



Universidad de Valladolid

Curso 2018-19

TRABAJO FIN DE MÁSTER PSICOPEDAGOGÍA

Programa para la inserción socio-laboral del colectivo con discapacidad intelectual leve. Trabajando los valores y barreras desde la Terapia de Aceptación y Compromiso.

AUTOR:

Carmen Rendo Caro

TUTOR:

Paula Odriozola González

Tabla de contenido

0. JUSTIFICACIÓN.....	6
1. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	9
1.1. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD.....	9
1.2. DISCAPACIDAD INTELECTUAL: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS Y ETIOLOGÍA.....	10
1.3. REPERCUSIÓN LEGISLATIVA, SOCIAL, PSICOLÓGICA Y LABORAL DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	12
1.3.1. Impacto familiar, social y laboral de la discapacidad intelectual: las creencias y expectativas.....	13
1.3.2. Medidas socio-laborales ante la discapacidad intelectual.....	15
1.3.3. Impacto psicológico de la discapacidad intelectual.....	16
2. DIFERENTES ABORDAJES DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	18
2.1. TRATAMIENTOS PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA ASOCIADA A LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	18
2.2. TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN.....	20
2.3. ESTUDIOS Y EVIDENCIA EMPÍRICA DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN.....	23
3. INTERVENCIÓN DESDE ACT PARA TRABAJAR LAS BARRERAS DEL COLECTIVO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN SU INSERCIÓN SOCIO-LABORAL.....	25
1ª FASE. TRABAJO EN VALORES DEL COLECTIVO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	30
2ª FASE. TRABAJO CON BARRERAS: FLEXIBILIZANDO LA RESPUESTA.....	33
3ª FASE. ITINERARIO PERSONALIZADO DE INSERCIÓN SOCIO-LABORAL.....	38
4. CONCLUSIONES.....	40
5. REFERENCIAS.....	42
ANEXOS.....	46

RESUMEN. El presente Trabajo Fin de Máster tiene como base la Discapacidad Intelectual y la Terapia de Aceptación y Compromiso. A través de la aplicación de esta terapia en este colectivo, se pretende trabajar las barreras y/o limitaciones personales con el objetivo de que no les supongan un obstáculo en su desarrollo personal y también conseguir su desarrollo profesional e inserción socio-laboral. En concreto, se trata de un programa que se estructura en tres fases, siendo las dos primeras grupales donde se trabajará mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso. La última fase se realizará de manera individualizada, ajustándose a las necesidades de los individuos, consistiendo en un itinerario personalizado de inserción socio-laboral, donde se aplica el aprendizaje previamente realizado.

PALABRAS CLAVE. Discapacidad Intelectual, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Valores, Inserción socio-laboral.

ABSTRACT. The present Master's Thesis is based on Intellectual Disability and Acceptance and Commitment Therapy. Through the application of this therapy in this group, it is intended to work on personal barriers and limitations with the objective that they do not pose an obstacle in their personal development and also achieve their professional development and socio-labor insertion. Specifically, it is a program that is structured in three phases, being the first two groups where the Acceptance and Commitment Therapy will be worked. The last phase will be carried out in an individualized way, adjusting to the needs of the individuals, consisting of a personalized itinerary of socio-labor insertion, where the previously realized learning is applied.

KEY WORDS. Intellectual Disability, Values, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Social and Labor Insertion.

0. JUSTIFICACIÓN

El presente Trabajo Fin de Máster tiene como tema principal la Discapacidad Intelectual. Más concretamente, se centra en las barreras y limitaciones que suele presentar este colectivo y que, en buena medida, parecen derivar del trato recibido por la sociedad. Dichas limitaciones interfieren en su desarrollo pleno, incluyendo también el desarrollo profesional. Partiendo de esta base, el trabajo tiene como objetivo principal trabajar en la toma de conciencia del obstáculo que les suponen algunas de estas limitaciones en la consecución de lo que más valoran y, por medio de una serie de ejercicios/actividades, fomentar la autodeterminación de estas personas. Así, mediante un enfoque basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) trataremos de que estas personas acepten ciertas emociones y/o pensamientos incómodos que actúan habitualmente como barreras personales y se comprometan a alcanzar sus metas aun en presencia de ese malestar.

El hecho de abordar la temática de las limitaciones que presentan algunas personas con discapacidad intelectual se basa en la revisión de algunas investigaciones que ponen de manifiesto la existencia de estos obstáculos y el hecho de que algunas de estas personas se sientan reprimidas debido a la existencia de estos sentimientos y pensamientos. Teniendo en cuenta estas circunstancias, podríamos afirmar que se trata de un colectivo vulnerable, de ahí la motivación y la iniciativa de elaborar una propuesta para mejorar la situación de aquellas personas que precisen de una ayuda para alcanzar sus metas.

También se aprecia en diferentes estudios realizados que, mayoritariamente suele ser este colectivo quien más dificultades encuentra en su desarrollo personal, de ahí que este TFM esté enfocado en la Discapacidad Intelectual.

Personalmente, el trabajo con NEE y, más concretamente con Discapacidad Intelectual, me parece un ámbito bastante interesante a la vez que bonito y apasionante porque permite involucrarse no sólo como profesional, sino también como persona. Si a esto le sumamos la acción de poder ayudar y acompañar a las personas en su desarrollo personal, resulta ser un trabajo gratificante tanto para este colectivo como para el trabajador en cuanto al desempeño profesional.

En la realización de este TFM se han puesto en práctica diversas competencias relativas al Título del Máster. En concreto, como competencias generales:

G5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.

Esta competencia se ha trabajado a lo largo de la realización del presente trabajo, puesto que se ajusta a la ética tanto de los participantes con los que se llevaría a cabo la intervención, como con el código ético y deontológico del profesional a lo largo de todo su trabajo de diseño e implementación.

G6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.

De igual forma que la anterior, esta competencia ha estado presente durante toda la realización del trabajo puesto que se precisan de recursos digitales para la elaboración del mismo, búsqueda de información, así como la creación de contenido específico del tema a tratar.

G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que han de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.

Esta competencia no sólo ha sido implementada a lo largo de la realización del TFM, sino que, como buenos profesionales, debe llevarse a cabo a lo largo de toda la trayectoria y desempeño profesional. Esto debería ser así puesto que la propia práctica a la vez que nos lleva a aprender aspectos novedosos, también nos obliga a seguir formándonos debido al continuo cambio existente dentro del mundo de la educación.

Por último, como competencias específicas:

E3. Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.

Esta competencia es una de las más relevantes y se pone énfasis en ella en el apartado de la orientación laboral. Es decir, se le aporta orientación a los participantes en función de sus gustos y expectativas.

E4. Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.

El propio trabajo es un programa elaborado para dar respuestas a aquellos colectivos, en nuestro caso Discapacidad Intelectual, ante situaciones que les impiden desarrollarse de manera adecuada y alcanzar sus metas.

E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.

Este TFM es una planificación de una serie de actividades destinadas a favorecer a un colectivo específico, aportando servicios psicopedagógicos para el desarrollo e implementación del mismo, con el objetivo de alcanzar el beneficio del grupo.

E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

Toda intervención debe basarse en una investigación propia y este trabajo está también basado en diferentes investigaciones realizadas. A partir de ellas se ha ido elaborando paulatinamente con el objetivo de mejorar las condiciones y realidad del colectivo.

1. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

1.1. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD.

En España hay un número de personas con discapacidad representado por el 8,5% de la población (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2008), siendo un 1-2% de la población personas con discapacidad intelectual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza en 1980 la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) que efectúa un esfuerzo de unificación de las clasificaciones existentes con anterioridad, así como una integración conceptual. En este sentido, los conceptos de minusvalía, deficiencia y discapacidad se conciben como una progresión lineal que iría desde una deficiencia, motivada por una situación intrínseca de pérdida o anomalía de estructura o función, hasta la exteriorización de la misma mediante una discapacidad. La situación de minusvalía o desventaja sería una consecuencia de los conceptos previos (Verdugo, 1995).

Al describir la deficiencia, discapacidad y minusvalía, la CIDDM establece el concepto de manera integrada (OMS, 1983, p. 60) (**Véase Figura 1**).

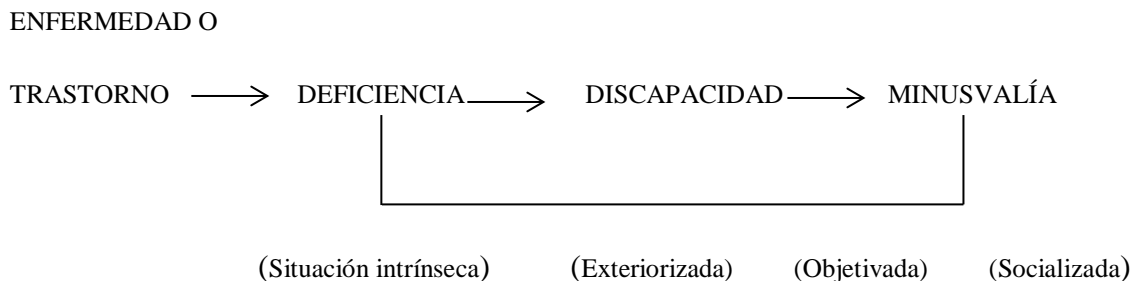


Figura 1. Deficiencia, discapacidad y minusvalía (Tomada de Verdugo, 1995)

Por su parte, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001) ahonda en este mismo concepto, entendiendo el funcionamiento y la discapacidad como una relación dinámica donde se ven implicados los aspectos relacionados con la salud del individuo y los factores que tienen que ver con el medio, la persona en sí misma y los aspectos ambientales (Fernández-López, Fernández-Fidalgo, Geoffrey, Stucki y Cieza, 2009).

En 2005, surge el concepto de Diversidad Funcional, promovido tras la reflexión de Romañach, Lobato y Palacios (2005) y usado actualmente con el propósito de eliminar todas las connotaciones negativas que posee el concepto de discapacidad. Este nuevo concepto no se centra en las carencias de estas personas, sino que hace referencia a una forma de funcionamiento diferente a lo considerado normal.

1.2. DISCAPACIDAD INTELLECTUAL: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS Y ETIOLOGÍA.

En lo que respecta a la discapacidad intelectual, rastreamos la terminología de retraso mental, así como la concepción sobre la misma propuesta por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM, 1992). Esta concepción conlleva un cambio radical de planteamiento frente a las propuestas previamente formuladas, ya que comienza a basarse en la interacción entre la persona y el contexto. Así, el nuevo concepto de retraso mental trae consigo un cambio en la forma en que la sociedad percibe a este colectivo, entendiéndose la discapacidad como un funcionamiento de la persona y no como una característica de la misma.

La Asociación Americana de Discapacidad Intelectual (AAIDD, 2011), anteriormente AARM, entiende la discapacidad intelectual como aquella discapacidad en que está limitado significativamente tanto el funcionamiento intelectual como la conducta adaptativa, englobando esta última las habilidades sociales y las prácticas cotidianas. Igualmente, plantea identificar las necesidades existentes en estas personas con el fin de dar los apoyos necesarios y mejorar sus dificultades para que, de esta manera, puedan interactuar en diferentes contextos sociales en las mismas condiciones que el resto de la sociedad.

El DSM-5 define la discapacidad intelectual como “un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” (American Psychiatric Association, 2013, p. 17). Algunas de las características más comunes en todos los sujetos con discapacidad intelectual son que presentan bajo cociente intelectual, reflejado en un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media y, sobre todo, cierta dificultad en las habilidades adaptativas. En este sentido, según el DSM-5, podemos hacer una distinción del grado de discapacidad intelectual en base al funcionamiento de los dominios conceptual, social y práctico que presentan, pudiendo diferenciar cuatro tipos de gravedad en la discapacidad intelectual: leve, moderada, grave y profunda (DSM-5, 2013) **(Véase Anexo I)**.

En cuanto a las características de las personas con discapacidad intelectual, es importante resaltar que suelen presentar más trastornos mentales, neurológicos, médicos y físicos que la población general (APA, 2013). De hecho, según Bouras (1999), entre un 20% y un 40% de personas con discapacidad intelectual posee algún tipo de trastorno mental. Es frecuente, según el DSM-5, la coexistencia en el mismo individuo de dos o más trastornos relacionados con la discapacidad intelectual, por ejemplo, el trastorno del espectro autista (TEA), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno bipolar, el trastorno de control de impulsos y el trastorno de movimientos estereotipados (APA, 2013).

Respecto a la etiología de la discapacidad intelectual, tradicionalmente se hacía una distinción entre causas orgánicas o ambientales. Posteriormente, con la llegada del manual de la AAMR (1992), se concretó más la etiología de esta discapacidad asociándola a factores prenatales, perinatales o postnatales. Dentro de cada uno de esos factores, a su vez, había una serie de componentes que podían ser biomédicos, sociales, conductuales y educativos. En función del factor al que hiciéramos referencia podíamos encontrar diferentes causas atendiendo al momento en que se producían en la persona (Verdugo y Schalock, 2010) **(Véase Anexo II)**.

Según González, Raggio-Risso, Boidi-Hernández, Tapié-Nicolini y Roche-Lowezy (2013), los factores genéticos son la causa predominante de discapacidad intelectual, aunque también es importante destacar causas cromosómicas y otros defectos asociados a genes más específicos (**Tabla 1**). De los síndromes cromosómicos asociados a discapacidad intelectual,

destaca el síndrome de Down (que supone alrededor de un tercio de los casos), el síndrome de Edwards, el síndrome de Lejeune y el síndrome de Patau, entre otros (Ramos, 1997)

<i>Factores causales*</i>	<i>DM leve</i>	<i>DM moderada/grave</i>
Genéticos	14	45
Ambientales	10	19
Idiopáticos	76	36

**Aunque aquí aparecen por separado a efectos de simplicidad, se asume que hay casos de DM donde interactúan factores genéticos y ambientales.*

Tabla 1. Frecuencia (%) de los factores etiológicos de la deficiencia mental (DM) (Tomada de Ramos, 1997)

1.3. REPERCUSIÓN LEGISLATIVA, SOCIAL, PSICOLÓGICA Y LABORAL DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

En general, hasta mediados del siglo XX, la vida de las personas con discapacidad intelectual ha estado marcada por la exclusión social por parte del resto de la sociedad, ya que consideraba que estas personas no podían adaptarse a las demandas del medio social (Ravaud y Stiker, 2001). Sin embargo, según los principios de normalización e integración que formuló Bank-Mikkelsen (1969, 1975), las personas con discapacidad intelectual pueden desarrollarse plenamente como seres humanos. En este sentido, merecen las mismas condiciones de igualdad de derechos y dignidad que el resto de la sociedad, necesitando para su desarrollo una serie de apoyos específicos e individualizados. Así, para poder alcanzar el completo desarrollo de estas personas, así como su paulatina incorporación a la sociedad, diferentes organismos internacionales han formulado una serie de normas. Por ejemplo, podemos destacar: el Plan de Acción del Consejo de Europa para la Promoción de Derechos y

la Plena Participación de las Personas con Discapacidad en la Sociedad (Consejo de Europa, 2006) o la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2006).

A pesar de toda la normativa vigente para evitar la exclusión de estas personas, partimos de una gran desventaja constituida por las creencias de la sociedad acerca de las capacidades y destrezas laborales que posee este colectivo. Es más, esta percepción negativa de la sociedad también afecta a la propia visión que tienen estas personas sobre sí mismas, mostrando bajas expectativas y creencias negativas que afectan en muchas ocasiones a su inserción socio-laboral (Caleidoscopia, 1996).

1.3.1. Impacto familiar, social y laboral de la discapacidad intelectual: las creencias y expectativas.

Es importante resaltar que la valoración de la discapacidad por parte de este colectivo está influenciada por las creencias sociales y, merecen especial atención, las creencias presentes en el ámbito familiar (DeLoach y Greer, 1981). La familia comprende un sistema interrelacionado donde todo lo que sucede repercute en todos los miembros que la conforman, de esta manera el hecho de tener un hijo con discapacidad repercute en todo el conjunto. Esto hace que se generen algunos efectos negativos en la vida cotidiana y en la convivencia (Guyard et al., 2012).

De la misma manera, se ve afectada positiva o negativamente la inclusión laboral de este colectivo (Caleidoscopia, 1996). Así, estas creencias pueden favorecer o, por el contrario, limitar el potencial de las personas con discapacidad intelectual. Esto es, el sujeto puede verse apoyado por la confianza que deposita el medio sobre él (familiares, profesionales, etc.) y sus capacidades para realizar cualquier actividad e incorporarse al mundo laboral ordinario o, en cambio, verse influenciado por las bajas expectativas sobre su capacidad para conseguirlo. Según Crocker, Major y Steele (1998), las personas con discapacidad intelectual viven con una imagen social desvalorizada y, tal como indican Dovidio, Major y Crocker (2000), tienen una señal de identidad estigmatizada por la sociedad.

En este sentido, la concepción propuesta por la AAIDD (2011) pone énfasis en la actitud y creencias que poseen las personas del entorno como uno de los medios para alcanzar la plena incorporación al empleo ordinario del colectivo con discapacidad intelectual. La

imposición de adaptaciones en el entorno, así como las creencias y actitudes de la sociedad hacia la inclusión de estas personas, comprenden factores que determinan el logro de esta meta. En esta misma línea, según Verdugo (1998), no sólo son determinantes las deficiencias o limitaciones del individuo, sino que también hay que tener en cuenta el contexto, que puede suponer una barrera, de ahí la importancia de hacer más énfasis en él.

Por su parte, también la OMS (2011) señala que una de las barreras o limitaciones más importantes para la inclusión de estas personas son las creencias, actitudes y expectativas. Así, según O'Brien (1985), se produce un círculo vicioso, iniciándose éste en el momento en que comienzan a surgir los prejuicios que generan bajas expectativas de rendimiento. Esto, a su vez, reduce las oportunidades de aprendizaje, formación y acceso al empleo, provocando o generando experiencias negativas o, incluso, la inexistencia de experiencias. Finalmente, esta situación termina desembocando en dificultades mayores en el funcionamiento, retroalimentando así los prejuicios de los que partimos, volviendo a iniciarse el círculo vicioso.

Se ha señalado también que el grado de discapacidad incide directamente en las expectativas del contexto, de tal manera que a mayor grado de discapacidad menores expectativas existen a la hora de su inserción laboral (Joseph Rowntree Foundation, 1996). Como ya indicó O'Brien (1985), una de las consecuencias de las bajas expectativas es la falta de oportunidades y la discriminación que sufren.

Por último y, vinculado con el hecho de que el contexto familiar pueda suponer una barrera o, por el contrario, un medio facilitador que impulse las oportunidades de sus hijos con discapacidad intelectual, están las creencias de la autodeterminación de sus hijos. Así, se encuentran diferentes percepciones y creencias de los padres hacia la autodeterminación de sus hijos (Carter, Lane, Cooney, Weir, Moss y Machalicek, 2013). De tal manera que éstas suelen influir en la actitud que ellos mismos tienen. Según Wehmeyer (2014), se precisa abordar esta cuestión desde el ámbito familiar, como una realidad que afecta a todo el núcleo familiar y no solamente como un rasgo específico del individuo (Shogren, 2013).

1.3.2. Medidas socio-laborales ante la discapacidad intelectual.

Como hemos visto en el anterior apartado, las repercusiones que las creencias o percepciones del contexto social y familiar tienen sobre el colectivo con el que trabajamos pueden influir negativamente en su actitud y, por tanto, afectar directamente no sólo a nivel de su desarrollo personal, sino que, también en el plano laboral. A continuación, se señalará qué medidas suelen implementarse a día de hoy para intentar resolver estas dificultades de inserción socio-laboral con este colectivo.

Actualmente, el modelo teórico vigente, incorporado en la normativa tanto internacional como europea de la discapacidad, es el modelo de inclusión (Gómez, 2013). Se entiende por inclusión la oportunidad que se le da a las personas de este colectivo de participar en todos los ámbitos (escolar, laboral, recreativo, comunitario, doméstico, etc.) de manera íntegra y satisfactoria, al igual que lo hacen el resto de las personas, con el objetivo de disminuir y eliminar totalmente su exclusión social o discriminación.

Así, las políticas de nuestro país destinadas a la inserción laboral de las personas con discapacidad intelectual han ido encaminadas en los últimos tiempos hacia la facilitación de un empleo ordinario normalizado. En este sentido, se han creado talleres ocupacionales, centros especiales de empleo, incentivos a las empresas que contraten trabajadores con discapacidad, así como apoyos humanos para garantizar el desempeño correcto del puesto de trabajo. Aunque el empleo ordinario con apoyo parece que sólo tiene aspectos positivos y a favor de la integración de estas personas, tiene algunos inconvenientes puesto que precisa mayores recursos materiales y profesionales que el llevado a cabo en un centro ocupacional o en un centro especial de empleo. Por tanto, supone un gasto importante y no se suele implementar.

Por otra parte, es importante resaltar que estas medidas no están encaminadas al trabajo de las limitaciones personales del colectivo que puede conllevar su condición, si no al establecimiento de recursos que ayuden y mejoren su inserción. Este otro aspecto es quizá más relevante y es por ello que no debe dejarse de lado, siendo un punto clave en este Trabajo Fin de Máster.

1.3.3. Impacto psicológico de la discapacidad intelectual.

No sólo hay que tener en cuenta el impacto social, familiar y laboral de la discapacidad intelectual, también existen otras limitaciones que condicionan negativamente a este colectivo a la hora de su desarrollo laboral. Éstas pueden ser dificultades para concentrarse, dificultades para comunicarse o comprender instrucciones y, también, problemas de salud (McConkey y Mezza, 2001).

Otros factores también han sido señalados como obstáculos del acceso al empleo de este grupo de personas, según el estudio realizado por Pallisera, Fullana y Vilà (2005). El primero de ellos es la escasa colaboración que pueda existir por parte de los familiares, seguida de una tardía formación profesional. Además, cabe señalar la ausencia de seguimiento realizado por parte de preparadores laborales con vistas a su inserción y adaptación al puesto de trabajo. Y, por último, la carencia de recursos personales relacionados con el autoconocimiento, la autoestima, la iniciativa personal, la motivación o la responsabilidad laboral, conformando estos últimos factores lo que denominamos autodeterminación.

La autodeterminación está relacionada tanto con la mejora de la calidad de vida como con el acceso al empleo ordinario de este colectivo. Se entiende por autodeterminación la capacidad de decidir y elegir por uno mismo, guiándose por sus metas, preferencias, decisiones y elecciones. Y, según Schalock (2008), la autodeterminación resulta un factor concluyente de la calidad de vida.

La calidad de vida es definida por la OMS como un complejo entramado que alberga aspectos como la salud de la persona, su psicología, el nivel de independencia que tenga el individuo, las relaciones sociales y las creencias personales (Whoqol Group, 1995). **(Véase Anexo III)**

La autodeterminación se puede enseñar y, para que esto sea posible, se han identificado los componentes que la constituyen: la autonomía, la autorregulación, el fortalecimiento y la autorrealización. Además, para alcanzar la autodeterminación no sólo se considera necesario contar con estas características, también se indica como características imprescindibles incluir el aprendizaje, entendido como desarrollo, y las experiencias, entendidas como oportunidad que tienen los sujetos para desarrollarse. En suma, la autodeterminación para este autor, Schalock (2008), sería considerada como la capacidad que

tienen las personas de decidir por sí mismas, guiándose por una serie de criterios y valores personales.

En nuestro caso, sería la capacidad que tiene el colectivo con discapacidad intelectual de actuar según sus intereses, que a la vez va a estar relacionado directamente con los valores que posea. Así, lo que se pretendería es que, por medio de la autodeterminación, que a su vez va a estar influenciada por los valores personales, se reconduzcan las decisiones del colectivo encaminándolas hacia la inserción socio-laboral cuando así lo deseen, haciéndoles conscientes de las creencias que poseen y que, en muchas ocasiones, suponen una barrera o limitación. Este objetivo cabría insertarlo dentro de los habituales según las terapias de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Igualmente, como se ha señalado anteriormente, se ha destacado la existencia de una relación muy estrecha entre la autodeterminación y el acceso al empleo, es decir, la existencia de un buen nivel de autodeterminación se ha relacionado con mayores opciones de acceso al empleo y, a su vez, el acceso al empleo con una mejora de la autodeterminación (Stancliffe, Abery y Smith, 2000).

Por tanto, para que la inclusión socio-laboral sea satisfactoria también necesitamos de la autodeterminación del propio individuo. La autodeterminación supone que la persona es capaz de actuar tomando sus propias decisiones relacionadas con su calidad de vida sin que las opiniones externas puedan interferir y, por tanto, también incluye sus decisiones socio-laborales. Para que esto sea posible, es muy necesario que la persona con discapacidad intelectual sea consciente de sus fortalezas y debilidades. En este sentido, es preciso tener en cuenta a la autodeterminación como un objetivo educativo relevante dentro de la formación de personas con discapacidad intelectual.

Así, se conseguiría que las personas con discapacidad intelectual puedan tomar decisiones en su vida con el fin de conseguir una mayor calidad de vida y una integración socio-laboral satisfactoria. Sin embargo, la práctica de la autodeterminación por parte de este colectivo es un aspecto bastante complicado ya que suelen ser las personas de su medio las que deciden por ellos lo que pueden o no hacer, contribuyendo así negativamente a su desarrollo personal, generando sentimientos de incompetencia y provocando ciertas dificultades en su aprendizaje, así como una escasa o nula participación social.

En resumen, se podría decir que existe cierta influencia ejercida por el medio social y familiar con ciertas creencias y actitudes hacia este colectivo. En general, dicha influencia puede afectar negativamente al nivel psicológico del colectivo, generando sentimientos de indefensión a la hora de afrontar su inserción socio-laboral.

2. DIFERENTES ABORDAJES DE LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

2.1. TRATAMIENTOS PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA ASOCIADA A LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

Normalmente, para eliminar malestares emocionales, creencias erróneas y/o problemas de conducta se emplean tratamientos o intervenciones farmacológicas y psicológicas, o una combinación entre ambas. Según Matson et al. (2000), hay poca efectividad de los psicofármacos como tratamiento para reducir conductas no aceptadas socialmente en personas con discapacidad intelectual. Una de las principales intervenciones llevadas a cabo actualmente es el Apoyo Conductual Positivo (ACP), un conjunto de técnicas encaminadas a modificar el entorno en el que se da una conducta problemática, eliminando su importancia y fomentando una conducta alternativa, socialmente aceptada y, que sea más eficaz (Canal y Martín, 2003).

Un ejemplo de este tipo de intervención sería la llevada a cabo ante casos de agresividad como respuesta a determinadas demandas ejercidas socialmente hacia este colectivo y que no son de su agrado, comportándose el colectivo de esta manera para evitar dar la respuesta demandada y eliminar tal demanda. Si se aplicase la intervención de Apoyo Conductual Positivo se procuraría eliminar o extinguir la respuesta inadecuada por parte de este colectivo y se fomentaría la realización de respuestas adecuadas a la demanda realizada. Esta forma de intervención puede vincularse con intervenciones realizadas desde lo que se conoce como Primera Generación de la Terapia de Conducta.

Por otro lado, tenemos la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), o Terapias de Segunda Generación. Por lo que aquí concierne, se trataría de intervenciones aplicadas en personas de este colectivo con el objetivo de eliminar la ira y las posibles conductas agresivas (Vereenoghe y Langdon, 2013). La diferencia con la anterior intervención estaría en que el núcleo central de intervención serían las cogniciones o pensamientos de estas personas como origen de esas respuestas conductuales inadecuadas.

Desde hace aproximadamente unos veinte años, están emergiendo y cogiendo impulso otra serie de abordajes terapéuticos, fundamentalmente, aunque no exclusivamente en el ámbito de la Psicología Clínica, se trata de las Terapias de Tercera Generación, o también conocidas como tercera ola de Terapias Cognitivo-Conductuales (Hayes, 2004). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) o el Mindfulness pertenecen a este grupo de terapias. Para entender en qué consiste este tercer enfoque se realizará una comparación de las Terapias de Tercera Generación, que son las que nos ocupan, con las de Primera y Segunda Generación.

A diferencia de las Terapias de Primera Generación (terapia de conducta clásica), no se centran exclusivamente en la eliminación de conductas inadecuadas o problemáticas, sino que abogan por la alteración de aspectos tanto cognitivos como emocionales, así como de las funciones que éstos cumplen en el medio. De esta manera, se centran también en el pensamiento o cognición, al igual que lo hacen las Terapias de Segunda Generación. No obstante, mientras que las de Segunda Generación consideran a la cognición la causa del comportamiento, las de Tercera Generación la consideran producto del aprendizaje relacional y, por tanto, se aborda con un objetivo diferente a la Segunda Generación.

2.2. TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se basa en la propia experiencia que tenga el sujeto en cuestión como punto clave e inicial del tratamiento (emociones, cogniciones o propiamente conducta observable), cuando esta experiencia se considera insatisfactoria o genera sufrimiento. El objetivo que tiene esta terapia es romper determinados patrones de actuación que realiza el individuo y que le conllevan sufrimiento. Estos patrones implican una especial relación de la persona con ciertos eventos privados, principalmente emociones y/o cogniciones.

Así, la ACT se centra en que ante determinadas situaciones (por ejemplo, exclusión y expectativas bajas hacia las personas con discapacidad intelectual), en lugar de que la persona dirija su comportamiento a evitar el malestar emocional relacionado con esa situación, trabaje en la aceptación de las emociones o cogniciones implicadas, generando flexibilidad de respuesta en su comportamiento. Es decir, mayor aceptación y mejor respuesta ante estas situaciones para que el sujeto pueda encaminarse hacia lo que de verdad le importa, en el caso que nos ocupa, su formación y su inserción socio-laboral (**Véase Figura 3**).



Figura 3. Terapia de Aceptación y Compromiso. Elaboración propia.

Esta terapia considera que hay un conflicto o situación problemática cuando determinadas reacciones incómodas se convierten en los protagonistas de las vidas de estas personas, adquiriendo “el control” de su comportamiento. De esta manera, la elección del

propio sujeto queda condicionada en estas circunstancias, sin tener en cuenta, o dejando de lado, los valores que éste posee para actuar en consecuencia.

Partiendo de las bases de esta terapia, se hace igualmente especial hincapié en los valores particulares que puedan tener las personas con discapacidad intelectual. Según Wilson y Luciano (2002), los valores y el sentido de las decisiones que se realizan, transforman el comportamiento y las motivaciones de las personas, permitiendo así su coherencia y flexibilidad. Desde ACT los valores son definidos como caminos deseados y elegidos por las propias personas como un medio para garantizar su calidad de vida. Los valores pueden conseguirse por medio de la conducta, pero nunca se van a conseguir como una meta en sí misma ya que son la guía del comportamiento.

Igualmente, los valores personales son un factor necesario puesto que se entienden como guía de toda intervención. El análisis de estos valores implica una dualidad entre un estado de las cosas, es decir, cómo son, y otro estado preferible, cómo le gustaría que fuesen. De esta manera, se contempla la dirección que se pretende tomar para modificar la situación actual con el objetivo de alcanzar una realidad deseada (Gutiérrez, Luciano, Páez y Valdivia, 2006). En concreto, los valores son importantes para comprender qué motiva a la persona y, por tanto, qué guía su conducta. Según Williamson (1958), cada acción y cada decisión del individuo deben estar basadas en la aceptación de un valor determinado. Esto es, las personas actuamos y respondemos ante diferentes situaciones en función de los valores y criterios que tengamos.

Es cierto que los valores que poseemos vienen influenciados en cierta medida por el contexto social; por ejemplo, porque son lo que hemos estado viendo desde que nacemos y, en consecuencia, los asimilamos como normales en nuestra forma de comportarnos. Este aspecto puede entenderse que se acentúa aún más en el colectivo de personas con discapacidad intelectual, en el sentido de que suelen estar más condicionados por las opiniones y expectativas de la sociedad.

Con respecto a esta cuestión, un aspecto a destacar, ya señalado anteriormente, es que las personas que rodean a este colectivo suelen decidir por ellos, sin tener en cuenta qué es lo que de verdad quieren, es decir, sin tener en cuenta los valores que puedan poseer y su autodeterminación. Por este motivo, en muchas ocasiones, se ven persiguiendo metas y

objetivos personales que les limitan personalmente y les generan un malestar importante. Así, es muy necesario desarrollar la autodeterminación de estas personas permitiendo que salgan a relucir los valores que poseen, como pudiera ser la integración social o desarrollar su trabajo de forma profesional.

Entre las Terapias de Tercera Generación se encuentra también el Mindfulness, esta técnica terapéutica, conocida también como atención plena, tiene origen budista. Puede aplicarse tanto de manera individual como de manera grupal y se ha comprobado su eficacia en el tratamiento de varios trastornos. Según Brown y Ryan (2003), la aplicación del Mindfulness está enfocada en conseguir la concentración del sujeto y en hacerle consciente de la tarea que está realizando en ese mismo momento, sin que la mente esté pensando en otro asunto u otro momento del pasado o del futuro. De esta manera, se pretende conseguir la atención al momento, es decir, al aquí y ahora (Siegel, 2010).

La práctica del Mindfulness o la atención plena hace que la persona deje de lado aquellos pensamientos y sentimientos que surgen en situaciones de estrés, en lugar de aferrarse a ellos y a los pensamientos negativos que afloran en el momento (Bishop, 2002). Varela, Rosch y Thomson (1992) consideran la atención plena como el darse cuenta, alcanzado a partir de la relajación y la consciencia del momento. Así mismo, estos mismos autores afirman que la técnica de Mindfulness está diseñada para alejar la mente de sus propias teorías y preocupaciones, es decir, para centrarse en la situación presente.

Con la práctica del Mindfulness, la persona paulatinamente es capaz de reconocer y ver tal cual cómo son sus pensamientos, en lugar de acatarlos tal como son, de manera indiscutible. De esta manera, es capaz de identificar los sentimientos que resurgen de las diferentes situaciones, evaluándolos para poder responder de la mejor manera, en lugar de dar una respuesta automática ligada a sus patrones habituales (Segal et al., 2002).

2.3. ESTUDIOS Y EVIDENCIA EMPÍRICA DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un modelo de intervención clínica que se basa en la Teoría del Marco Relacional. La Terapia tiene como objetivo el desarrollo de una serie de procesos psicológicos llamados aceptación, defusión, contacto con el momento presente, sentido de yo-como-contexto, valores y compromiso. Como resultado de la realización de estos procesos psicológicos, con la ayuda de la implementación de diferentes estrategias como, por ejemplo, metáforas, se obtiene lo que se denomina flexibilidad psicológica.

La flexibilidad psicológica supone que el comportamiento de los sujetos no muestre lo que se denominada evitación experiencial. Esta flexibilidad les va a aportar mayor sensibilidad hacia los estímulos provenientes del medio exterior y del propio cuerpo del individuo, fortaleciendo este proceso el compromiso y la perseverancia en aquellos aspectos que se deseen lograr, en este sentido se hace referencia a los valores que poseen las personas.

La adquisición de la flexibilidad psicológica también se demuestra en la visión del yo-como-contexto en el que la identidad de las personas no está condicionada por las etiquetas o creencias que establece la sociedad y ellos mismos, sino que, esta visión les permite tomar conciencia desde una perspectiva global y actuar sin dejarse llevar por esas creencias/etiquetas momentáneas (Barnes-Holmes, Hayes y Gregg, 2001).

Por último, también cabe ser señalado que para la consecución de la flexibilidad psicológica y el trabajo de los procesos anteriormente señalados es crucial trabajar con dos aspectos centrales en esta terapia, como son el trabajo con los valores de la persona y las barreras o limitaciones que le surgen a medida que se dirige a lo que la persona valora.

Existen varios estudios dedicados a comprobar la repercusión del desarrollo de los procesos de ACT. Uno de los primeros estudios que se realizó se dedicó a comprobar el impacto de un protocolo diseñado con el objetivo de reducir el efecto que tenían los niveles de estigma en los consejeros de adicciones (Hayes et al., 2004).

El estudio de Hayes et al. (2004) se basó en un ensayo clínico controlado en el que se aplicó un protocolo de entrenamiento en aceptación y compromiso. Durante un día el grupo de control fue entrenado en competencia cultural frente al grupo clínico, los resultados mostraron que el entrenamiento en aceptación y compromiso efectivamente produjo una reducción del impacto de niveles de estigma de los consejeros de adicciones. Los datos también reflejaron que hubo un incremento de la flexibilidad psicológica.

Otro estudio llevado a cabo por Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting y Rye (2008) evaluó el impacto del estigma hacia el propio sujeto. Se realizó con una muestra de 88 participantes en tratamiento por consumo de sustancias, la duración fue de seis horas distribuidas en tres sesiones, de dos horas cada una de ellas. Concretamente, los sujetos participantes recibieron un entrenamiento basado en ACT. Los resultados obtenidos mostraban que ACT redujo significativamente el estigma que tenían los participantes hacia sí mismos, así como se incrementó su flexibilidad psicológica (Cook, 1996).

En lo que respecta al Mindfulness, no parece que existen intervenciones específicas en cuanto a creencias estigmatizantes o condicionantes en este colectivo. No obstante, se observa la existencia de varias intervenciones focalizadas en diversas problemáticas, principalmente, trastornos emocionales. La mayor parte de las intervenciones han sido llevadas a cabo en atención primaria, observándose resultados satisfactorios y significativos (Finucane y Mercer, 2006).

3. INTERVENCIÓN DESDE ACT PARA TRABAJAR LAS BARRERAS DEL COLECTIVO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN SU INSERCIÓN SOCIO-LABORAL.

El presente trabajo se va a centrar en realizar una propuesta de intervención desde ACT en el colectivo con discapacidad intelectual y, concretamente, en el trabajo de sus barreras personales a la hora de desempeñar una búsqueda activa de empleo. De esta manera, nos serviremos de las bases de la intervención anterior con el fin de trabajar las limitaciones con las que se encuentra el colectivo en el momento de hacer cara a la formación específica y a su búsqueda de empleo. Así, mediante la intervención trabajaremos aquellas áreas que impiden el desarrollo personal y profesional de los usuarios, y también se les facilitará su inserción socio-laboral mediante la creación de un itinerario de inserción individualizado.

Como propuesta para mejorar y/o favorecer la inserción socio-laboral de personas con discapacidad intelectual, partiremos de las barreras y limitaciones con las que se encuentran a la hora de acceder al ámbito laboral para iniciar una intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. De esta manera, se pretenden abordar las limitaciones que puedan interceder en el alcance de su inserción socio-laboral. Para ello, la intervención va a tener diferentes momentos o fases, que se desarrollarán posteriormente. En concreto, la intervención se estructura en tres fases, siendo las dos primeras grupales donde se trabajará mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso. La última fase se realizará de manera individualizada, ajustándose a las necesidades de los individuos, y consistirá en un itinerario personalizado de inserción socio-laboral de los participantes. En este itinerario se hará uso también del aprendizaje llevado a cabo en las fases previas, es decir, se hará una puesta en práctica del trabajo con sus valores y el manejo de sus limitaciones, aplicándose específicamente en el ámbito laboral.

DESTINATARIOS

Este Trabajo Fin de Máster está dirigido a personas con discapacidad intelectual, pero no a todo el colectivo, sino que está especialmente enfocado a la discapacidad intelectual leve.

Podría aplicarse a la discapacidad intelectual moderada, con las adaptaciones necesarias y pertinentes al nivel de cada uno de los participantes. Por ejemplo, una de las adaptaciones podría ser la modificación del lenguaje, mediante el uso de uno más sencillo, o el acompañamiento y refuerzo de las explicaciones con ejemplos o imágenes.

Es importante destacar que la propuesta está diseñada para trabajar mediante dos procedimientos, las dos primeras fases de manera colectiva y una última parte de manera individual, ya que es totalmente personalizada en función de las necesidades de cada uno de los participantes.

OBJETIVOS

El objetivo general de la intervención es promover la autodeterminación del colectivo, para ello se trabajará con las barreras personales que les limitan en la búsqueda de la inserción socio-laboral de las personas con discapacidad intelectual leve, así como se trabajarán los siguientes objetivos específicos:

- Promover la flexibilidad psicológica de los individuos.
- Entrenar en dejar de lado limitaciones/barreras que habitualmente vienen influidas por creencias presentes en la sociedad.
- Conocer sus intereses formativos y/o laborales, así como valores vitales que motivan sus acciones.

TEMPORALIZACIÓN

El proyecto está dividido en tres fases diferentes, cada una de ellas con un número de sesiones, para poder desarrollar de manera adecuada el trabajo.

Las sesiones van a tener lugar dos veces por semana, teniendo una duración cada una de ellas de una hora aproximadamente, esto es debido a que es el tiempo estimado que se considera provechoso en cuanto a rendimiento.

La duración aproximada del proyecto está comprendida en cinco semanas, tiempo en el que se desarrollarán las dos primeras fases. La última parte, que comprende la tercera fase, tiene una duración variada en función de la situación personal de los sujetos, es por ello que sólo se establece la duración de la parte común del proyecto. Aproximadamente, la última fase puede durar en torno a diez-doce meses naturales. Esto es debido a la complejidad en cuanto a la búsqueda de empleo y el acceso al mundo laboral.

Los días seleccionados pueden ser sujetos a modificaciones; no obstante, se facilita a continuación un cronograma a modo de guía (**Tabla 2**).

	MES 1				MES 2				MES 3			
FASE 1												
FASE 2												
FASE 3												

■ Fase 1
■ Fase 2
■ Fase 3

Tabla 2. Cronograma del programa desarrollado

PLAN DE RECURSOS

- **Gestión de las personas**

En lo que respecta a los profesionales que se precisan para la implementación del proyecto planteado, necesitamos el trabajo colaborativo de dos Psicopedagogos, o bien de un

Pedagogo y un Psicopedagogo. También se podría contar con la ayuda de un Psicólogo, o con la ayuda de un Educador Social cuando estos profesionales estén cualificados para el desempeño de estas labores.

El trabajo para el desarrollo del proyecto se realizará de manera conjunta, de igual manera que la puesta en práctica, aunque cabe destacar que a la hora de desarrollar las sesiones uno de ellos se encargará de llevarla a cabo y el otro será el responsable de ir tomando anotaciones, para efectuar las posibles mejoras o modificaciones en caso de que fuese necesario.

- **Recursos materiales**

Con respecto a los materiales requeridos, no son necesarios grandes recursos para las dos primeras fases, tan solo un lugar donde poder llevar a cabo las diferentes sesiones. Aunque es importante destacar que se necesita de una sala espaciosa donde los participantes se sientan cómodos e integrados, para ello se escogerá una sala habilitada de su centro ocupacional, aquellos que dispongan de él, los que no tengan un centro ocupacional de referencia deberán acudir al mismo donde se desarrolle el proyecto.

Para el desarrollo de la última fase del proyecto sí es posible que se precise el uso de nuevas tecnologías. Por este motivo, será preciso que se disponga de un ordenador para la posible elaboración de CV's y búsqueda de ofertas de empleo.

EVALUACIÓN

Evaluación inicial.

En un primer momento se les va a pasar a todos los participantes un cuestionario personal (**Véase Anexo V**) donde se pretende indagar desde qué punto partimos a la hora de desarrollar el programa y también conocer cuáles son las expectativas de los participantes. Así, también pretendemos conocer lo que les gustaría conseguir y aquellas limitaciones/barreras que creen que tienen para no poder alcanzar sus objetivos.

Evaluación procesual.

Esta evaluación se va a realizar a medida que se va desarrollando el programa, es decir, a medida que se van realizando las diferentes sesiones planteadas. De esta manera, se pretende que todos los objetivos planteados a lo largo de las actividades se vayan controlando diariamente, observando si se alcanzan o no los objetivos en ellas planteados.

Los encargados de realizarla son los profesionales que van a desarrollar las diferentes sesiones del proyecto, en este caso, los psicopedagogos. En cada una de las sesiones queda reflejada la manera en la que se va a evaluar cada una de las actividades y, por tanto, si el resultado es favorable o, por el contrario, se debe repetir la actividad. En aquellos casos que no se alcancen los objetivos planteados, se volverá a repetir la tarea planteada, pero de forma individual con la supervisión del psicopedagogo.

Evaluación final.

Finalmente, se realizará una evaluación en el momento en que se terminen de desarrollar la tres fases en las que está dividido el programa. Para ello, se volverá a pasar el cuestionario personal que se realizó en el momento de iniciar el programa (**Véase Anexo V**). Una vez que todos los participantes hayan vuelto a realizarlo una segunda vez, se podrán comparar los resultados y podremos ver si el programa ha sido beneficioso y de provecho para los participantes, o si por el contrario hiciera falta realizar alguna modificación.

Seguimiento.

Una vez terminados los procesos de evaluación, no quiere decir que el programa haya concluido, los profesionales deberán hacer un seguimiento, que se irá dilatando en el tiempo paulatinamente, de los participantes, con el fin de asistirles en cualquier momento que requieran de ayuda, de supervisarlos correctamente y de asegurarse que todo está transcurriendo de manera adecuada.

También se les facilitará a los participantes una figura de referencia a la que pueden acudir en cualquier momento que lo necesiten o en el caso de que precisen de algún apoyo profesional.

1ª FASE. TRABAJO EN VALORES DEL COLECTIVO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

En este primer momento se va a plantear una intervención de manera grupal con el colectivo con el que se está trabajando.

Cada una de las actividades propuestas ha sido diseñada para conocer los valores que posee el grupo en cuestión. De esta manera, sabremos cuál es el patrón por el que guían su comportamiento y también podremos conocer las metas que les gustaría alcanzar.

Para ello, en la tabla que se muestra posteriormente, se puede ver de manera clara cada una de las sesiones de las que consta esta primera fase de la intervención. Todas las sesiones tienen marcados unos objetivos que se pretenden conseguir una vez demos por finalizadas las actividades propuestas, para comprobar si los objetivos planteados han sido alcanzados por los participantes se realizará una evaluación (**Tabla 3**).

La evaluación consistirá en una reflexión final mediada por el psicopedagogo, estará basada en el análisis de toda la información dada por los participantes, recogida en el transcurso de la sesión, para finalmente elaborar una valoración grupal de las mismas.

En esta valoración aparecerán reflejados todos los objetivos y motivaciones de los participantes, así como también saldrán a relucir los valores que posee cada uno de los miembros del grupo y las limitaciones con las que se encuentran a la hora de dirigirse a conseguir sus objetivos. La evaluación será favorable si el profesional consigue recoger toda la información pertinente que se precisa de cada uno de los miembros del grupo. Por el contrario, no se considerará como satisfactoria si algún participante no logra dar la información que necesitamos, es por ello que repetiremos las sesiones de manera individual y

personalizada en caso de que no se consiga el objetivo en formato de grupo, tal y como está diseñado inicialmente.

Principalmente, todos los objetivos se quieren alcanzar de forma grupal, tal y como está planificado, pero en caso de que exista alguna particularidad que nos impida hacerlo de esta manera se realizará de manera individual con aquellos participantes que precisen de un apoyo específico o más individualizado.

Nº SESIÓN	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN
1	¿Quiénes somos?	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer a los miembros del colectivo con el que se trabajará. • Establecer una relación inicial entre los participantes. 	60 minutos
2	Y yo, ¿qué es lo que quiero?	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las motivaciones del colectivo. • Conocer qué es lo que les gustaría conseguir. 	60 minutos
3	¿Qué puedo hacer para conseguir eso que quiero?	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la iniciativa de los participantes. • Saber cómo se comportarían o qué harían para alcanzar sus objetivos. 	60 minutos
4	¿Qué me impide llegar a mis objetivos?	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las limitaciones que se encuentran a la hora de conseguir sus metas. 	60 minutos

Tabla 3. Actividades valores personales. Elaboración propia

En la tabla anterior, aparte de incluir las actividades llevadas a cabo y los diferentes objetivos que se pretenden conseguir con la realización de cada una de las actividades, se puede observar la duración de cada sesión, siendo de 60 minutos cada una de ellas. Esta

duración es el tiempo estimado para que exista un aprovechamiento de la misma, considerando que en los participantes no decaiga la atención.

En la siguiente tabla, se recogen todas las actividades indicadas previamente en las diferentes sesiones, así como también la explicación de cómo se va a desarrollar cada una de ellas (**Tabla 4**).

Nº DE SESIÓN	ACTIVIDAD
1	Primera toma de contacto del grupo y el psicopedagogo encargado del desarrollo de la intervención. Esta primera sesión se va a dedicar a que todos los miembros del grupo se conozcan, entablen una relación y se produzca confianza entre los integrantes. Para ello, se realizará una presentación por parte de los profesionales y se fomentará una presentación por parte de los participantes. También, el profesional les explicará el transcurso de las diferentes sesiones que van a realizarse.
2	En la segunda sesión, la actividad consiste en que cada miembro del grupo, a partir de la pregunta inicial que se plantea: “ y yo, ¿qué es lo que quiero? ”, responda acerca de qué es lo que les gustaría o qué es lo que quieren conseguir, cuál/es son sus objetivos y metas en la vida.
3	En esta sesión, partiendo de la información obtenida en la actividad anterior, se plantea otra pregunta: “ ¿qué puedo hacer para conseguir eso que quiero? ”. Con esta pregunta, se espera que los participantes respondan cuáles son sus estrategias o cuáles creen que son los procedimientos para alcanzar sus metas.
4	En esta última sesión, y enlazando con la anterior, se pone sobre la mesa la pregunta de: “ ¿qué me impide llegar a

mis objetivos?” Se pretende averiguar con esta formulación qué es aquello que les impide o qué les retrae a la hora de iniciar el camino hacia la consecución de sus objetivos.

Tabla 4. Actividades valores personales. Elaboración propia

2ª FASE. TRABAJO CON BARRERAS: FLEXIBILIZANDO LA RESPUESTA.

En este segundo momento, se va a plantear una intervención de manera grupal, al igual que en la fase anterior, con el colectivo con el que se está trabajando.

Cada una de las actividades propuestas, en esta fase, ha sido diseñada para implementar un elemento habitual en el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Se partirá de toda la información extraída en la primera fase, es decir, vamos a partir de los valores y de los objetivos de cada uno de los participantes, así como de las barreras que se encuentran en la consecución de sus metas. De esta manera, sabremos qué es lo que quieren conseguir y la manera en la que se comportan y, por medio de ACT, se contemplará cómo ciertas limitaciones que les surgen no son los impedimentos que suponen, sino que pueden manejarse.

El objetivo más específico de esta segunda fase es que los participantes tomen conciencia de la relatividad de las emociones/pensamientos que, en la mayoría de las ocasiones, emergen como barreras o limitaciones, cuando de hecho no tienen “dicho poder”. Para ello, se van a realizar las diferentes sesiones que se plantean (**Tabla 5**).

Nº SESIÓN	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN
1	El control como problema I	<ul style="list-style-type: none"> Hacer consciente a los participantes que su principal problema es controlar la situación. 	60 minutos
2	El control como problema II	<ul style="list-style-type: none"> Hacer consciente a los participantes que su principal problema es controlar la situación. 	60 minutos
3	Aceptación por medio de la desliteralización	<ul style="list-style-type: none"> Conseguir que los participantes acepten las diferentes experiencias con las que se encuentran. 	60 minutos
4	Aceptación por medio de la desliteralización	<ul style="list-style-type: none"> Conseguir que los participantes acepten las diferentes experiencias con las que se encuentran. 	60 minutos
5	Valorando nuestras metas	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la dirección que quieren tomar los sujetos, así como las metas y acciones que se suceden. 	60 minutos
6	Atravesando barreras/Fluyendo	<ul style="list-style-type: none"> Evitar abandonar el 	60 minutos

con impedimentos	proceso emprendido cuando aparezcan los obstáculos esperados.
-------------------------	---

Tabla 5. Actividades Terapia de Aceptación y Compromiso. Elaboración propia.

Nº DE SESIÓN	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
1	<p>En esta primera sesión se plantea el ejercicio del <i>elefante rosa</i>. “No salives si te pido que te imagines bebiendo un zumo...”</p> <p>El profesional plantea a los participantes, mostrándoles un zumo, que eviten que les entre sed o la tentación de probarlo.</p>	<p>Para comprobar si el ejercicio ha sido efectivo, los participantes deben afirmar que su reacción es distinta o que experimentan sentimientos diferentes. Obviamente, si la persona indica que ha salivado no quiere decir que lo haya hecho mal, sólo se trata de demostrar que este hecho no se puede controlar. En este caso, se comprobaría el hecho de que los participantes afirmen que no pueden controlar esa situación.</p>
2	<p>La actividad consiste en plantearles el control de sus estados emocionales, por</p>	<p>Para comprobar si el ejercicio ha sido efectivo, los</p>

	<p>ejemplo: “no tengas miedo”, “deja de estar nervioso”, “sé positivo...”</p> <p>El profesional en este caso, les plantea la situación de que unos ladrones asaltan su casa mientras duermen por la noche y les pide a todos ellos que no sientan miedo ni se pongan nerviosos.</p>	<p>participantes deben afirmar que su reacción es distinta o que experimentan sentimientos diferentes.</p> <p>En este caso se comprobaría el hecho de que los participantes afirmen que no pueden controlar esa situación, es decir, que afirmen que si sentirían miedo y entrarían en un estado de nerviosismo ante la situación planteada.</p>
<p>3</p>	<p>Se plantea el ejercicio <i>Convención AND/BE</i>, consiste en sustituir el “pero” por “y”. Por ejemplo en lugar de “iría pero tengo vergüenza”, decir: “voy y tengo vergüenza”.</p> <p>En este caso se pedirá a los participantes iniciativa siendo ellos quienes deban dar ejemplos, en los que hayan sentido miedo o vergüenza en algunas situaciones y, el ejercicio consistirá en que sustituyan el “pero” por “y”.</p>	<p>El ejercicio se puede dar por superado cuando las reacciones privadas que comprometen al sujeto son vistas como menos comprometedoras, es decir, cuando sean conscientes de lo que sienten, y aun así, se comprometen a realizar una acción determinada.</p>
<p>4</p>	<p>Este ejercicio consiste en ser consciente de que “Yo soy malo” es un pensamiento, no</p>	<p>La meta del ejercicio es conseguir que el participante sea</p>

	<p>una verdad. Es más correcto: “Soy una persona que ahora se evalúa como malo”.</p> <p>Esta dinámica se haría de igual manera que la anterior, el profesional les plantea a los participantes frases como “yo no valgo para esto” y serán ellos quienes deban formular nuevas frases haciendo hincapié en su propia evaluación “soy una persona que ahora se evalúa como incompetente”.</p>	<p>consciente de sus pensamientos. Es decir, afronte la situación y compruebe la relatividad de “lo aterrador”, con lo que antes fusionaba su comportamiento.</p>
5	<p>Ejercicio de <i>las metas, las acciones y las barreras</i>. El profesional les explica que tienen que enumerar una serie de acciones claras y factibles, acciones que pueden ser mejores para ir hacia la meta que quieren alcanzar, por ejemplo, puedo estudiar peluquería para trabajar como peluquera. También, hay que reconocer y analizar las barreras.</p>	<p>El ejercicio finaliza cuando se han identificado las acciones que deben realizar y se ha conseguido el compromiso, es decir, son conscientes de las barreras y aun así optan por seguir hacia la consecución de su meta. Los participantes tienen la intención de actuar y dan pasos en esa dirección deseada.</p>
6	<p>En esta última actividad se plantea la metáfora del vagabundo que se cuela en tu fiesta (no es deseado, pero una</p>	<p>Se da por superado la actividad cuando los participantes comprenden que</p>

<p>vez que está allí, ¿vamos a perder toda la fiesta controlando cómo se comporta?).</p> <p>En este caso lo que pretende el profesional es hacerles ver con este ejemplo que por un impedimento que se encuentren en el camino hacia su meta, no tiene por qué arruinar todo el trabajo que ya han realizado anteriormente. Tienen que continuar su camino y ser conscientes de estas barreras que les irán surgiendo y, aun así alcanzar sus objetivos.</p>	<p>siempre hay implicaciones o consecuencias cuando aceptamos algo, es decir, que si aceptamos llegar hacia donde queremos probablemente nos encontremos con limitaciones, pero estas no deben impedirnos llegar hacia nuestro destino.</p>
--	---

Tabla 6. Actividades Terapia de Aceptación y Compromiso. Elaboración propia.

3ª FASE. ITINERARIO PERSONALIZADO DE INSERCIÓN SOCIO-LABORAL

Esta última fase tendría que ver con la inserción socio-laboral del colectivo, sería el último paso que daríamos hacia la consecución de sus metas.

Mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso, y el fomento de la autodeterminación, se espera conseguir que el colectivo acepte las limitaciones que la sociedad establece en su inserción socio-laboral y sea consciente de ellas comprometiéndose con la realidad, afrontándolas para alcanzar su objetivo. Se iniciará así el proceso que les va a

conducir hacia el mundo laboral. Este proceso tiene que ver con la creación de un itinerario individual de inserción socio-laboral, donde se recogen los gustos e intereses de los participantes con el fin de crear un itinerario personalizado acorde con sus preferencias.

Esta última parte cambiará su formato de realización y se llevará a cabo de manera individual. Se iniciará un proceso de formación para aquellos participantes que no dispongan de ella, que posteriormente les permita incorporarse al ámbito laboral, por otra parte, en aquellos que ya dispongan de la formación necesaria para la incorporación a un puesto de trabajo, este paso se omitiría.

En un primer momento, para aquellos que no tienen una formación cursada, se iniciará el diseño del itinerario a partir del conocimiento de los gustos e intereses formativos de los participantes, para ello se realizará una entrevista por parte del psicopedagogo a cada uno de los participantes con el objetivo de saber cuáles son las diferentes preferencias formativas y así poder elaborar individualmente un itinerario de formación. (**Véase Anexo IV**).

Una vez que todos los participantes inicien sus correspondientes formaciones, la labor del psicopedagogo en este caso sería de acompañamiento durante la misma por si en algún momento surgieran dudas o conflictos. De igual manera, en el caso de las personas que no tienen que cursar ninguna formación, se procedería directamente a la búsqueda activa de trabajo, siendo el papel del psicopedagogo de orientador donde le proporcionaría ayuda y un acompañamiento durante la búsqueda.

Para ello, en un primer momento se realizaría conjuntamente con cada uno de ellos un currículum vitae. También, se les enseñarían diferentes portales de empleo y su correcto funcionamiento para que puedan iniciarse activamente en la búsqueda del empleo que más se adapte a las características, demandas y necesidades de los participantes.

Toda esta fase vendría, por supuesto, acompañada de una labor de asesoramiento en la gestión de emociones o pensamientos desalentadores/limitadores que aparezcan en sus pasos hacia la inserción laboral. Por este motivo, es imprescindible que sea realizada con posterioridad a las anteriores, para que se le puedan mostrar ejemplos “in situ” de lo que ha contemplado en las sesiones previas. El propósito será siempre que siga dando pasos hacia lo que desea, sin detenerse y aceptando muchas emociones o pensamientos que surgen en el camino.

4. CONCLUSIONES

Para concluir este Trabajo Fin de Máster, hay que señalar que se espera que la intervención diseñada para el colectivo con discapacidad intelectual, cuyo objetivo general de la intervención es trabajar con las barreras personales que limitan su inserción socio-laboral, se alcance. Además, se espera que los participantes puedan contar con un nivel adecuado de autodeterminación, en el que la capacidad para decidir por ellos mismos no se vea condicionada por las limitaciones que les pueden ser impuestas por la sociedad. Se pretende conseguir, por tanto, que los participantes sean capaces de decidir por ellos mismos siendo fieles a sus valores y no viéndose influenciados por las decisiones y opiniones de los demás. En este sentido, el trabajo con valores del colectivo es un núcleo central en la intervención propuesta, trabajándose de forma transversal posteriormente a lo largo del resto de la intervención.

En la misma línea que el objetivo anterior, también se planteaba el del entrenamiento en dejar de lado limitaciones/barreras que habitualmente vienen influidas por creencias presentes en la sociedad. De esta manera, se espera que mediante la aplicación de ACT, los participantes sean conscientes de las diferentes limitaciones que se han encontrado o que pueden llegar a encontrarse en algún momento de su vida y sepan actuar en dirección a sus valores, persiguiendo los diferentes pasos que se proponen; aun existiendo trabas en su camino que puedan influenciarles negativamente. Podremos decir que este objetivo se ha alcanzado cuando los participantes, a pesar de que les surjan impedimentos, sean capaces de aceptarlos y comprometerse con sus metas para trabajar en la dirección de la consecución de las mismas.

Por último, otro de los objetivos planteados, sería conocer los intereses formativos y/o laborales del colectivo, esta parte es una de las finales, pero igualmente se espera obtener esta información para poner en práctica todo lo trabajado anteriormente en la intervención mediante ACT y el trabajo de la autodeterminación.

Se podría decir que, si se alcanzase a llegar a esta última fase, satisfactoriamente diríamos que los objetivos planteados desde un primer momento se han alcanzado y, por

tanto, los participantes estarían preparados para asumir la entrada al mundo laboral, todos aquellos que así lo deseen.

Limitaciones y líneas de trabajo futuras

Con vistas a la mejora del proyecto, se indica que, dado que éste ha sido diseñado para aplicarlo a un grupo de personas con discapacidad intelectual leve, podría ampliarse el rango de su aplicación. Es decir, sería conveniente realizar las adaptaciones que fuesen necesarias en la primera y segunda fase del proyecto para que pudiera ser implementado con el colectivo de discapacidad intelectual moderada, ampliando así la ratio de aplicación y generando así nuevas oportunidades. En ese caso se precisaría de, al menos, un profesional más. Esto es así debido a que al incrementarse el nivel de dependencia de nuestro colectivo y por tanto, de una mayor adaptación, es necesaria la labor de un profesional más.

En cualquier caso, no tiene por qué aplicarse el proyecto con un grupo conformado por un número limitado de personas, puede llevarse a cabo con varios grupos y de manera paralela, aunque se tendría que aumentar el número de profesionales, así como disponer de varios espacios donde poder desarrollar las diferentes sesiones.

Por otra parte, una limitación con la que también se contaría es el cuestionario de evaluación inicial y final. Este cuestionario de evaluación que se plantea debería ser validado para poder contar con una conclusión adecuada acerca de los resultados que se obtengan y, de este modo, obtener unos resultados válidos y fiables para futuras puestas en marcha.

Se ha de añadir que la propuesta se plantea como un punto de partida, modificable en función del feedback obtenido durante las evaluaciones y, por tanto, con posibles mejoras tras su primera implementación.

Desde mi punto de vista, considero que es un buen proyecto, ya que al mismo tiempo que está trabajando el fomento de la autodeterminación por medio de ACT, también favorece las relaciones interpersonales de los participantes con las personas de su grupo, y también con personas de otros grupos, en caso de que se realizasen paralelamente diferentes intervenciones.

5. REFERENCIAS

Antequera, R., Garrido, M. y Pascual, D.M. (2014). Autodeterminación y calidad de vida: un programa para la mejora de personas adultas con discapacidad intelectual. *Psicología educativa*, 20, 33-38.

Arellano, A. y Peralta, F. (2013). Autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual como objetivo educativo y derecho básico: estado de la cuestión. *Revista española de discapacidad*, 1(1). Recuperado de <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/37>

Arellano, A. y Peralta, F. (2015). Autodeterminación personal y discapacidad intelectual: un análisis desde la perspectiva de las familias. *Siglo Cero*, 46(3). Recuperado de http://revistas.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/02101696/article/view/scero2015463725

Arellano, A., y Peralta, F. (2013). Calidad de vida y autodeterminación en personas con discapacidad. Valoraciones de los padres. *Revista Iberoamericana de Educación*, 63, 145-160. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11181/4368>

Beltrán, M., Flores, N., Jenaro, C., Tomsa, R. y Lucas, J. (2014). Actitudes, barreras y oportunidades para el empleo de personas con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 4(1).

Boidi, M., González, G., Raggio, V., Roche, L., y Tapié, A. (2013). Avances en la identificación etiológica del retraso mental. *Rev Neurol*, 57(1), 575-583. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Victor_Raggio/publication/253339080_Advances_in_the_identification_of_the_aetiology_of_mental_retardation/links/59aef666458515150e473cc5/Advances-in-the-identification-of-the-aetiology-of-mental-retardation.pdf

Carr, E. (1998). El apoyo conductual positivo: filosofía, métodos y resultados. *Siglo Cero*, 29(5), 5-9. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3748>

Carter, E. W., Lane, K. L., Cooney, M., Weir, K., Moss, C.K., y Machalicek, W. (2013). Parent assessments of self-determination importance and performance for students

with autism or intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 118(1), 16-31.

Dykens, E. y Hodapp, R. (2004). Genética y fenotipo conductual en la discapacidad intelectual: su aplicación a la cognición y a la conducta problemática. *Revista Síndrome de Down*, 21(2), 134-149. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3933>

Ferreira, M.A., y Rodríguez, S. (2010). Desde la dis-capacidad hacia la diversidad funcional: Un ejercicio de dis-normalización. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68(2), 289-309. DOI:10.3989/ris.2008.05.22

García, C. E., y Sánchez, A. S. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del RPD*, 50, 15-30.

Gómez, L., Navas, P. y Verdugo, M.A. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, 17(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113205592008000200004&script=sci_arttext&tlng=en

Gutiérrez, O., Luciano, C., Páez, M. y Valdivia, S. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.

Henao, C.P. y Gil, L.M. (2009). Calidad de vida y situación de discapacidad. *Revista hacia la promoción de la salud*, 14, 112-125. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/3091/309126692005/>

Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>

Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/66/63>

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Ramos, F.J. (1997). Deficiencia mental de origen genético. *Anales Españoles de Pediatría*, 47(2). Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/47-2-3.pdf>

Schalock, R., y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38 (4), 21-36. Recuperado de <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/55873>

Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano en 2003, Alianza Editorial]

Verdugo, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Siglo Cero* 34(205), 5-19. Recuperado de <http://sid.usal.es/articulos/discapacidad/6141/8-2-6/analisis-de-la-definicion-de-discapacidad-intelectual-de-la-asociacion-americana-sobre-retraso-mental-de-2002.aspx>

Verdugo, M.A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 25 (5). Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo_AAMR_92.pdf

Verdugo, M.A. (2000). *Programa de habilidades de la vida diaria (PVD). Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú.

Vereenooghe, L. y Langdon, P.E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 4085-4102.

Wehmeyer, M. (1996). Self-determination as an educational outcome: a definitional framework and implications for intervention. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 9(3), 175-209.

Wehmeyer, M. (2001). Autodeterminación: una visión de conjunto conceptual y análisis empírico. *Siglo cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 32(194), 5-15. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=40306>

Wehmeyer, M. y Bolding, N. (2001). Enhanced self-determination of adults with intellectual disability as an outcome of moving to community-based work or living environments. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 371-383.

ANEXOS

ANEXO I. Clasificación de la Discapacidad Intelectual según DSM-5

ESCALA DE GRAVEDAD			
	<u>Dominio conceptual:</u> en	<u>Dominio social:</u> en	<u>Dominio práctico:</u> el
Leve	niños de edad preescolar, puede no haber diferencias conceptuales manifiestas. En niños de edad escolar y en adultos, existen dificultades en el aprendizaje de 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 adultos, existe alteración del pensamiento abstracto, la función ejecutiva (es decir, planificación, definición de estrategias, determinación de	comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. Por ejemplo, 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 por la edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada a la edad; estas	individuo puede funcionar de forma apropiada a la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan cierta ayuda con tareas de la vida cotidiana complejas en comparación con sus iguales. En la vida adulta, la ayuda implica típicamente la compra, el transporte, la organización doméstica y del cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y la gestión bancaria y del dinero. Las habilidades recreativas son similares a las de los grupos de la misma edad, aunque el juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio

	<p>prioridades y flexibilidad cognitiva) y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas (p. ej., leer, manejar el dinero). Existe un enfoque algo concreto a los problemas y soluciones en comparación con los grupos de la misma edad.</p>	<p>dificultades son apreciadas en sus iguales en situaciones sociales. Existe una comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales; el juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).</p>	<p>necesita ayuda. En la vida adulta, con frecuencia se observa competitividad en trabajos que no destacan en habilidad conceptuales. Los individuos generalmente necesitan ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y legales, y para aprender a realizar de manera competente una vocación que requiere habilidad. Se necesita típicamente ayuda para criar una familia.</p>
Moderado	<p><u>Dominio conceptual:</u> durante todo el desarrollo, las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales. En preescolares, el lenguaje y las habilidades</p>	<p><u>Dominio social:</u> el individuo presenta notables diferencias respecto a sus iguales en cuanto al comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo. El lenguaje hablado es típicamente un instrumento primario para la comunicación</p>	<p><u>Dominio práctico:</u> el individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer, vestirse, y de las funciones excretoras y la higiene como adulto, aunque se necesita un periodo largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo en estos campos, y se</p>

	<p>preacadémicas se desarrollan lentamente. En niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas y del tiempo de comprensión y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y está notablemente reducido en comparación con sus iguales. En adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas está típicamente en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las habilidades académicas, en el trabajo y en la vida personal. Se necesita ayuda continua diaria para completar tareas conceptuales de la vida cotidiana, y otros pueden encargarse totalmente de las responsabilidades del individuo.</p>	<p>social, pero es mucho menos complejo que en sus iguales. La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y los amigos, y el individuo puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida y, en ocasiones, relaciones sentimentales en la vida adulta. Sin embargo, los individuos pueden no percibir o interpretar con precisión las señales sociales. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados, y los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida. La amistad con los iguales en desarrollo con frecuencia está afectada por limitaciones de la</p>	<p>puede necesitar personas que le recuerden lo que tiene que hacer. De manera similar, se puede participar en todas las tareas domésticas en la vida adulta, aunque se necesita un período largo de aprendizaje, y se requiere ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento adulto. Se puede asumir un cargo independiente en trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesita ayuda considerable de los compañeros, supervisores y otras personas para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y responsabilidades complementarias, como programación, transporte, beneficios</p>
--	---	--	--

		comunicación o sociales. Se necesita ayuda importante social y comunicativa en el trabajo para obtener éxito.	sanitarios y gestión del dinero. Se pueden llevar a cabo una variedad de habilidades recreativas. Estas personas necesitan típicamente ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un periodo de tiempo largo. Una minoría importante presenta comportamiento inadecuado que causa problemas sociales.
Grave	<u>Dominio conceptual:</u> 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.	<u>Dominio social:</u> 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 dentro de acontecimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza	<u>Dominio práctico:</u> 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

		para la comunicación social más que para la explicación. Los individuos comprenden el habla el habla sencilla y la comunicación gestual. La relación con los miembros de la familia y otros parientes son fuente de placer y ayuda.	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	<u>Dominio conceptual:</u> 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 visoespaciales, como la concordancia y la clasificación basada en características físicas. Sin embargo, la existencia concurrente	<u>Dominio social:</u> 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 verbal y simbólica. El	<u>Dominio práctico:</u> el individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque también pueden 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

	<p>de alteraciones motoras y sensitivas pueden impedir un uso funcional de los objetos.</p>	<p>individuo disfruta de la relación con miembros bien conocidos de la familia, cuidadores y otros parientes, y da inicio y responde a interacciones sociales a través de señales gestuales y emocionales. La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.</p>	<p>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 inadecuado.</p>
--	---	---	--

Tabla I. Clasificación de la discapacidad intelectual según DSM-5.

ANEXO II. Factores típicos de riesgo prenatales, perinatales y postnatales

Prenatal

- Biomédico: alteraciones cromosómicas, alteraciones metabólicas, infecciones transplacentarias (p. ej., rubeola, herpes, sida), exposición a toxinas o teratógenos (p. ej., alcohol, plomo, mercurio), malnutrición (p. ej., deficiencia materna de yodina)
- Social: pobreza, malnutrición materna, violencia doméstica, falta de cuidado prenatal
- Conductual: uso de drogas por los padres, inmadurez parental
- Educativo: padres con discapacidad sin apoyos, falta de oportunidades educativas

Perinatal

- Biomédico: prematuridad, daño cerebral, hipoxia, alteraciones neonatales, incompatibilidad del factor Rhesus (Rh)
- Social: carencia de acceso a cuidados en el nacimiento
- Conductual: rechazo parental de cuidados, abandono parental del niño
- Educativo: falta de derivación hacia servicios de intervención tras el alta médica

Postnatal

- Biomédico: daño cerebral traumático, malnutrición, trastornos degenerativos/ataques, toxinas
- Social: falta de estimulación adecuada, pobreza familiar, enfermedad crónica, institucionalización
- Conductual: abuso y abandono infantil, violencia doméstica, conductas de niños difíciles
- Educativo: retraso diagnóstico, intervención temprana inadecuada, servicios de educación especial inadecuados, apoyo familiar inadecuado

Tabla II. Factores típicos de riesgo prenatales, perinatales y postnatales

ANEXO III. Dimensiones e indicadores de calidad de vida

Dimensiones e indicadores de calidad de vida	
Dimensiones	Indicadores
Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio.
Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés.
Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos.
Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales.
Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño.
Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda.
Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones.
Derechos	Derechos humanos, derechos legales.

Tabla III. Quality of life for human service practitioners (Schalock y Verdugo, 2003) en Verdugo et al., 2009.

ANEXO IV. Entrevista formación profesional

1. Datos personales		
Apellidos y Nombre:		DNI:
Dirección:		
Teléfono de domicilio:		Teléfono móvil:
Dirección de correo electrónico:		
Fecha de nacimiento:		Edad:
Lugar de nacimiento:		Nacionalidad:
2. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Porcentaje: <input type="checkbox"/> 0-33% <input type="checkbox"/> 33-65% <input type="checkbox"/> +65%		
Preceptor/a prestación económica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
3. Formación		
Formación reglada		
Nivel de estudios realizados:		
Inicio:	Finalización:	Centro:
Inicio:	Finalización:	Centro:
Inicio:	Finalización:	Centro:
4. Inserción socio-laboral		
Intereses profesionales: Enumerar tres posibles empleos		
1.		
2.		
3.		
Condiciones laborales deseadas		
Jornada:		
Desplazamiento:		
Salario:		
Trabajo en equipo:		

Tabla IV. Elaboración propia a partir de:

http://www.ivas.es/docs/docs_publica/formacion/1A%20ITINERARIOS%20PERSONALIZADOS%20PARA%20EL%20ACCESO%20AL%20EMPLEO.pdf

ANEXO V. Cuestionario personal

CUESTIONARIO PERSONAL

¿Qué te gustaría hacer o dedicarte en un futuro?

¿Puedes hacerlo?

¿Por qué no lo haces? ¿Qué te lo impide?

¿Qué harías si no tuvieras esos impedimentos?

Tabla V. Cuestionario personal. Elaboración propia