DI antes y después de la aplicación del programa de mindfulness.
- Desarrollar un programa de intervención basado en mindfulness para la mejora de la atención sostenida en estudiantes con DI.

6. Hipótesis de investigación

- H₁: La intervención basada en la práctica de mindfulness mejora el nivel de atención de los estudiantes con DI de Formación Profesional Básica.
- H₂: Los niveles de atención se mantienen un mes después de la finalización del programa.

7. Método

En la presente propuesta se utiliza un diseño pre-experimental a través de un pretest-postest de un solo grupo. En él se efectúa una observación o medida anterior a la introducción de la variable independiente y otra después de su aplicación.

7.1. Participantes

Se trata de un muestreo no probabilístico en el que participan inicialmente un grupo de 12 alumnos y alumnas escolarizados en un Centro de Educación Especial. Dicho alumnado se encuentra cursando Formación Profesional Básica (TPB), mostrando un nivel de competencia curricular bastante variable. Presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE) asociadas a una DI leve (5 personas) y DI moderada (7 personas). A pesar de ser un total de 12 sujetos, se produjo una mortandad del 16.7 % debido a la exclusión de dos personas que, de forma comórbida, estaban diagnosticadas con autismo y TDAH al mismo tiempo. Dadas estas características, ambas personas han sido excluidas siguiendo los criterios expuestos por Griffith, Hastings, Crane y Jane (2016), ya que poseen una dificultad potencial con los conceptos más abstractos relacionados con mindfulness cuando DI y autismo aparecen de forma comórbida, siendo la muestra final de 10 estudiantes. Las edades de los participantes oscilaban entre los 19 y 23 años y en cuanto al género la muestra final se dividía en 8 hombres (80 %) y 2 mujeres (20 %), siendo mucho mayor la presencia de hombres que de mujeres.

En cuanto a las características generales, muestran de forma general un lenguaje oral medio y una comprensión oral aceptable. En caso de las personas con DI moderada, el lenguaje utilizado es adaptado a sus capacidades para favorecer un buen entendimiento de las dinámicas propuestas. Teniendo en cuenta sus producciones escritas, los usuarios muestran de forma general dificultades para formar oraciones largas y relativamente complejas, por lo que se pedirá en los casos más complicados completar las actividades con palabras simples para que puedan etiquetar el concepto tratado. Por último, motrizmente no presentan apenas complicaciones en el control corporal, por lo que las actividades relativas al movimiento son bastante eficaces en la puesta en práctica.

Análisis de las necesidades

El colectivo destinatario presenta cierta dificultad en mantener la atención en el momento presente, de modo que pierden la concentración de forma fácil en la realización de actividades

académicas y cotidianas, realizándolas de modo automática y sin ser conscientes del trabajo llevado a cabo. Dicha situación desemboca en una mecanización de sus rutinas. Por ello, considero útil la aplicación de mindfulness o atención plena para que puedan mejorar su atención en las actividades realizadas en el presente y en su propio bienestar.

7.2. Procedimiento

7.2.1. Planificación

En primer lugar ha sido necesario conocer en profundidad los rasgos propios del contexto. Para realizar tal acción, se ha profundizado en aspectos del marco teórico que orienta esta propuesta, como también las características del contexto del centro educativo y sus participantes (análisis del contexto a través de observación no sistemática, observación directa y análisis de las necesidades de los mismos).

El centro fue seleccionado por su posibilidad de acceso ya que me encontraba en mi periodo de prácticas y era más complicado la selección de otra muestra por limitación de tiempo y porque esta propuesta práctica está orientada a un ámbito micro a nivel de aula, siendo suficiente para trabajar con los participantes. En el centro se encuentran varios talleres en los que realizan diversas actividades programadas y, dado que mi trabajo se centraba con un grupo de Formación Profesional Básica (FPB), este fue el contexto seleccionado. Una vez elegido el grupo participante, se le comunicó a la directora el interés para realizar esta propuesta práctica de investigación, así como explicar su objetivo general y solicitar así de su colaboración (ver apéndice 1).

7.2.2. Ejecución

En esta segunda fase se lleva a cabo el trabajo de campo en el que se recoge la información correspondiente a través del uso de instrumentos para la recogida inicial de información: Escala de Atención Plena (León, Martín, Otero, Castaño, Felipe y García, 2009) y escala de observación de la atención (ad hoc). Posteriormente, se aplican los conceptos básicos del MBSR (Kabat-Zinn, 1979), el cual se desarrolló por su autor en 8 semanas totales, contando con una semana inicial para introducción al mindfulness. A lo largo de estas sesiones se utilizan la escala de observación de la atención ad hoc con el objetivo de evaluar su puesta en práctica a nivel atencional.

Una vez que la ejecución ha concluido, los participantes cumplimentan nuevamente el cuestionario tras la finalización del programa y un mes después de dicha fecha. Posteriormente, se lleva a cabo el análisis de datos a través del programa estadístico SPSS 24 desde un enfoque cuantitativo.

7.2.3. Evaluación

Una vez acabada la intervención, se procede a una evaluación nada más finalizar la práctica para recoger la información pertinente y poder analizarla con el programa SPSS 24. Con este programa se realizarán análisis estadísticos de las escalas empleadas, así como de las escalas de atención durante la realización de las actividades.

8. Instrumentos de recogida de datos

- **Adaptación de la Escala de Atención Plena (León, Martín, Otero, Castaño, Felipe y García, 2009):** es un instrumento de 12 ítems que se presenta en formato Likert con 5 puntuaciones numéricas de 1 a 5, representando desde “nunca” hasta “siempre”. A su vez, dichos ítems se dividen en tres subescalas denominadas “atención cinestésica”, “atención hacia el exterior” y “atención hacia el interior”. En cuanto a su consistencia interna, es muy aceptable (.84) y fue medido con el índice Alfa de Cronbach y como cálculo de su validez, se realizó un análisis factorial con un valor de .867 (ver apéndice 3).

Ya que algunos de sus ítems podrían suponer algún problema de entendimiento, se ha realizado una adaptación en algún enunciado para facilitar su entendimiento por los estudiantes. Sin embargo, el objetivo de esta propuesta no es la adaptación o validación de un nuevo instrumento, por lo que está únicamente desarrollado para esta puesta en práctica.

- **Escala de atención (ad hoc):** revisando la literatura, no encontré una escala que midiese específicamente la atención en una población con DI bajo la aplicación de un programa de mindfulness y, por tanto, se ha optado por la creación de instrumentos de recogida de datos ad hoc. Estas escalas sirven para medir la atención en las distintas actividades propuestas, con el fin de realizar una medición lo más objetiva posible. Para elaboración

de este instrumento ad hoc se tuvo en cuenta los tipos de atención conforme a la actividad a realizar en la práctica, de modo que los ítems reflejasen el contenido de la sesión (ver apéndice 4).

- **Cuestionario de datos demográficos (ad hoc):** se utiliza una hoja para recoger aspectos de carácter general como es el género, edad, ocupación, nivel de estudios, experiencia o no experiencia con mindfulness y grado de discapacidad (en caso de no conocer este dato por ellos mismos, se recopila dicho dato a partir de los diagnósticos del propio centro educativo (ver apéndice 2).

9. Análisis de Datos

Una vez que las respuestas de las escalas se han tabulado en el programa SPSS, se procede a realizar varios análisis estadísticos. Para obtener información sobre datos demográficos como edad, sexo, nivel de estudios o experiencia en mindfulness, se emplean los estadísticos descriptivos.

Luego, se deben contabilizar las respuestas en los ítems de cada escala de observación con el objetivo de realizar un sumatorio de las puntuaciones totales de cada una de ellos. Posteriormente y para comparar las puntuaciones obtenidas de cada escala de medición, se analiza la normalidad y homogeneidad de cada una de ellas para determinar cuál era su comportamiento y poder así aplicar unas pruebas determinadas. Puesto que el tamaño de la muestra es realmente pequeño ($n = 10$), no se cumplen los requisitos para el uso de pruebas paramétricas y se utilizan las no paramétricas. Así pues, se comprobará el nivel de correlación (Rho de Spearman) entre las 3 subescalas de la Escala de Atención Plena (León, Martín, Otero, Castaño, Felipe y García, 2009) con la escala total. Para determinar si hay las diferencias significativas, o no, de los distintos puntos de análisis de la intervención se aplicará la prueba de Friedman. En caso de la existencia de diferencias significativas, se utilizará la prueba de rangos de Wilcoxon, la cual permite calcular el rango medio de dos muestras relacionadas y así determinar si existen estas diferencias entre ellas. Con respecto a las escalas de atención ad hoc, se realizará el mismo análisis que con la anterior escala.

10. Resultados

Con esta intervención se espera que los participantes muestren, una mejora en su capacidad de atención en el pre-test, obteniendo así puntuaciones más elevadas durante la intervención y post-intervención (1 mes después de concluir la práctica de mindfulness). En estos resultados aparecerían, por tanto, las tablas referidas a las comparaciones de los cuestionarios en los tres puntos del tiempo, así como las correlaciones existentes entre las subescalas de Atención Plena y la escala total, y de ésta última con la escala total de la escala de atención ad hoc.

Por otro lado, el nivel de atención es posible que disminuya durante la intervención y un mes posterior a la finalización, dado que la frecuencia, volumen e intensidad de las sesiones de la intervención están adaptadas al tiempo real del centro. No obstante, se espera que este nivel de atención sea superior al inicial.

PARTE 4: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

11. Discusión de los resultados y conclusiones, limitaciones, futuras líneas de investigación y aportaciones

11.1. Discusión de resultados

El objetivo de esta propuesta de investigación fue evidenciar el efecto que la técnica de mindfulness tiene para mejorar la atención en personas con DI que se encuentran en un curso de Formación Profesional Básica.

Los resultados obtenidos se esperan como favorables, ya que es posible que esta variable haya aumentado en el post-test con respecto al pre-test; encontrando diferencias significativas en el pre-test y durante la intervención. Dado el poco número de sesiones y el tiempo disponible para su realización, los resultados esperados podrían ser más positivos en un periodo medio-largo plazo con un aumento de la cantidad de sesiones (Collazo et al. 2017). Esta propuesta queda, por tanto, abierta a su implementación en un futuro cercano, teniendo en consideración la presencia de sus limitaciones y en qué aspectos es posible seguir investigando.

11.2. Limitaciones del estudio

Esta intervención fue planificada a nivel micro en un centro y con una clase, por tanto, no es posible ni se pretende generalizar los resultados y conclusiones que se han obtenido al limitar la potencia estadística. Sin embargo, sí es útil para representar la realidad existente en ese nivel micro a pesar de las limitaciones de una muestra tan reducida.

También es necesario destacar que no he podido encontrar muchas referencias que trabajen con personas adultas con DI y que utilicen mindfulness como técnica para mejorar el bienestar y la atención como objetivos principales, de forma que no pueden contrastarse debidamente. Dada esta problemática, resultaría interesante poder enfatizar más en este objeto de estudio con el fin de determinar la eficacia de la intervención en condiciones similares con este colectivo y teniendo como prioridad los objetivos propuestos.

En cuanto a los instrumentos utilizados, no he encontrado apenas estudios que basen su elaboración en los cuestionarios con un colectivo con DI. Sin embargo, dado el carácter práctico y la intencionalidad del trabajo, resulta una aproximación de corte experimental sin intención de profundizar en la adecuación y elaboración del constructo y, por ello, resulta práctico el uso de instrumentos ad hoc en esta intervención.

11.3. Futuras líneas de investigación

En el presente estudio se tomó el grupo al completo como referencia para realizar las comparaciones en los distintos momentos de intervención. Sin embargo, no hay apenas estudios que hagan una distinción en cuanto la variable género, por lo que resultaría interesante conocer si existen diferencias significativas según dicha variable para así poder adaptar la intervención y continuar una investigación en este ámbito.

Dado que este grupo no había experimentado previamente ejercicios de meditación o de atención plena, una posible línea consistiría precisamente en comprobar las diferencias del programa con unos participantes que recibieron entrenamiento y otro grupo que no, de forma que se pueda comprobar qué mejoras tiene la intervención en función de la experiencia. Para ello se contaría con los estudiantes que se encuentran en Transición a la Vida Adulta (TVA) como el grupo sin experiencia previa y los participantes de este estudio como los sujetos que han recibido formación previa en mindfulness.

Ya que este estudio se ha centrado en sus objetivos en la mejora de la atención, otras variables en las que puede hacerse hincapié son la sensación de bienestar (Singh et al., 2004), la regulación de comportamientos inapropiados (Singh et al., 2007; 2008; Chilvers, Thomas, y Stanbury (2011)), regulación emocional (Metz et al. 2013) o mejora de las destrezas sociales (Collazo et al, 2017). Estos conceptos son facetas propias de mindfulness que no se han trabajado de forma directa en el estudio planteado, por lo que sería interesante profundizar en estos aspectos en futuras intervenciones.

11.4. Aportaciones de la propuesta

Con este trabajo se ha pretendido orientar la implementación de la técnica de mindfulness a un colectivo con DI que se encuentra en un curso de Formación Profesional Básica, siendo un aspecto novedoso y poco tratado a raíz de la literatura consultada. Por otro lado, se ha adaptado la Escala de Atención Plena (León, Martín, Otero, Castaño, Felipe y García, 2009) para un mejor entendimiento de los participantes, dada la presencia de algunas palabras que podrían no quedar del todo claro en algunos casos y facilitar así su cumplimentación. Otro instrumento utilizado ha sido la escala de atención en las actividades propuestas, las cuales se han realizado, como se mencionó con anterioridad, con un fin práctico y para este estudio a nivel micro.

12. Conclusiones finales del trabajo

Considero que esta propuesta realizada resulta interesante desde el punto de vista práctico, teniendo en consideración los siguientes puntos:

1. La poca literatura encontrada que recoge mindfulness como una intervención para mejorar la atención con un colectivo con DI. A pesar del uso extendido de esta técnica a varios ámbitos, las referencias concretas que trabajen con el colectivo de esta propuesta y condiciones similares es realmente limitado en cuanto a los estudios revisados, abriéndose aquí un gran rango de posibilidades para futuras aportaciones.
2. El uso de mindfulness como técnica para la mejora de la salud y otros ámbitos relacionados, ya que existen más de 4.500 estudios científicos sobre esta práctica y en solo un año se llegaron a publicar 667 estudios (AMRA, 2016). Por tanto, nos encontramos ante una técnica de uso extendido y de un amplio interés en el ámbito de la salud y el educativo, proliferando su práctica en centros educativos y contando con una gran potencialidad (Weare, 2012).
3. El uso de las bases de MBSR (Kabat-Zinn, 1979) como uno de los programas más estudiados y utilizado para la reducción de estrés de forma inicial, y adecuado para otros objetivos con el paso del tiempo (Raziel y García-Campayo, 2017). Su fundamento psicológico ha servido para bastantes intervenciones realizadas y, en el caso de esta propuesta, el objetivo se ha orientado a la mejora de la atención.

Por otro lado, cabe mencionar la mejora que ha supuesto este trabajo para el desarrollo de las **competencias** del Máster en Psicopedagogía:

De forma general:

- En primer lugar, me ha posibilitado resolver problemas en un entorno con un colectivo con DI, de forma autónoma y dotando a la propuesta de un grado de creatividad, en un contexto determinado.
- He tomado decisiones a raíz de un análisis de necesidades educativas, aplicando para ello conocimientos psicopedagógicos de forma crítica y enfrentando la complejidad de la realidad observada.

- He sido consciente de los estereotipos vertidos hacia este conjunto de personas, implicándome en mi práctica profesional y potenciando el respeto a la diferencia de cualquier tipo (social, cognitiva o cultural).
- Me he implicado en mi propia formación, asumiendo mis carencias y potenciando los aspectos a mejorar en la práctica educativa, adquiriendo de esta forma autonomía y responsabilidad del desarrollo de mis habilidades con el fin de profundizar en mi perfil competencial.

De forma específica:

- He analizado necesidades educativas del colectivo con DI a partir de una metodología cualitativa a través de la observación directa participante y no participante, teniendo en cuenta las propias características del contexto.
- A raíz de este análisis, he diseñado un modelo de práctica educativa basada en la técnica de mindfulness para así dar respuesta a las necesidades de los estudiantes.
- He planificado y organizado un servicio psicopedagógico, si bien queda pendiente la implementación de esta propuesta en un futuro.
- He formulado propuestas de mejora y de líneas de investigación a partir de la literatura consultada y de mi propio planteamiento psicopedagógico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adkins, A., Singh, A., Winton, A., McKeegan, G., y Singh, J. (2010). Using a mindfulness-based procedure in the community: Translating research to practice. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 175-183.
- Alborz, A., Glendinning, C., y McNally, R. (2005). Access to health care for people with learning disabilities: mapping the issues and reviewing the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(3), 173–182. Doi: 10.1258/1355819054338997.
- Álvarez, M. y Bisquerra, R. (2011). *Manual de orientación y tutoría*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. doi:10.1176/appi.books.9780890425657
- Ardila, A., y Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Florida: American Board of Professional Neuropsychology.
- Baer, R., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Ballesteros, S. (2000). *Psicología General. Un enfoque cognitivo para el siglo XXI*.
- Baer, R., Carmody, J., y Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based program. *J Clin Psychol*, 68(7), 755-765.
- Brown, F., y Hooper, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(3), 195-201.
- Brown, K. K., y Ryan R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Buchhled, N., Grossman, P., y Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation based psychotherapy: The development of the Freidberg Mindfulness Inventory. *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Caraveo E., Salcedo M., Barrón V., García A., Buenrostro L., y García C.S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34(5), 443 - 449.

- Chapman, M., y Mitchell, A. (2013). Mindfully valuing people now: an evaluation of introduction to mindfulness workshops for people with intellectual disabilities. *Mindfulness*, 4(2), 1–12. Doi: 10.1007/s12671-012-0183-5.
- Chilvers, J., Thomas, C., y Stanbury, A. (2011). The impact of a wardbased mindfulness programme on recorded aggression in a medium secure facility for women with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities & Offending Behaviour*, 2(1), 27–42. doi:10.5042/jldob.2011.0026.
- Collazo, C., González-Santos, J., González-Bernal, J., Sánchez, A.I., Padilla, D., y Palmero, C. (2017). Mindfulness en Discapacidad Intelectual. Un estudio. *INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 137-146. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1115>
- Didonna, F., y Gonzalez, Y. (2009). Mindfulness and feelings of emptiness. En F.Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 125–152). New York: Springer Publishing.Dunn.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., y Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: the development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS-R). *J Psychopathol Behab Assess*, 29, 177-190.
- Fox et al., (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 43, 48-73.
- Franco, C., Molina, A.M., Salvador, M., y De la Fuente, M. (2011). Modificación de variables de personalidad mediante la aplicación de un programa psicoeducativo de conciencia plena (mindfulness) en estudiantes universitarios. *Avances en psicología latinoamericana*, 29, 136-147.
- García-Rincón, C. (2006). *Educación la mirada: arquitectura de una mente solidaria*. España: Narcea, S.A. de ediciones.
- García-Sevilla, J. (1997). *Psicología de la Atención*. Madrid: Síntesis
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 263–279. doi:10.1080/14639947.2011.564843
- Greenberg, M. T. y Harris, A. R. (2012). Nurturing mindfulness in children and youth: Current state of research. *Child Development Perspectives*, 6(2), 161-166.
- Greenland, S. K. (2013). *El niño atento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Henepola, B. (2012). *El libro del mindfulness* (D. González y F. Mora, trans.). Barcelona: Editorial Kairós (trabajo original publicado en 2002).

- Hennelly, S. (2011). *The immediate and sustained effects of the .b mindfulness programme on adolescents social and emotional well-being and academic functioning* (trabajo de master). Brookes University, Oxford.
- Hernández, M. (2015). El concepto de Discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59.
- Hernández-Gómez, A. (2012). *Procesos psicológicos básicos*. México: Red Tercer Milenio.
- Huppert, F., y Johnson, D. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools; the importance of practice for an impact on well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 5(4), 264-274.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Piadkus.
- Kabat-Zinn, J., Massion, M., Kristeller, J., Peterson, L., Fletcher, K., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kuyken W., Weare, K., Ukoumunne, O. C., Lewis, R., Motton, N., Burnett, R., et al. (2013). Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: A Non-randomized Controlled Feasibility Study. *British Journal of Psychiatry*, 203(2), 1-6. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126649.
- Lawlor, M. S., Schonert-Reichl, K. A., Gadermann, A. M., y Zumbo, B. D. (2012). A Validation Study of the Mindful Attention Awareness Scale Adapted for Children. *Mindfulness*, 5(6) 1-12.
- León, B., Martín, E., García, A., y Felipe, E. (2009). Estudio preliminar de la escala de atención plena “mindfulness” en el ámbito escolar. *INFAD Revista de Psicología*, (1), 371-380.
- Levinson, D., Stoll E., Kindy, S., Merry, H., y Davidson, R. (2014). A mind you can count on: validating breath counting as a behavioral measure of mindfulness. *Frontiers in psychology*, 5, 1-10.
- Lew, M., Matta, C., Tripp-Tebo, C., y Watts, D. (2006). DBT for individuals with intellectual disabilities: A program description. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 9(1), 1–13.
- Luria, A. (1975). *Atención y memoria*. Barcelona: Martínez-Roca.
- MacCoon, D. G., MacLean, K. A., Davidson, R. J., Saron, C. D. y Lutz, A. (2014) No sustained attention differences in a longitudinal randomized trial comparing mindfulness based stress reduction versus active control. *PLoS ONE*, 9(6), e97551. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097551>

- MacLean, K.A., Ferrer. E., Aichele, S.R., Bridwell, D. A., Zanesco, A.P., Jacobs, T. L., et al. (2010). Intensive meditation training improves perceptual discrimination and sustained attention. *Psychol Sci*, 21(6), 829–839. Doi:10.1177/0956797610371339.
- Metz, S., Frank, J., Reibel, D., Cantrell, T., Sanders, R., y Broderick, P. (2013) The Effectiveness of the Learning to BREATHE Program on Adolescent Emotion Regulation, *Research in Human Development*, 10(3), 252-272, DOI: 10.1080/15427609.2013.818488.
- Miodrag, N., Lense, M., y Dykens, E. (2013). A pilot study of a mindfulness intervention for individuals with Williams Syndrome: Physiological outcomes. *Mindfulness*, 4(2), 137-147.
- Morgan, B., Morgan, S., y Germer, C. (2013). Cultivating attention and compassion. En C.K. Germer, R.D. Siegel y P.R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (2ª edición, pp. 76-93). Nueva York: Guilford press.
- Navon, D. (1985). Attention division or attention sharing. En M. I. Posner y O.S.M. Marin (Eds.). *Attention and performance XI*, (pp. 133-146). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Orjuela, J., Barrios, G., y Martínez, M. (2017). Neuropsiquiatría de los trastornos del movimiento. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 59-68.
- Pagnoni, G., y Cekic, M. (2007) Age effects on grey matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiol. Aging*, 28, 1623–1627.
- Parasuraman, R. (1984). Sustained attention in detection and discrimination. En R. Parasuraman y D. R. Davies (Eds.), *Varieties of Attention* (pp. 243-271). Orlando, FL: Academic Press.
- Pha, A., Krompinger, J., y Baime, M. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Psychonomic Society*, 7(2). 109-119.
- Portellano, J., y García, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria*. Madrid: Síntesis.
- Ramos, N., Enríquez, H., y Recondo, O. (2013). *Inteligencia emocional plena: Mindfulness y la gestión eficaz de las emociones*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Razza, R. A., Bergen-Cico, D., y Raymond, K. (2013). Enhancing preschoolers' self-regulation via mindful yoga. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 372–385.
- Reibel, D., Greeson J., Brainard G., y Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous population. *Gen Hosp Psychiatry*, 23(4), 183-192.

- Roselló, J. (1998). *Psicología de la Atención. Introducción al estudio del mecanismo atencional*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ruiz, P. J., Rodríguez, T., Martínez, A., y Núñez, E. (2014) Mindfulness en Pediatría: el proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena”. *Revista de Pediatría en Atención Primaria*, 16, 169-79.
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N. (2013). Assessment of Mindfulness: Review on State of the Art. *Mindfulness*, 4(1), 3–17. Doi:10.1007/s12671-012-0122-5.
- Seoane, J. A. (2011). ¿Qué es una Persona con Discapacidad? *ÁGORA*, 30(1), 143 - 161.
- Simón, V. (2011). Aprender a practicar mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 68-73.
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Adkins, A. D., Myers, R. E., Winton, A. S., Strand, P. S., et al. (2003). Soles of the feet: a mindfulness based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 24(3), 158–169. Doi: 10.1016/50891-4222(03)00026-X.
- Singh, N., Lancioni, G., Winton, A., Adkins, A., Singh, J., y Singh, A. (2007). Mindfulness training assists individuals with moderate mental retardation to maintain their community placements. *Behavior Modification*, 31(6), 800–814. Doi: 10.1177/0145445507300925.
- Singh, N., Lancioni, G., Winton, A., Singh, J., Singh, A. N., y Singh, A. D. (2011). Peer with intellectual disabilities as a mindfulness-based anger and aggression management therapist. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2690–2696. doi:10.1016/j.ridd.2011.06.003.
- Singh, N., Wahler, R., Adkins, A., Myers, R., Winton, A., Strand, P., et al. (2003). Soles of the feet: a mindfulness based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 24(3), 158–169. Doi: 10.1016/50891-4222(03)00026-X.
- Sohlberg, M., y Mateer, C. (2001). *Cognitive Rehabilitation. An Integrative Neuropsychological Approach*. The New York: Guilford Press.
- Tang, Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., et al. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceeding of the National Academy of Science USA*, 104, 17152–17156.
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 553–577. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-796\(99\)00050-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-796(99)00050-9).

Tudela, P. (1992). Atención. En J.L. Fernández Trespalacios y P. Tudela (coord.). Atención y percepción. Vol. 3 (pp. 119-163), en J. Mayor y J.L. Pinillos (eds.). Tratado de psicología general. Madrid: Alhambra.

Weare, K. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*, 26,129-169.

APÉNDICES

APÉNDICE 1: Comunicado para el permiso de realización de la investigación en el centro

Sr. (a) _____

Director (a)

Centro _____

Soy estudiante de la Universidad de Valladolid en el máster de Psicopedagogía Campus Miguel Delibes. Me encuentro desarrollando el Trabajo Fin de Máster (TFM) para la finalización de este estudio de postgrado.

Para dicho trabajo, solicito su colaboración para el desarrollo de la investigación que deseo poner en práctica. Dicha colaboración se refiere a la aplicación de un programa de mindfulness, necesitando para ello la colaboración de profesores y estudiantes, así como la cumplimentación de varios cuestionarios. Esta intervención tiene como finalidad determinar la influencia que tiene el programa planteado para la mejora de la atención en los estudiantes con DI de Formación Profesional Básica.

De igual forma, es necesario explicar el objetivo de la investigación a los estudiantes para conocer en qué consiste la propuesta y cómo deben cumplimentar los cuestionarios. En tales instrumentos, se recogerán datos demográficos e ítems para determinar el grado de atención.

Le estaría enormemente agradecido con poder contar con tal permiso.

Cordialmente,

Alberto Ordóñez Ruiz

___ de _____ de 2018

APÉNDICE 2: Cuestionario demográfico (ad hoc)

Por favor, escribe la respuesta en los espacios disponibles

1. Edad: _____

2. Sexo:

Hombre

Mujer

3. ¿Cuál es tu lugar de nacimiento? _____

3a. Si el lugar de nacimiento no es España, ¿cuánto tiempo llevas viviendo en España? _____

4. ¿Cuál es tu nivel de estudios?

Educación Primaria

Educación Secundaria

Otros

5. ¿Has hecho mindfulness alguna vez?

Sí

No (si respondes “no”, haz ahora la número 6)

5a. Si la respuesta es sí, ¿Cuántas veces?

Muy pocas veces

Alguna vez

Bastantes veces

Casi siempre

6. ¿Qué grado de discapacidad tienes?

Leve

Moderado

APÉNDICE 3: Escala de Atención plena adaptada

Escribe el número en el espacio que mejor describe tu propia opinión o lo que es verdadero de forma general para ti		Nunca o pocas veces	Raras veces	A veces	A menudo	Siempre o muchas veces
1	Cuando camino me doy cuenta de los movimientos que hace mi cuerpo.	1	2	3	4	5
2	Cuando me tumbo en el sillón percibo que mis músculos se relajan.	1	2	3	4	5
3	Cuando me visto por la mañana me doy cuenta de los movimientos que realizo con todo mi cuerpo: manos, piernas, tronco, cabeza.	1	2	3	4	5
4	Cuando me cepillo los dientes presto atención a lo que hago y siento el movimiento de mi mano al mover el cepillo.	1	2	3	4	5
5	Cuando paseo por el campo me paso el tiempo contemplando y escuchando la naturaleza.	1	2	3	4	5
6	Cuando voy de casa al centro me fijo en el camino que recorro.	1	2	3	4	5
7	Cuando vuelvo del centro a casa me doy cuenta de los ruidos que hay a mi alrededor.	1	2	3	4	5
8	Cuando me ducho, siento como el agua cae por mi cuerpo.	1	2	3	4	5
9	Me doy cuenta rápidamente cuando algo me produce alegría.	1	2	3	4	5
10	Cuando me doy cuenta de las cosas bonitas de la vida me siento bien y lleno de energía.	1	2	3	4	5

11	A menudo soy consciente de cómo mi respiración se acelera, por ejemplo cuando subo una escalera o hago ejercicio.	1	2	3	4	5
12	Soy capaz de darme cuenta cuando siento, pienso o actúo.	1	2	3	4	5

APÉNDICE 4: Escala atención (ad hoc)

Nombre del participante	Tiempo en actividad 2	Tiempo en actividad 3	Tiempo en actividad 4	Tiempo actividad 5	Tiempo actividad 6	Tiempo actividad 7

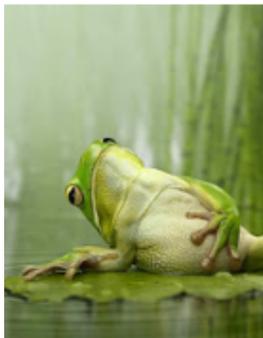
PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS

ALBERTO ORDÓÑEZ RUIZ
CURSO 2017/2018

ACTIVIDAD 1: INTRODUCCIÓN



ACTIVIDAD 2: ATENCIÓN Y CALMA



Postura correcta

Respiración

Ejemplo
tranquilo

Ejemplo sin
calma

ACTIVIDAD 3: LA RESPIRACIÓN DE LA ABEJA

Respiración con calma o con la
abeja



¿Cuándo nos hemos sentido más
relajados?

Consejos

ACTIVIDAD 4: EL SILENCIO



Ambiente 1

Escucha el silencio

¿Qué sonidos escuchas?

ACTIVIDAD 5: LA OBSERVACIÓN



Observaremos un objeto cercano

Nos centramos en el aquí y ahora

¿Qué hemos sentido? ¿Cuánto hemos estado atentos?

ACTIVIDAD 6: DESPLAZÁNDONOS POR EL CAMINO



Sensaciones distintas según la superficie

Paseamos atendiendo a como pisamos

Respiramos al mismo tiempo de forma consciente

¿Qué hemos sentido? ¿Qué diferencias hay según la superficie?

ACTIVIDAD 7: MI CUERPO Y MIS SENSACIONES



Respiramos de forma consciente

Exploramos el cuerpo, siguiendo el recorrido y respirando

¿Cómo fue la experiencia? ¿es útil en vuestra vida?

¿Qué dificultades habéis encontrado?