



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Máster en Psicopedagogía

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Propuesta de intervención para la mejora de la calidad de vida de personas con Discapacidad Intelectual durante el confinamiento motivado por la Covid-19

Trabajo realizado por:

José Antonio Jiménez Cano

Trabajo tutorizado por:

Paula Odriozola González

Curso 2019-2020

Agradecimientos

La ejecución de este trabajo supone el fin de una etapa académica y el inicio de una nueva etapa a nivel profesional. La trayectoria que he seguido me ha permitido hallar mi principal interés en la Educación y comprender que, en ocasiones, esta posee hándicaps, lo que ha motivado que me centre en aquellas personas que debido a su vulnerabilidad tienen mayores dificultades para recibir una adecuada Educación.

Son muchas las personas que me han apoyado durante el transcurso de esta etapa y, por ello, me gustaría realizarles una mención especial y de agradecimiento.

En primer lugar, me gustaría dedicar este trabajo a mis padres, José Antonio y Antonia, por la confianza que han depositado en mí desde el momento que decidí dedicarme a lo que realmente me gusta, la Educación. También quiero darles las gracias por el apoyo constante que me han brindado.

En segundo lugar, quiero agradecer a mi tutora de TFM, Paula Odriozola González, por todos los consejos y el apoyo constante que me ha estado brindando durante el curso académico y, en especial, durante la elaboración de este trabajo.

Finalmente, y no por ello menos importantes, me gustaría agradecer a mis amigos Javier, Óscar y Juan por los ánimos recibidos en aquellos momentos difíciles, en los cuales han sabido sacarme una sonrisa y animarme a seguir adelante.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de todos ellos y, por ello, les doy las gracias.

“Todo el mundo es un genio. Pero si juzgas a un pez por su habilidad para trepar un árbol, vivirá toda su vida creyendo que es un necio”

ALBERT EINSTEIN

RESUMEN

Las personas con Discapacidad Intelectual comprenden un amplio colectivo de nuestra sociedad y, actualmente, requieren una atención específica centrada en mejorar su gestión emocional y la adquisición de hábitos saludables con el fin de hacer frente eficazmente a la situación derivada de la crisis sanitaria del coronavirus y, más específicamente, al confinamiento motivado por la misma.

En este sentido, se plantea una propuesta de intervención psicopedagógica encaminada a proporcionar las habilidades y recursos necesarios a este colectivo para abordar la situación de confinamiento, procurando principalmente promover su calidad de vida en estas circunstancias. En concreto, la propuesta está dirigida a trabajar los diferentes componentes del modelo de calidad de vida de Shalock y Verdugo (2002) mediante diversas técnicas y actividades que han mostrado su utilidad. Además, la propuesta se realiza siguiendo una metodología activa que potencia la responsabilidad y participación del colectivo.

De este modo, se persigue no solo que las personas con Discapacidad Intelectual sean capaces de afrontar la situación actual, sino también, que las habilidades adquiridas mediante esta propuesta les capaciten para enfrentarse de la mejor manera a nuevas situaciones que puedan surgir.

Palabras clave: Discapacidad Intelectual, calidad de vida, confinamiento, coronavirus, gestión emocional, hábitos saludables.

ABSTRACT

People with Intellectual Disabilities comprise a broad group of our society and, currently, require specific attention focused on improving their emotional management and the acquisition of healthy habits in order to effectively cope with the situation arising from the coronavirus health crisis and, more specifically, to lockdown motivated by it.

In this sense, a psychopedagogical intervention proposal is proposed aimed at providing the necessary skills and resources to this group to address the confinement situation, mainly seeking to promote their quality of life in these circumstances. Specifically, the proposal is aimed at working on the different components of the Shalock and Verdugo (2002) quality of life model through various techniques and activities that have shown their utility. In addition, the proposal is made following an active methodology that enhances the responsibility and participation of the group.

In this way, it is pursued not only that people with Intellectual Disability be able to face the current situation, but also that the skills acquired through this proposal enable them to face in the best way new situations that may arise.

Keywords: Mental Disability, quality of life, lockdown, coronavirus, emotional management, healthy habits.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS	11
3. JUSTIFICACIÓN	12
4. MARCO TEÓRICO	15
4.1 La Discapacidad Intelectual en el contexto actual	15
4.1.1 Evolución histórica del concepto de Discapacidad Intelectual: de retraso mental a diversidad funcional.	15
4.1.2 Concepciones y definiciones actuales desde los principales manuales diagnósticos y clasificaciones internacionales.	19
4.1.3 Factores de riesgo y etiológicos en la Discapacidad Intelectual: pronóstico y calidad de vida.	22
4.2 La calidad de vida en personas con Discapacidad Intelectual	25
4.2.1. Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo	26
4.2.2. Estudios sobre calidad de vida en Discapacidad Intelectual	29
4.2.3. Programas de intervención en Discapacidad Intelectual para fomentar su calidad de vida	30
4.3 Repercusión de la crisis actual originada por el SARS-COV-2 en la calidad de vida de este colectivo.	35
5. PLAN DE INTERVENCIÓN	38
5.1 Destinatarios	38
5.2 Objetivos	39
5.3 Metodología	39
5.4 Temporalización	40
5.5 Sesiones: procedimiento y técnicas empleadas.	43
5.6 Evaluación	55
6. CONCLUSIONES	57
6.1. Limitaciones de la propuesta	58

6.2. Futuras líneas de trabajo	58
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
6. ANEXOS	65
Anexo 1. Escalas de gravedad de la Discapacidad Intelectual según el DSM-5.....	65
Anexo 2: Cronograma.....	69
Anexo 3. Escalas de evaluación de calidad de vida.....	70
Anexo 4: Explicación coronavirus con pictogramas.....	72
Anexo 5. Lavado de manos	74
Anexo 6. Dibujo de actividad “Body scan”	75
Anexo 7. Situaciones Role playing.....	76
Anexo 8. Pirámide alimenticia.....	77
Anexo 9. Cuadro comparativo de actitudes pasivas, asertivas y agresivas.	78
Anexo 10. Encuesta de satisfacción.	79
Anexo 11. Hoja de registro.....	80

Índice de Figuras

Figura 1: Estructura de la definición de Retraso Mental.....	17
Figura 2: Modelo teórico del Retraso Mental.....	18

Índice de Tablas

Tabla 1: Factores de riesgo de la Discapacidad Intelectual.....	22
Tabla 2: Causas frecuentes de Discapacidad Intelectual.....	23
Tabla 3: Dimensiones centrales de la calidad de vida.....	27
Tabla 4: Organización de sesiones y actividades.....	41

1. INTRODUCCIÓN

España cuenta con un porcentaje elevado de personas con Discapacidad Intelectual (DI) a las cuales hay que prestar una atención especializada para conseguir su plena inclusión en la sociedad actual.

Según los datos recogidos por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en las comunidades autónomas, a finales del año 2015 había en España un total de 268.633 personas con una DI reconocida (con grado igual o superior al 33%). Este dato supone el 9% del total de personas con discapacidad reconocida en nuestro país. De todas estas personas con DI, 154.208 son hombres (57,4%) y 114.422 son mujeres (42,5%). Por tramos de edad, este colectivo se distribuye de la siguiente forma: 48.434 (de 0 a 17 años), 74.672 (entre 18 y 34 años), 122.967 (entre 35 y 64 años), 17.223 (entre 65 y 79 años) y, finalmente, 4.781 mayores de 80 años (IMSERSO, 2016).

Analizando los datos que nos proporciona el IMSERSO, podemos concluir que el colectivo con DI en nuestro país es muy numeroso y, por lo tanto, que debemos prestar una especial atención a las necesidades específicas que pueda precisar en determinados momentos vitales con el fin de proporcionarle una buena calidad de vida.

En línea con lo descrito, la realización de este trabajo pretende dar una respuesta, en forma de propuesta de intervención psicopedagógica, a las necesidades ocasionadas con motivo de la crisis sanitaria que acontece en nuestro país, proporcionando una buena calidad de vida a las personas con DI y preparándoles ante otras crisis similares que puedan acontecer. El presente trabajo consta de cinco partes diferenciadas. En la primera de ellas, se determinan los objetivos tanto generales como específicos que se pretenden alcanzar con la realización de este trabajo. En segundo lugar, en el apartado de justificación, se plasman las motivaciones que han llevado a realizarlo y la importancia de dar una respuesta en forma de propuesta de intervención desde la Psicopedagogía. Seguidamente, se desarrolla una fundamentación teórica de la propuesta, en la cual quedan reflejados diversos aspectos conceptuales como la evolución de la concepción de DI, las diferentes clasificaciones que se establecen desde diversos manuales diagnósticos y la etiología; además, se analiza la calidad de vida de este colectivo, qué factores influyen en ella y qué programas o guías de intervención vienen desarrollándose; por último, se señalan las repercusiones que ha conllevado la actual situación de crisis por coronavirus en este colectivo

y, específicamente, en su calidad de vida. Tras el análisis de toda esta información, en tercer lugar, se presenta la propuesta de intervención psicopedagógica para que este colectivo aborde de la mejor manera la situación de confinamiento por crisis sanitaria, centrándonos, principalmente, en la consecución de una buena calidad de vida. Para terminar, se exponen las principales conclusiones, analizando las limitaciones de la propuesta realizada y las futuras líneas de trabajo.

2. OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

Desarrollar una propuesta de intervención psicopedagógica que dé respuesta a las nuevas necesidades del colectivo con Discapacidad Intelectual durante la etapa de confinamiento provocada por la Covid-19, centrándose especialmente en promover su calidad de vida.

- **Objetivos específicos:**

- Profundizar en el conocimiento del colectivo con Discapacidad Intelectual y sus necesidades específicas.
- Analizar el constructo calidad de vida con el fin de determinar qué dimensiones posee y de qué manera puede fomentarse en el colectivo con DI.
- Analizar los programas o guías de intervención existentes, así como sus componentes, centrados en mejorar la calidad de vida en el colectivo con DI.
- Determinar cómo las condiciones actuales de crisis por coronavirus y, específicamente, la medida de confinamiento, afectan a este colectivo y a su calidad de vida.
- Desarrollar una propuesta de intervención psicopedagógica para promover una buena calidad de vida durante el confinamiento en las personas con Discapacidad Intelectual que repercuta igualmente en otros momentos similares de crisis sanitarias.

3. JUSTIFICACIÓN

El presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) está centrado principalmente en las personas con Discapacidad Intelectual (DI) y, más concretamente, en algunas necesidades específicas que presenta el colectivo y que son susceptibles de recibir intervención psicopedagógica.

La necesidad de dar una respuesta psico-educativa a las demandas y/o necesidades del colectivo con DI en relación con las situaciones adversas producidas por la Covid-19 en nuestro país ha sido una de las motivaciones de este trabajo. A veces, nos olvidamos de los más vulnerables y de aquellos que, en general, no pueden hacer frente de forma autónoma a semejante situación. Es por ello que este TFM persigue, por un lado, dotar a este colectivo de las herramientas necesarias para hacer frente a esta crisis sanitaria, consiguiendo de esta manera mejorar su calidad de vida y, por otro, mejorar su autonomía para afrontar esta situación y otras similares que deba abordar.

Otra de las motivaciones, vinculada a la anterior, que ha suscitado este trabajo es ahondar de manera general en las principales necesidades presentadas por las personas con DI en su día a día con el fin de desarrollar programas psicopedagógicos que permitan dotar a este colectivo de herramientas que les permitan llevar a cabo una vida autónoma. Para conseguir esto, se hace imprescindible conocer diferentes necesidades que puedan presentar en distintos planos y, de esa manera, promover una atención basada en ciertas ocasiones en apoyos tanto personales como materiales.

A su vez, colaborar con el movimiento que se está llevando a cabo en nuestro país desde hace años a favor de una sociedad más inclusiva, respetando las diferentes capacidades de las personas que la constituyen, es otra de las cuestiones que nos hacen centrar este trabajo en el colectivo con DI. En los últimos años, se ha ido avanzando notablemente en esta línea de trabajo, pero aún queda mucho por hacer.

Con el fin de poder dar una respuesta adecuada que tenga en cuenta todo lo señalado, se plantea una propuesta de intervención dirigida al colectivo con DI que pretende hacer frente a las necesidades específicas producidas por la crisis sanitaria y la situación de confinamiento que ha atravesado en los últimos tiempos nuestro país. Se proponen diferentes sesiones y actividades centradas en concienciar sobre la situación actual, la autogestión emocional, los hábitos

saludables de higiene personal y de relaciones interpersonales, etc. Dichas actividades se llevan a cabo a partir de una metodología activa con el fin de hacerles partícipes del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Para poder lograr todo ello, se hacen uso de las competencias, tanto generales como específicas, que plantea este Máster Oficial en Psicopedagogía de la Universidad de Valladolid. Dichas competencias se plantean a continuación:

Competencias generales

- CG5. *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.* Un código que se ha mantenido durante el desarrollo de la propuesta de intervención.
- CG7. *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 se ha ido abordando a lo largo de la elaboración de este trabajo.

Competencias específicas

- CE3. *Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.* Con la elaboración del plan de intervención pretendemos alcanzar el máximo desarrollo personal del colectivo sobre el que nos vamos a centrar.
- CE4. *Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.* En el plan de intervención se desarrollan actividades encaminadas a dar una respuesta a las necesidades específicas de las personas con DI en la situación actual de crisis sanitaria y, específicamente, en el confinamiento.
- CE5. *Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.* Se ha realizado una propuesta de intervención en base a una previa investigación de las necesidades que puede presentar el colectivo con DI para, de esta manera, dar respuesta a las mismas.

- CE6. *Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas.* La puesta en práctica de esta propuesta requiere de un trabajo en grupo en el cual predomine la coordinación profesional. Con vistas a esta futura colaboración interprofesional se ha desarrollado esta propuesta.
- CE7. *Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.* Todas las actividades propuestas en las diferentes sesiones están adaptadas a la consecución de las necesidades que posee el colectivo y, concretamente, a las derivadas de la situación social que atraviesa el mismo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 La Discapacidad Intelectual en el contexto actual

4.1.1 Evolución histórica del concepto de Discapacidad Intelectual: de retraso mental a diversidad funcional.

No fue hasta el siglo XX cuando se propuso una definición unificada del concepto de retraso mental tras haber sido estudiado por diferentes autores desde diversos enfoques o perspectivas.

Así, la primera definición sobre retraso mental quedó recogida por la entonces denominada Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD, siglas de la denominación inglesa) en el Manual sobre terminología y clasificación del retraso mental en 1961. Concretamente, Heber (1961) realizó la siguiente definición: “El retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo del desarrollo, y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo” (p.7). Se trata de la primera definición en la cual se introduce el criterio doble de ejecución deficitaria, tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo (Verdugo, 1992). Además, esta definición distingue cinco niveles de retraso mental asociados a unos rangos de cociente intelectual (C.I.) basados en las puntuaciones del Stanford-Binet: límite (83-67), ligero (66-50), severo (32-16) y profundo (16).

Con el tiempo, la definición formulada por la AAMD fue evolucionando, matizándose la importancia del funcionamiento significativamente diferente a la norma. En este sentido, Grossman (1973) lo definió como: “El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que existe concurrentemente con déficits en conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo” (p.8). A raíz de esta redefinición, los niveles de retraso mental se redujeron a cuatro con sus correspondientes niveles de C.I. según la prueba de Stanford- Binet: ligero (67-52), medio (51-36), severo (35-20) y profundo (19 y por debajo de esa puntuación).

Será con posterioridad a esta segunda definición cuando el concepto de conducta adaptativa comience a recibir más atención, tratándose de eliminar la ambigüedad con la que se había formulado previamente y la dificultad consecuente para su evaluación (Verdugo, 1992).

Es decir, se abre en ese periodo un debate sobre la conducta adaptativa como criterio para diagnosticar el retraso mental. En consecuencia, en 1992 se produce un cambio radical de planteamiento sobre el retraso mental, centrándose el interés en la interacción entre la persona y el contexto. Siguiendo a Verdugo (1992), se entiende que el retraso mental no depende únicamente de las características cognitivas del individuo, sino que surge de la interacción entre la persona y el entorno. Por todo ello, se comienza a evaluar multidimensionalmente a los individuos en base a su interacción con el contexto, proponiéndose un sistema de clasificación basado en los apoyos que requieren los individuos en lugar de un sistema de clasificación basado en el C.I. Esta nueva propuesta de definición pasa a ser más integradora.

En ese momento, se renombra la anteriormente conocida como AAMD con el nombre Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR), aunque se mantiene el término de “retraso mental” que ya era objeto de crítica y se reclamaba su desaparición como concepto diagnóstico. Las razones de este reclamo se basaban principalmente en el carácter estigmatizador de la etiqueta y en su uso erróneo como resumen de la complejidad del ser humano (Luckasson et al., 1992). En 1992, concretamente, la AAMR define el retraso mental como sigue:

Retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre, y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad. (p. 1)

Dicha definición recoge tres aspectos muy importantes: capacidades, entorno y funcionamiento, los cuales quedan recogidos en la siguiente figura (Figura 1).

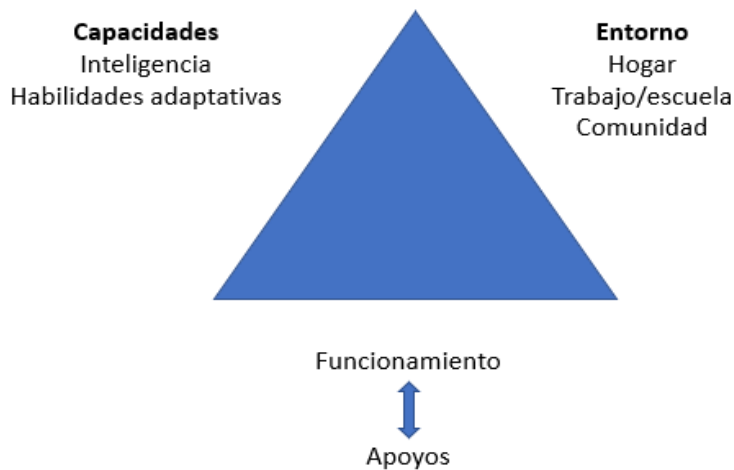


Figura 1: Estructura de la definición de retraso mental.

Tomado de Vargas (2001)

Durante el periodo de diez años en el que estuvo vigente esta definición se abrieron, como se ha comentado anteriormente, diferentes debates en relación al término “retraso mental”. Así, sobre la necesidad de reemplazar esta terminología, se indica:

La principal razón para sugerir un cambio en la terminología se deriva del carácter peyorativo del significado de retraso mental que, además, reduce la comprensión de las personas con limitaciones intelectuales a una categoría diagnóstica nacida desde perspectivas psicopatológicas. La discapacidad intelectual debe concebirse hoy desde un enfoque que subraye en primer lugar a la persona como a cualquier otro individuo de nuestra sociedad. (Verdugo, 2003, p.3)

No obstante, el cambio de terminología tardará en forjarse. Y, de hecho, con la intención de dar respuesta a determinados cambios sociales y a nuevas necesidades detectadas de las personas con discapacidad, la AAMR realiza una nueva definición de retraso mental en el año 2002. Luckasson et al. (2002) afirma: “Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años” (p. 8). Esta definición mantiene los tres criterios principales que venían siendo propuestos desde las anteriores definiciones: limitaciones significativas en funcionamiento intelectual, en conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo. Además, en esa nueva definición, por un lado, se modificaron las cuatro dimensiones propuestas en 1992 (el funcionamiento intelectual y las habilidades adaptativas, consideraciones

psicológicas/emocionales, físicas/salud/etiológicas y ambientales), transformándose en cinco, las cuales pueden verse en la figura que se presenta seguidamente. Por otro lado, se parte de un modelo teórico que refleja el enfoque multidimensional del retraso mental y la función mediadora que los apoyos desempeñan en el funcionamiento individual (Figura 2).

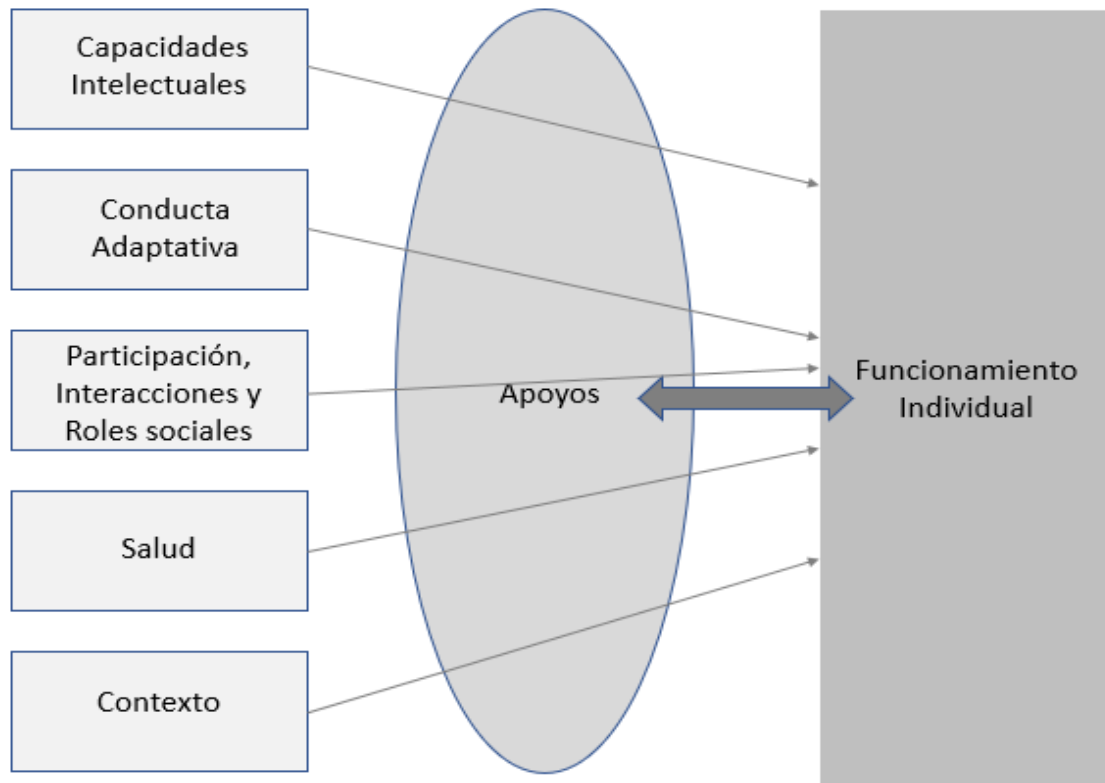


Figura 2: *Modelo teórico de retraso mental.*

Tomado de Luckasson y cols. (2002).

En este modelo, por tanto, se relacionan los apoyos, el funcionamiento individual y las cinco dimensiones: capacidades intelectuales; conducta adaptativa; participación, interacciones y roles sociales; salud y contexto.

En el año 2006, la AAMR dejó finalmente de lado el concepto de retraso mental en favor del de Discapacidad Intelectual. Así, la asociación decidió cambiar su nombre y pasó a denominarse Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) para, de esta forma, adaptarse a la nueva terminología. Aunque ambos términos se refieren al mismo colectivo, el término de “Discapacidad Intelectual” es más conveniente por las siguientes razones, siguiendo a Verdugo y Schalock (2010): hace referencia al constructo socioecológico de discapacidad, se adapta mejor a las intervenciones profesionales que se basan en conductas

funcionales y aspectos contextuales, es menos peyorativo y se adapta a la terminología internacional.

La AAIDD en su 11ª edición (2011) mantuvo la misma definición formulada en el 2002 ya que se consideraba “completa” al incluir elementos tanto de carácter intelectual como adaptativo.

Actualmente, existe un nuevo debate respecto al uso del término Discapacidad Intelectual, proponiéndose la alternativa de diversidad funcional. El término diversidad funcional tuvo su origen en 2005 por parte del colectivo de personas con discapacidad. En concreto, nace ligado a la Filosofía del Movimiento de Vida Independiente, pretendiendo eliminar todas aquellas connotaciones negativas de la palabra discapacidad (dis-capacidad, sin capacidad). El concepto de diversidad funcional se fundamenta en que las personas con discapacidad no carecen de capacidades, sino que funcionan de manera diferente a lo que se considera habitual o aceptado socialmente. Es decir, se sostiene mediante este concepto que las personas con discapacidad no carecen de nada, simplemente poseen capacidades que les hacen ser diferentes y, por lo tanto, realizar cualquier función de forma diferente -mismas funciones, diferente modo de ejecutarlas (Romañach y Lobato, 2005)¹.

4.1.2 Concepciones y definiciones actuales desde los principales manuales diagnósticos y clasificaciones internacionales.

Una vez abordada la evolución histórica en relación al concepto de Discapacidad Intelectual de la mano de la asociación internacional más relevante en esta temática, nos centraremos en definiciones más recientes propuestas por los diferentes sistemas de clasificación actuales más importantes a nivel mundial y, por tanto, en sus respectivas concepciones de la DI.

¹ A lo largo de este TFM se optará por el término de Discapacidad Intelectual ya que, entre otros, el propio colectivo considera que el nuevo concepto de “Diversidad funcional” no lo hace visible, pudiendo generar confusión a la hora de referirse a él y dificultando su defensa de derechos. Por este motivo, pese a ser un término peyorativo, hemos escuchado sus preferencias y optado por su uso a lo largo del trabajo.

Por un lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013) define la DI como: “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” (p.17)

Además, el DSM-5, basándose en las habilidades adaptativas, establece cuatro niveles de gravedad para clasificar la DI (leve, moderado, grave y profundo), teniendo en cuenta los diferentes dominios: conceptual, social y práctico. (Véase ANEXO 1)

- **Dominio conceptual:** valora aspectos como la comprensión, el uso del pensamiento abstracto, función ejecutiva (planificación, determinación de prioridades, etc.).
- **Dominio social:** se centra en las habilidades sociales, gestión de emociones, amistades entre iguales etc.
- **Dominio práctico:** se detallan aquellas herramientas y habilidades que los individuos utilizan para llevar a cabo su día a día. Se valoran aspectos como el cuidado personal, el transporte, la compra, etc.

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª Edición (CIE 10; OMS, 2000), no ha realizado cambio de denominación, definiendo el retraso mental como sigue:

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. (p.184)

En referencia a la metodología de la CIE-10 para realizar esta clasificación, se utilizan test de inteligencia estandarizados, complementados con escalas que miden la adaptación social a un entorno determinado. Dependiendo del resultado en dichas pruebas, se diferencian cuatro categorías del CI:

- **Leve:** el CI se encuentra en el rango 50-69. En niños suele producir dificultades de aprendizaje. Muchos adultos pueden ser capaces de trabajar y contribuir a la sociedad.

- **Moderado:** el CI se encuentra en el rango de 35-49. Suele acompañarse de retrasos importantes del desarrollo en la infancia. Los adultos pueden necesitar apoyos para vivir y trabajar en la comunidad.
- **Grave:** el CI se encuentra en el rango de 20-34. Se requiere de apoyo continuo tanto en niños como en adultos.
- **Profundo:** el CI se encuentra por debajo de 20. Se produce una limitación importante para cuidar de sí mismo, controlar esfínteres y moverse.

Por último, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF; OMS, 2011), anteriormente denominada Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), establece que la discapacidad es un término global en el que se incluye el déficit en el funcionamiento, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, de la siguiente manera:

- **Déficit en el funcionamiento** (sustituye al término “deficiencia”, propuesto por la CIDDDM en 1980). Son aquellos problemas que afectan a una estructura o función corporal, tales como una desviación o una pérdida.
- **Limitación en la actividad** (sustituye el término “discapacidad”, tal y como se venía utilizando en la CIDDDM). Son las dificultades o hándicaps que un individuo puede encontrarse a la hora de ejecutar/desempeñar una tarea determinada.
- **Restricción en la participación** (sustituye al término de “minusvalía”, tal y como se venía utilizando en la CIDDDM). Son los problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Una vez vistas las diferentes clasificaciones, podemos afirmar que tanto la CIF como la CIE-10 y el DSM-5 contemplan tres criterios principales a la hora de definir o diagnosticar la DI: limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, limitaciones significativas en la conducta adaptativa y comienzo de estas limitaciones antes de los 18 años de edad.

Y, en resumen, se puede señalar igualmente que en la CIF se contemplan muchos de los mismos principios conceptuales presentes en la AAIDD. Es decir, se plantea un enfoque multidimensional, centrado en el individuo, en el que se aprecian tanto sus capacidades como sus dificultades y se permite además identificar los apoyos que la persona necesita. En este

sentido, conceptos como el de participación o entorno adquieren una importancia crucial para comprender el funcionamiento de una persona (Crespo, Campo y Verdugo, 2003).

Por lo tanto, nos encontramos actualmente ante clasificaciones de la DI más integradoras, con una perspectiva multidimensional, centradas en las dimensiones propuestas por la AAIDD (funcionamiento intelectual, conducta adaptativa, salud, contexto e interacciones, participación y roles sociales), que dejan atrás sistemas de clasificación que contemplan únicamente la etiología de la discapacidad, las medidas de inteligencia o el concepto de conducta adaptativa.

4.1.3 Factores de riesgo y etiológicos en la Discapacidad Intelectual: pronóstico y calidad de vida.

La AAMR (2001, 2004) propuso un enfoque multifactorial para explicar la etiología de la DI. Este enfoque relacionaba el momento de aparición de la DI (prenatal, perinatal y postnatal) con las cuatro categorías establecidas como factores de riesgo: biomédicos, sociales, comportamentales y educativos.

Los factores biomédicos son aquellos relacionados con los procesos biológicos como, por ejemplo, los trastornos genéticos o de nutrición. Los factores sociales se relacionan con la interacción social y familiar. Los factores conductuales hacen referencia a los comportamientos causales, como actividades peligrosas o abuso de sustancias por parte de la madre durante el embarazo. Los factores educativos se relacionan con la disponibilidad de apoyos educativos que favorecen el desarrollo mental y las habilidades adaptativas. Dichos factores quedan recogidos a continuación (Tabla 1).

	Biomédicos	Sociales	Conductuales	Educativos
P R E N A T A L	1. Trastornos Cromosómicos. 2. Enfermedades Maternas. 3. Edad Parental. 4. Trastornos metabólicos. 5. Síndromes.	1. Pobreza. 2. Malnutrición maternal. 3. Violencia doméstica. 4. Falta de acceso a cuidados prenatales.	1. Consumo de drogas, alcohol o tabaco por parte de los padres. 2. Inmadurez parental.	1. Discapacidad cognitiva de los padres. 2. Falta de preparación para la paternidad.

P E R I N A T A L	1. Prematuridad. 2. Lesiones en el nacimiento. 3. Trastornos neonatales.	1. Falta de cuidados en el momento del nacimiento.	1. Rechazo de los padres. 2. Abandono del hijo.	1. Falta de informes médicos sobre servicios de intervención tras el alta médica.
P O S T N A T A L	1. Traumatismo craneoencefálico. 2. Malnutrición. 3. Trastornos epilépticos. 4. Trastornos degenerativos.	1. Falta de estimulación. 2. Pobreza familiar. 3. Enfermedad crónica en la familia. 4. Institucionalización.	1. Maltrato y abandono infantil. 2. Violencia doméstica. 3. Medidas de seguridad inadecuadas. 4. Deprivación social.	1. Diagnóstico tardío. 2. Inadecuados servicios de intervención temprana. 3. Inadecuado apoyo familiar.

Tabla 1: Factores de riesgo de la DI

Tomado de AAMR (2004)

Una vez vistos los factores de riesgo parece también pertinente hacer referencia a las diferentes causas específicas apreciadas en la DI según la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines (IACAPAP) (Tabla 2).

Categoría	Tipo	Ejemplos
Prenatal (antes del nacimiento)	Trastornos cromosómicos	- Síndrome de Down. - Síndrome de X frágil. - Síndrome de Prader Willi. - Síndrome de Klinefelter.
	Trastornos de un solo gen	- Errores congénitos del metabolismo, como la galactosemia. - Fenilcetonuria. - Mucopolisacaridosis. - Enfermedades de Tay-Sachs. - Malformaciones cerebrales como la microcefalia genética, la hidrocefalia y el mielomeningocele. - Otros síndromes dismórficos, como el Síndrome Laurence-moon-Biedl.
	Otros cuadros clínicos de origen genético	- Síndrome de Rubinstein- Taybi. - Síndrome de comedia de Lange.
		- Desnutrición grave en el embarazo.

	Influencias ambientales adversas	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de sustancias como el alcohol (síndrome de alcoholismo fetal), nicotina y cocaína durante el embarazo. - Exposición a otros químicos dañinos, como contaminantes, metales pesados, abortivos, y medicamentos perjudiciales como la talidomida, fenitoína y Warfarina. - Infecciones maternas como la rubeola, sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, VIH y virus del zika. - Otros, como exposición excesiva a radiación e incompatibilidad Rh.
Perinatal (alrededor del nacimiento)	Tercer trimestre (embarazo tardío)	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones del embarazo. - Enfermedad de la madre, como enfermedad cardíaca y renal, diabetes. - Disfunción de la placenta
	Parto	<ul style="list-style-type: none"> - Prematuridad grave, muy bajo peso al nacer, asfixia al nacer. - Parto difícil o complicado. - Trauma en el nacimiento.
	Neonatal (primeras semanas de vida)	<ul style="list-style-type: none"> - Septicemia, ictericia grave, hipoglicemia.
Postnatal (primera y segunda infancia)		<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones cerebrales como la tuberculosis, encefalitis japonesa y meningitis bacteriana. - Traumatismo craneal. - Exposición crónica a plomo. - Desnutrición grave y prolongada. - Baja estimulación.

Tabla 2: *Causas frecuentes de la Discapacidad Intelectual*

Tomado de IACAPAP (2017)

En resumen, son muchos los beneficios que proporciona identificar la etiología en los casos de DI, ya que permite planificar una intervención temprana necesaria para lograr desarrollar una buena calidad de vida y prever ciertas necesidades que pueden ir asociadas a la diferente etiología y pronóstico realizado. Sin embargo, la realización de un diagnóstico etiológico debe ser tratado con cautela debido a la gran variabilidad de las personas con DI, incluso acusando la misma etiología.

4.2 La calidad de vida en personas con Discapacidad Intelectual.

El constructo calidad de vida concentra en la actualidad un gran interés, tanto desde el ámbito aplicado como por parte de los estudios científicos. Schalock y Verdugo (2003) señalan que la calidad de vida no es un concepto nuevo, sino que en las últimas décadas ha ido cogiendo mayor relevancia principalmente en los centros o ámbitos aplicados. Especialmente, el trabajo de la calidad de vida se aborda desde los ámbitos sociales y de la salud, ya que se considera un aspecto global que redundaría en el bienestar de un individuo y en su satisfacción.

A pesar de su difusa definición, hoy en día existe un consenso internacional sobre dicho constructo gracias al trabajo del “Grupo de Investigación con Interés Especial sobre Calidad de Vida” de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales. En concreto, este consenso comprende los siguientes cinco puntos desarrollados por Schalock y Verdugo (2008):

- La calidad de vida es un constructo multidimensional influido por factores personales y ambientales.
- La calidad de vida personal tiene componentes tanto objetivos como subjetivos. Pero principalmente es la percepción del individuo lo que indica la calidad de vida que él o ella experimenta.
- La calidad de vida está compuesta por los mismos indicadores y relaciones que son relevantes para todas las personas.
- La calidad de vida surge cuando las necesidades de una persona son cubiertas y cuando se tiene la oportunidad de buscar un enriquecimiento en los principales ámbitos de la vida.
- La calidad de vida se basa en las elecciones, necesidades y en el control individual.

La aplicación de este constructo al ámbito de las personas con DI ha evolucionado también junto a la evolución sufrida por el concepto de Discapacidad realizado por la CIF (OMS, 2011). Así, por ejemplo, se ha trascendido de la mirada tradicional centrada en las características de la persona a la consideración de esta desde una perspectiva ecológica, resultante de la interacción de la persona con su entorno, aspecto claramente vinculado con la calidad de vida.

Es decir, se ha producido un cambio de paradigma en la comprensión de la calidad de vida de las personas con DI, desde posiciones basadas en los conceptos de “defectología”, calidad de la atención y servicios prestados en las organizaciones a un interés por la concepción ecológica de la discapacidad. Se ha matizado, por tanto, un concepto multidimensional de la DI que resalta los sistemas individualizados de apoyos precisados, vinculándolos a la calidad de vida del individuo (Schalock, 2010). De esta manera, este colectivo es considerado capaz de tomar decisiones y expresar gustos, deseos y aspiraciones, posibilitando así una mayor autonomía en las decisiones que le afectan y, por lo tanto, una mayor satisfacción con su vida. Esta última surge como una opción posible vinculada con cada uno de los proyectos de vida que pueda tener este colectivo.

4.2.1. Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo

El modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002) se aborda desde una perspectiva o planteamiento conceptual que alberga diversos sistemas. Específicamente, según estos autores, los distintos sistemas sociales influyen en el desarrollo de los valores, creencias, comportamientos y actitudes del colectivo y, por tanto, redundan en su calidad de vida. En concreto, desde esta perspectiva se asume que las dimensiones e indicadores de calidad de vida se nutren de acuerdo con un triple sistema (Schalock y Verdugo, 2003):

- El *microsistema*, ambiente social inmediato que afecta directamente a la vida de la persona (familia, grupo de iguales, compañeros de trabajo).
- El *mesosistema*, relacionado con el vecindario, la comunidad y las organizaciones que afectan directamente al funcionamiento del microsistema.
- El *macrosistema*, referido a los patrones más amplios de cultura, tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y factores relacionados con la sociedad que afectan directamente a los valores y creencias propias, así como al significado de palabras y conceptos.

En relación con lo descrito anteriormente, podemos afirmar que este modelo de calidad contempla información de todos los ámbitos de la vida de la persona, lo que proporciona datos fiables para comprender mejor el tipo de apoyos necesarios a la hora de procurar una mejor calidad de vida en las personas con DI.

Además, puede decirse que el modelo al que estamos haciendo referencia recoge, por un lado, todas las aportaciones realizadas sobre el concepto de calidad de vida de los últimos tiempos, planteando ocho dimensiones o “conjunto de factores que componen el bienestar social” (Schalock y Verdugo, 2003). Por otro lado, asume que dichas dimensiones están descritas por una serie de indicadores o “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” (Shalock y Verdugo, 2002, p.4). (Tabla 3).

DIMENSIONES	INDICADORES
Bienestar emocional (BE)	Satisfacción Autoconcepto Ausencia de estrés o sentimientos negativos
Relaciones interpersonales (RI)	Relaciones sociales Tener amigos claramente identificados Relaciones familiares Contactos sociales gratificantes Relaciones de pareja y sexualidad
Bienestar Material (BM)	Vivienda Lugar de trabajo Salario Posesiones (bienes materiales) Ahorros
Desarrollo Personal (DP)	Limitaciones/capacidades Acceso a nuevas tecnologías Oportunidades de aprendizaje
Bienestar Físico (BF)	Atención sanitaria Sueño Salud y sus alteraciones Actividades de la vida diaria Acceso a ayudas técnicas y de alimentación

Autodeterminación (AU)	Metas y preferencias personales Decisiones Autonomía Elecciones
Inclusión social (IS)	Integración Participación Accesibilidad Apoyos
Derechos (DE)	Intimidación Respeto Conocimiento Ejercicio de derechos

Tabla 3: *Dimensiones centrales de calidad de vida*

Tomado de Schalock y Verdugo (2002)

En definitiva, este modelo que se nos plantea ha servido como referencia en la elaboración de numerosos cuestionarios, escalas y otros instrumentos de evaluación de la calidad de vida en personas con DI como, por ejemplo, la escala GENCAT (2008), la escala FUMAT (2009), la escala INICO-FEAPS (2013) o la escala San Martín (2014).

En línea con lo descrito, siguiendo a Schalock y Verdugo (2002), podemos afirmar que este modelo de calidad de vida es el marco de referencia principal para la valoración de resultados y avances de propuestas de intervención que promuevan la calidad de vida. Además, y para terminar, dicho modelo sigue una serie de principios en los cuales se establece que la calidad de vida debe:

- a) Mejorar el bienestar personal.
- b) Aplicarse teniendo en cuenta la herencia cultural y creencias.
- c) Promover el cambio individual.
- d) Incrementar la autodeterminación.
- e) Ocupar un papel esencial en la recogida de evidencias.

4.2.2. Estudios sobre calidad de vida en Discapacidad Intelectual

Son muchos los estudios que se han llevado a cabo sobre el constructo calidad de vida en personas con DI (p. ej., Duran, Cerda, Vallejos, Zúñiga y Cano, 2016; Gil, Morell, Díaz, Giménez y Ruiz, 2016; Jenaro et al., 2005; Verdugo, Gómez, Arias y Navas, 2012a). Dichos estudios buscan determinar principalmente qué factores repercuten en la calidad de vida, cómo afecta el sistema de apoyos en aquellos aspectos vitales en los cuales las condiciones no son tan favorables como se desearía y cómo todo ello repercute finalmente en la vida del individuo y en su percepción de satisfacción.

Para ilustrar este aspecto, nos hemos centrado en el análisis de un estudio llevado a cabo por la Universidad de Valencia en colaboración con la Universidad San Jaume I. En dicho estudio, Gil et al. (2016) indicaron que el principal objetivo era comparar la valoración de calidad de vida que las personas con DI realizaban sobre sí mismas con la valoración que llevaban a cabo los profesionales que los acompañaban. Participaron un total de 463 personas, de las cuales 103 eran profesionales que trabajan en contacto con ellos y el resto personas del colectivo de DI. En concreto, de las restantes 360 personas, 180 eran hombres y 180 mujeres procedentes de distintos territorios de nuestro país, con una edad media de 39 años y con una DI leve (41%) o moderada (59%).

Para la realización de este estudio se utilizó como instrumento de valoración la escala INICO-FEAPS, basada como se recordará en el modelo de Shalock y Verdugo (2002), que combina información obtenida por la persona con DI con la proporcionada por los profesionales. La versión para los profesionales consta de 72 ítems que recogen todos los aspectos observables de la calidad de vida de la persona con discapacidad. La versión para la persona con discapacidad cuenta con los mismos 72 ítems, pero enunciados en primera persona y con un lenguaje más simplificado. Las dimensiones que evalúa son: autodeterminación, derechos, bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar físico y bienestar material (Verdugo et al., 2013).

Tras la realización del estudio y el análisis de los resultados se constató un alto grado de concordancia, contemplándose diferencias fundamentalmente en la valoración del grado de autodeterminación y el bienestar emocional.

Los profesionales, por su parte, consideraron que los sujetos con DI tenían un buen grado de autonomía, privacidad, libertad en la toma de decisiones y realización de elecciones, mientras que las personas con DI realizaron una valoración más baja en general en estas cuestiones. Esta discrepancia podría surgir por la sobreprotección de los profesionales, por la cual considerarían que las personas con DI tienen una autodeterminación suficiente.

La segunda dimensión en la cual se observaron importantes diferencias fue el bienestar emocional. Para el análisis de los resultados de esta dimensión fue muy importante tener como referencia el lugar de residencia. Quienes vivían en unidad familiar coincidían más o menos con los profesionales; en cambio, quienes vivían en viviendas tuteladas o residencias, percibían un bienestar emocional menor al que le atribuyeron los profesionales. Posiblemente esta discrepancia pudo deberse a que los profesionales que trabajaban con aquellos pertenecientes a una unidad familiar contaban con información adicional de las familias y, por tanto, más ajustada.

En resumen, puede servir este estudio para apreciar que basándonos en el modelo de Shalock y Verdugo (2002), cabe plantear programas de intervención de la calidad de vida, centrados en los diferentes indicadores de la misma, y evaluaciones de la misma bastante fiables, puesto que existen instrumentos específicos.

4.2.3. Programas de intervención en Discapacidad Intelectual para fomentar su calidad de vida

Por un lado, existen diferentes intervenciones en DI centradas en modificar el comportamiento problemático de los individuos y fundamentadas, en general, en tres modelos generales de intervención dentro de la terapia de conducta. Estos modelos, siguiendo a Hayes (2004), se podrían clasificar en:

- **Modelos basados en la terapia de conducta clásica:** centrados en el aprendizaje a través del cual un estímulo, generalmente neutro, que no provoca ninguna respuesta, puede llegar a provocar una respuesta a través de su asociación con lo que normalmente provoca dicha respuesta.
- **Modelos basados en la terapia cognitivo- conductual:** con una estrecha relación con los anteriores; sin embargo, las creencias o emociones se consideran en este caso en la

principal causa/motivo de actuación y, por tanto, la instauración de hábitos o modificación de comportamientos procuran el cambio de esas emociones o creencias.

- **Modelos basados en las terapias de tercera generación o contextuales:** entre ellos se encuentran la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) o el Mindfulness. Estas terapias se centran en fomentar la flexibilidad psicológica de los individuos ante sus vivencias o experiencias y, por tanto, procuran flexibilizar las respuestas ante experiencias personales incómodas, configurando un comportamiento centrado en los valores de la persona.

Por otro lado, cabe hablar de diversas intervenciones, basadas en alguna dimensión de la calidad de vida como el bienestar personal o social (Gutiérrez, Fontenla, Cons, Rodríguez y Pazos, 2017) o la autodeterminación (García Claro y Martínez, 2015). O de terapias alternativas realizadas con musicoterapia, terapia asistida con caballos, etc. (Alonso, Del Sastre, Ozores, Orgaz y Badía, 2017).

Es decir, la intervención en DI con el objetivo de mejorar su calidad de vida se ha venido realizando desde múltiples ámbitos y con importantes resultados. Un ejemplo interesante de intervención puede ser contemplado en Carbonell-Blanco (2017), donde se interviene sobre el bienestar físico, emocional, la autodeterminación y las relaciones interpersonales con una intervención psicoeducativa a través de Xbox-Kinect. En dicho estudio, los participantes experimentaron una mejoría significativa, especialmente en autodeterminación y bienestar emocional, constatándose también una estabilidad en su bienestar físico y las relaciones interpersonales, lo que contribuyó finalmente a la mejora generalizada de su calidad de vida.

Para contemplar los componentes de una intervención en calidad de vida desde un modelo basado en la terapia cognitivo-conductual, puede observarse la intervención de Herrera, Martínez y Navarrete (2015) con un grupo de 20 personas mayores de 36 años. El objetivo principal de la intervención era la modificación del estilo de vida, la autoestima y la calidad de vida, comprobándose que, tras finalizar dicha intervención:

- La variable de la autoestima, antes de la intervención con predominio de niveles medios y bajos (55%), pasó a niveles medio-altos en un 80%.
- El 80% de los participantes que presentaban un estilo de vida de riesgo inicial, mostraron finalmente un estilo de vida saludable.

- Con respecto a la calidad de vida, mientras que antes de la intervención el 35% presentaba una calidad baja o muy baja, tras la intervención el 100% presentó niveles medio-altos.

Entre las actividades propuestas por esta intervención cognitivo-conductual se plantearon: ejercicios de relajación, dinámicas grupales para modificación de actitudes y debate de aspectos relacionados con la autoestima, etc. Una de las actividades a destacar es la técnica del buen consejo, consistente en que los participantes debían escribir en un papel una frase alentadora o positiva acerca de la sesión y esta se leía al final de la misma. Resulta interesante porque sus palabras y opiniones se tornan importantes en el grupo y se fomenta que éstas tomen peso también en la guía de sus acciones (fomento de la autodeterminación).

En lo que respecta a las intervenciones basadas en Mindfulness (consideradas intervenciones de tercera generación), se están implementando recientemente en Discapacidad Intelectual y parecen tener una importante repercusión en la regulación emocional (Singh y Hwang, 2020). La palabra Mindfulness es la traducción al inglés del término pali “sati”, que implica conciencia, atención. La traducción al castellano no tiene un estándar, se traduce como atención plena o conciencia plena, por ello se opta por el vocablo en inglés Mindfulness (Siegel et al., 2009).

El propósito de estas intervenciones de Mindfulness es dotar a los participantes de la capacidad para conseguir un estado en el cual se preste atención de forma deliberada al momento presente y sin juicio (Kabat-Zinn, 2009). De forma similar, también se ha señalado que a través de la práctica del Mindfulness se consigue una autorregulación de la atención, de forma que los participantes logran centrar la misma en el momento presente, acompañándola de una actitud de amabilidad y aceptación sobre lo que sucede en cada momento (Bishop et al., 2004).

El Mindfulness está compuesto por una serie de componentes que según Pérez y Botella (2007) son:

1. **Atención al momento presente:** centrar la atención en el momento presente y dejar a un lado los pensamientos del pasado y futuro.
2. **Apertura a la experiencia:** capacidad de centrarse en observar la experiencia presente, sin permitir que se interpongan las propias creencias.

3. **Aceptación:** vivenciar y experimentar los acontecimientos plenamente y sin defensas, tal y como son. Por ejemplo, sin procurar evitar experimentar ciertas emociones o pensamientos.
4. **Dejar pasar:** desprenderse y despegarse de cuestiones a las que nos aferramos. Tener la capacidad de centrarse en nuevas experiencias.
5. **Intención:** intencionalidad de cada persona cuando lleva a cabo la práctica de Mindfulness.

Una de las intervenciones pioneras fue la desarrollada por Jon Kabat-Zinn en 1982. El programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) realizado por este autor constaba de 8 sesiones, de dos horas de duración cada una y con un máximo de 30 participantes. La conciencia plena y las actitudes características comunes del Mindfulness se trabajan a través de diversos ejercicios como, por ejemplo: la meditación de escaneo corporal, la meditación sentado, comiendo o caminando, así como la comunicación consciente, etc. Además de estos ejercicios de meditación, también se incluyen ejercicios de yoga y psico-educación sobre la fisiología del estrés y formas saludables de responder a él. Este programa cuenta, además, con una puesta en práctica individual a través de la ayuda de grabaciones de audio, durante 45 minutos al día (Kabat- Zinn, 2009).

Un gran número de estudios revelan que las intervenciones basadas en Mindfulness mejoran el funcionamiento emocional en general y la regulación emocional en particular. Así, en un estudio se mostraron imágenes emocionales a sujetos sin experiencia en meditación y a otros participantes del programa MBSR. Los sujetos pertenecientes al programa presentaron menor activación emocional ante imágenes tristes y, a su vez, presentaron menores índices de depresión que los sujetos que no habían participado en el curso de Mindfulness (Farb et al., 2010).

En resumen, existen múltiples perspectivas desde las que abordar la calidad de vida en DI, pero la mayor parte de ellas se dirigen a trabajar las diversas dimensiones constitutivas de este constructo según el modelo de Shallock y Verdugo (2002), considerándose para ello múltiples técnicas o actividades que van desde terapias alternativas, terapias basadas en Mindfulness, actividades que fomentan el cambio de actitudes, etc.

Por último, es muy importante tener en cuenta las dificultades que pueden presentar las personas a las cuales van dirigidas estas intervenciones, ya que, independientemente de la presencia o no de discapacidad, se debe adaptar toda intervención al colectivo al que va dirigido y a sus necesidades con el fin de poder obtener buenos resultados y poder favorecer su desarrollo personal, social y psicológico. A su vez, resulta imprescindible ajustar las intervenciones a situaciones específicas en las que la implementación habitual no es posible, situaciones tales como la que estamos viviendo en la actualidad por la crisis por Covid-19.

4.3 Repercusión de la crisis actual originada por el SARS-COV-2 en la calidad de vida de este colectivo.

En la actualidad, la calidad de vida de las personas se está viendo afectada por la Covid-19 provocada por el virus SARS-COV-2. La Covid-19 es una enfermedad infecciosa que produce síntomas similares a los de la gripe, entre los que se incluyen fiebre, tos seca, disnea y fatiga principalmente. En casos graves, se caracteriza por producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda y choque séptico que conduce a cerca de 3,75% de los infectados a la muerte (OMS, 2020).

A diferencia de lo que sucede con otros virus, el virus que provoca la Covid-19 se caracteriza por conllevar una amplia tasa de transmisión y, por ello, es muy importante mantener el distanciamiento social. La transmisión se produce mediante el contacto con pequeñas gotas que contienen el virus y que se emiten al hablar, estornudar, toser o respirar. Estas gotas, al ser expulsadas por un portador (el cual puede tener síntomas de la enfermedad o puede ser asintomático), pasan directamente a otra persona que esté en contacto con las mismas mediante la inhalación, o bien mediante el contacto con superficies de objetos cotidianos sobre las que hayan caído dichas gotas. En concreto, en este último caso, solo cuando la persona haga llegar las mismas a sus ojos, nariz o boca (OMS, 2020). El contagio, en cualquier caso, se puede prevenir con el frecuente lavado de manos o, en su defecto, con la desinfección con alcohol en gel, y evitando el contacto cercano con otras personas. Si una persona está infectada también ayuda el hecho de que se cubra la boca al toser o estornudar.

Actualmente, dicha enfermedad infecciosa está azotando bruscamente nuestro país y dejando miles de personas infectadas, así como un importante número de víctimas mortales. Es por ello por lo que el gobierno de España decretó el estado de alarma el 14 de marzo de 2020 con el fin de controlar la libre circulación de la ciudadanía española y, de esta manera, asegurar el distanciamiento social para evitar la propagación del virus.

El colectivo con DI se enfrenta en estas circunstancias a una etapa difícil puesto que son personas vulnerables y, en muchos casos, es difícil para ellos comprender lo que está pasando. Las actividades cotidianas que llevan a cabo en su día a día se ven afectadas por una serie de condiciones adversas propiciadas por la pandemia que les originan dificultades añadidas, como pueden ser: el no poder salir a la calle, el no poder relacionarse con su grupo de iguales, estrés,

agobio, etc. Es por este motivo por el que se ve afectada su calidad de vida y por el que se hace pertinente la propuesta de un plan de intervención específico orientado a procurar una adecuada calidad de vida de las personas con DI en tiempos de crisis sanitarias, como actualmente sucede.

Centrándonos en cómo afecta a nivel personal esta crisis, podemos señalar que el confinamiento produce una pérdida de rutina, frustración, aburrimiento y, en algunos casos, una sensación de soledad, es decir, una gran cantidad de sensaciones y emociones difíciles de gestionar para muchas personas. Realizando una revisión sobre otros periodos de cuarentena en otras crisis sanitarias como, por ejemplo, el SARS (2003) o el Ébola (2014), se pueden predecir importantes consecuencias psicológicas de la crisis actual (Brooks et al., 2020). En concreto, estudios de esas situaciones previas situaron en un 20% los síntomas de ansiedad y en un 18% los síntomas de depresión de la población en cuarentena.

El primer estudio sobre el impacto psicológico de la Covid- 19 en población general, se ha llevado a cabo en China. Dicho estudio consistió en una encuesta realizada a 1210 personas y, a través de la cual, se detectó que el 16% señaló síntomas depresivos de carácter moderado-grave, el 28% síntomas de ansiedad moderados y, por último, el 8% niveles de estrés moderados-graves. Para la gran mayoría, sobre el 75%, la gran preocupación era que su familia enfermara (Wang et al., 2020).

En España, según un artículo publicado por la revista *El confidencial*, un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad Complutense de Madrid, en el cual participaron 2000 personas, y realizado para determinar las consecuencias psicológicas del confinamiento, arrojó un elevado porcentaje de personas con reacciones de ansiedad o angustia y, con menos frecuencia, problemas para dormir o síntomas depresivos. En la misma línea, otro estudio llevado a cabo en la Universidad de Valladolid, en el cual participaron un total de 2530 miembros de la comunidad educativa, dos semanas después de decretarse el confinamiento de la población por la Covid-19 se encontró que el 34.19% de los participantes informaron de síntomas de depresión moderados-severos; el 21.34% informaron de síntomas de ansiedad moderados a extremadamente severos; y el 28.14% informaron de síntomas de estrés moderado a extremadamente severo (Odrizola-González et al., 2020).

En relación con los diferentes estudios vistos anteriormente, podemos decir que los efectos psicológicos provocados por la crisis por Covid-19 en la población son múltiples y diversos, centrandó la atención especialmente en la dificultad que supone gestionar las

emociones en estas circunstancias. Por este motivo, se entiende que el colectivo con DI ha debido ser afectado igualmente de forma importante por estas circunstancias, como se señala en asociaciones dedicadas a la atención de este colectivo (Plena Inclusión, 2020). Es necesario, por tanto, contar con programas y recursos que permitan a este colectivo afrontar esta situación, o situaciones futuras similares, de la mejor manera y con el menor impacto para su calidad de vida.

5. PLAN DE INTERVENCIÓN

Esta propuesta surge con el propósito de dar una respuesta psico-educativa a las necesidades específicas que puede llegar a presentar el colectivo con DI debido al confinamiento originado por la crisis de la Covid-19.

Por un lado, se detallarán las características de las personas para las cuales está pensada esta propuesta y se delimitará el número de participantes para los que está diseñado. Por otro lado, se concretarán los principios metodológicos en los cuales se basará y los objetivos que se pretenden alcanzar. Finalmente, se desarrollarán las diferentes sesiones dirigidas a trabajar diferentes componentes de la calidad de vida, según el modelo de Shalock y Verdugo (2002), con las actividades a implementar y los correspondientes recursos necesarios para la puesta en práctica. Será igualmente señalado cómo se va a proceder para evaluar la propuesta realizada.

En el desarrollo de esta propuesta se pretenden abarcar la gran mayoría de las dimensiones propuestas por Shalock y verdugo (2002); sin embargo, las dimensiones de “Derechos” y “Bienestar material” no serán abordadas, pues consideramos que son más propias del trabajo por otros profesionales y no están tan vinculadas directamente con la situación que nos ocupa.

Tras la presentación de la propuesta, se realizará una conclusión en la cual se reflejarán los principales puntos fuertes de esta propuesta y sus limitaciones y, además, se señalarán futuras líneas de trabajo en la línea de esta propuesta.

5.1 Destinatarios

La propuesta está enfocada a personas con DI leve o moderada que se encuentren conviviendo en diversas asociaciones o viviendas tuteladas principalmente, por lo tanto, se trata de una intervención aplicada en el ámbito de la educación no formal. Los participantes deberán igualmente ser mayores de edad, debido a que así se garantiza que tengan cierto grado de autonomía y se les prepara para su mejor autogestión. En lo que respecta al grado de discapacidad, se han elegido estos niveles debido a que cuentan con una mayor autonomía inicial para llevar a cabo las actividades propuestas y, sobre todo, porque es un colectivo que precisa de una intervención específica por las situaciones que debe afrontar: compras, relaciones interpersonales, etc. en el ambiente en el que se desenvuelve habitualmente y las circunstancias

actuales. Se pretende atender a un total de 15 participantes que serán divididos en grupos de cinco, creando grupos homogéneos en relación con el nivel de autonomía de los participantes y heterogéneos respecto al sexo.

5.2 Objetivos

El objetivo general que se pretende alcanzar con esta propuesta es promover una adecuada calidad de vida de las personas con DI durante el confinamiento, a través del trabajo de los diferentes componentes del modelo de Shalock y Verdugo (2002), generando una buena autogestión emocional, física e interpersonal y concienciando de las actitudes sociales y personales necesarias para combatir los diferentes riesgos de contagio de la Covid-19.

De la misma manera, se pueden establecer una serie de objetivos específicos ajustados a los componentes del modelo señalado, los cuales se exponen a continuación:

O1: (**Psicoeducación coronavirus**). Concienciar acerca de las situaciones a las que se enfrentan y los riesgos que existen a causa del coronavirus.

O2 (**Bienestar emocional**): Dotar de herramientas encaminadas al automanejo de sensaciones de estrés, ansiedad y/o depresión provocadas por el confinamiento.

O3 (**Relaciones interpersonales**): Mejorar las relaciones interpersonales con la realización de actividades basadas en role-playing.

O4: (**Bienestar físico**). Contribuir a la realización de deporte físico y establecer hábitos alimenticios para la mejora del bienestar físico.

O5: (**Inclusión social**). Fomentar la inclusión social haciéndoles partícipes en la lucha contra el virus.

O6: (**Desarrollo personal**). Desarrollar habilidades sociales básicas que contribuyan a una mejora a nivel personal.

O7 (**Autodeterminación**): Prestar recursos que les faciliten su autodeterminación: toma de decisiones, planificación de objetivos...

5.3 Metodología

Las actividades propuestas se realizarán principalmente en pequeños grupos de máximo 5 personas y, excepcionalmente, se planteará alguna actividad de carácter individual. Se

trabajará en grupos reducidos debido a las características del colectivo y de la situación, con la intención de poder promover la interacción entre ellos con medidas de seguridad.

Dichas actividades se regirán por una **metodología activa- participativa**, en la cual se tendrán en cuenta los intereses de los participantes y se les preparará para la vida diaria y su autogestión. Estará guiada por los siguientes principios:

- Ser lúdica, impulsando el aprendizaje a través del juego, creando ambientes más facilitadores.
- Ser interactiva, provocando el intercambio de ideas y opiniones entre grupos de iguales en un ambiente de respeto y tolerancia.
- Ser creativa y flexible, dejando atrás la educación tradicional y dando paso a un modelo más dinámico, sin dejar atrás los objetivos propuestos.
- Ser formativa, posibilitando la transmisión de la información a la vez que priorizando el pensamiento crítico.
- Ser procesual, centrándose en los procesos a través de los cuáles los sujetos desarrollan sus potencialidades.

Con respecto al rol del profesional de la psicopedagogía, por un lado, se centrará en la creación del espacio y la movilización de los recursos necesarios para que se puedan llevar a cabo las actividades propuestas. Por otro lado, introducirá las actividades y actuará de mediador ante las posibles dificultades que puedan surgir.

Las sesiones serán grupales, con respecto a la organización, las actividades se realizarán en pequeños grupos formados por 5 participantes, procurando atender a un total de 15 participantes. Se trabajará en grupos reducidos debido a las características del colectivo, con la intención de poder atender las demandas específicas de los participantes y fomentar la interacción entre ellos.

Las actividades estarán adaptadas a las necesidades de los grupos y se propondrán adaptaciones metodológicas en el caso de que sea necesario con el fin de hacer partícipes a todos los participantes.

5.4 Temporalización

La propuesta cuenta con un total de 7 sesiones compuestas por una serie de actividades cada una de ellas. Estas actividades están diseñadas para ser trabajadas y puestas en común en pequeños grupos y bajo una dinámica activa-participativa. Las sesiones, por un lado, van destinadas a trabajar cada una de las dimensiones de calidad de vida propuesta por Shalock y Verdugo (2002), con el propósito de la mejora de esta. Por otro lado, se plantea una sesión inicial de psico-educación en la cual se pretende que los participantes conozcan la Covid-19 y su repercusión. El planteamiento de dichas actividades queda recogido en la Tabla 4.

Sesiones	Actividades	Recursos
Sesión 1 Psicoeducación	Actividad 1: “¿Qué es el coronavirus?” Actividad 2: “Aprendamos a combatirlo”	Materiales: Fotocopias de pictogramas, rotuladores, cartulinas. Humanos: Profesional de la psicopedagogía y apoyo de profesionales en contacto diario con los usuarios.
Sesión 2 Bienestar emocional	Actividad 3: “Respiración consciente” Actividad 4: “Body scan” Actividad 5: “Presta atención”	Materiales: Dibujo del cuerpo, lápices de colores y objetos cotidianos. Humanos: Profesional de la psicopedagogía.
Sesión 3 Relaciones interpersonales	Actividad 6: “Escucha y acierta” Actividad 7: “Role Playing”	Materiales: No precisa de recursos materiales. Humanos: Profesional de la psicopedagogía.
Sesión 4 Bienestar físico	Actividad 8: “Charla informativa” Actividad 9: “Gymkana casera” Actividad 10: “Creación pirámide alimenticia”	Materiales: Proyector, reproductor de audio y cinco sillas. Humanos: Profesional de la psicopedagogía.

<p align="center">Sesión 5</p> <p align="center">Inclusión social</p>	<p>Actividad 11: “¿Qué es trabajar en equipo?”</p> <p>Actividad 12: “Creamos pantallas protectoras”</p>	<p>Materiales: Polipropileno, taladradora manual, tijeras, láminas de acetato, grapadora, goma espuma, lápices de colores.</p> <p>Humanos: Profesional de la psicopedagogía.</p>
<p align="center">Sesión 6</p> <p align="center">Desarrollo personal</p>	<p>Actividad 13: “Empaticemos con los demás”</p> <p>Actividad 14: “¿Qué es la asertividad?”</p>	<p>Materiales: Proyector.</p> <p>Humanos: Profesional de la psicopedagogía.</p>
<p align="center">Sesión 7</p> <p align="center">Autodeterminación</p>	<p>Actividad 15: “Valoramos las actividades”</p> <p>Actividad 16: “¿Que hemos aprendido?”</p>	<p>Materiales: Encuesta de satisfacción y cuestionario de evaluación final.</p> <p>Humanos: Profesional de la psicopedagogía y apoyo de profesionales en contacto diario con los usuarios.</p>

Tabla 4: *Organización de sesiones y actividades por subgrupo*

Teniendo en cuenta que es un colectivo con un alto grado de participación, las actividades están diseñadas con tiempo suficiente para su ejecución. La propuesta de intervención tiene una duración total de 9 horas, las sesiones tendrán una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos dependiendo del tipo de actividades que se desarrollan en cada una de ellas. La duración de 60 y 90 minutos es la estimada para una adecuada atención a todos los participantes y que la sesión resulte eficaz. En los casos de sesiones de 90 minutos, se realizará un descanso intermedio de treinta minutos para que los participantes estén en condiciones de continuar con una disposición adecuada.

La propuesta está diseñada para ser llevada a cabo durante 1 mes, con una frecuencia de dos días a la semana por grupo, a excepción de la última semana con una sola sesión. En total,

se realizarán tres subgrupos, los cuales serán estables durante el desarrollo de la propuesta (Véase ANEXO 2).

Esta propuesta está diseñada con el fin de proporcionar a los participantes una serie de herramientas y estrategias necesarias para hacer frente a la crisis del coronavirus, especialmente en el período de confinamiento, y fomentar una adecuada calidad de vida.

En lo que respecta a los recursos humanos, el profesional de la psicopedagogía será el encargado de llevar a cabo esta propuesta. Además, será necesario el apoyo proporcionado por parte de otros profesionales (educadores sociales, psicólogos, etc.) que interactúan en el día a día con ellos con el fin de facilitar los datos relevantes acerca de cada uno de los participantes cumplimentando una escala de evaluación de calidad de vida (véase ANEXO 3), tanto en la primera sesión (o antes de esta) como en la última sesión y seguimiento.

5.5 Sesiones: procedimiento y técnicas empleadas.

Sesión 1

Esta primera sesión introductoria consta de dos actividades en las cuales los participantes aprenderán qué es y cómo actuar ante la Covid-19. Además, se realizarán dos escalas de evaluación inicial para determinar en qué punto se encuentran nuestros participantes al inicio de dicho programa (Véase ANEXO 3), una de estas escalas está dirigida a los profesionales que están en contacto rutinario con los participantes (cumplimentada justo antes o en la misma sesión) y la otra a los participantes.

Duración: 90 minutos.

Actividad 1: “¿Qué es el coronavirus?”

Objetivos

- Conocer la nueva enfermedad.
- Concienciar sobre los posibles riesgos que puede acarrear contraer el virus.
- Enseñar hábitos de higiene básicos para prevenir la infección.

Desarrollo: Con el desarrollo de esta actividad pretendemos que los usuarios conozcan qué es el coronavirus y qué cosas debemos hacer y tener en cuenta para no contagiarnos ni contagiar a otras personas. Para el desarrollo de la actividad, nos hemos basado en un breve documento que hace más comprensible la explicación a través de los pictogramas (Véase ANEXO 4). El profesional de la psicopedagogía leerá cada una de las preguntas planteadas y, con la mayor exactitud posible, les dará las pautas de actuación necesarias para llevar a cabo durante la etapa de confinamiento.

Aprovecharemos esta sesión para dar unas indicaciones claras de cómo efectuar el lavado de manos de forma correcta (Véase ANEXO 5), dichas indicaciones se colocarán en todos los aseos del centro o vivienda para que, de esta manera, nuestros participantes tengan presente en todo momento como efectuar el lavado de manos de forma correcta.

Una vez que se den a conocer las pautas, se deben poner en marcha y concienciar al resto de compañeros de las actitudes que se deben tener en cuenta para no contraer la enfermedad.

Actividad 2: “Aprendamos a combatirlo”

Objetivos

- Establecer hábitos de higiene diarios.
- Implementar normas comunitarias de prevención.
- Señalizar las zonas comunes con las normas establecidas.

Desarrollo: En esta actividad implementaremos una serie de rutinas que se deberán seguir durante todo el confinamiento. Con el fin de promover el lavado de cara y manos, por un lado, cada mañana los participantes de cada subgrupo deberán de hacer pequeñas marcas con un rotulador en las manos y cara de sus compañeros de subgrupo. Al final del día, las marcas realizadas deberán de haber desaparecido a causa del lavado de manos rutinario.

Por otro lado, se elaborarán una serie de normas que se aplicarán cuando nuestros participantes se encuentren en zonas comunes o, bien, se relacionen con personas ajenas al centro. Dichas normas las establecerán ellos en base a una serie de factores que deben tener en cuenta como, por ejemplo, mantener la distancia mínima de dos metros con otra persona, no dar besos ni abrazos y usar pantalla protectora (la crearemos en las próximas sesiones), entre otras

muchas. Estas normas se ajustarán a lo que se vaya estableciendo desde el Ministerio de Sanidad.

Por último, se elaborará un cartel informativo que se colocará en las zonas comunes o en aquellos lugares en los cuales debemos cumplir las normas establecidas previamente.

Sesión 2

En esta segunda sesión, los participantes conocerán algunas técnicas de mindfulness que les ayudarán a gestionar sus emociones durante el confinamiento y, en general, a mejorar su bienestar emocional. La sesión cuenta con un total de 3 actividades en las que se incrementa la dificultad de las mismas de forma gradual durante su ejecución.

Duración: 90 minutos.

Actividad 3: “Respiración consciente”

Objetivos

- Dotar de técnicas rápidas de respiración consciente.
- Mejorar la capacidad de concentración.

Desarrollo: Esta actividad se dividirá en dos partes de 5 minutos cada una de ellas y en las cuales realizaremos dos ejercicios de respiración que se pueden llevar a cabo de forma individual en cualquier momento del día. Nos servirá, además, para la ejecución de las próximas actividades.

1. Los participantes deberán ponerse de pie con las piernas un poco abiertas y tendrán que dejar su cuerpo muerto como si las manos quisieran tocar el suelo. Seguidamente, cogerán aire por la nariz e irán elevando sus manos como si de una trompa de elefante se tratara. Una vez llenos los pulmones, deberán de ir soltando el aire poco a poco mientras vuelven a su posición inicial. Se realizará un total de 5 repeticiones. Es recomendable hacerlo cada mañana al levantarse y cada noche al acostarse.
2. Desde sus asientos, los participantes comenzarán a realizar una respiración consciente en la cual inspirarán aire por la boca hasta llenar sus pulmones y, seguidamente, lo

exhalarán por la boca sintiendo como se deshincha la parte abdominal de su cuerpo. Este ejercicio se llevará a cabo durante 2 minutos y se puede ambientar con un sonido agradable de fondo si se desea.

Actividad 4: “Body scan”

Objetivos

- Contemplar las sensaciones corporales.
- Centrar la atención en cada una de las partes de nuestro cuerpo.
- Relacionar las emociones con colores y formas.

Desarrollo: En la realización de esta actividad se distinguen dos momentos diferentes en los cuales los participantes deben poner a prueba su capacidad de concentración.

En primer lugar, los participantes deberán tumbarse en el suelo boca arriba, cerrar los ojos y realizar una respiración suave y consciente. Seguidamente, deberán ir centrando la atención en cada una de las partes de su cuerpo, empezando por los pies y terminando por la cabeza. El profesional de la Psicopedagogía les irá guiando durante el recorrido por dichas partes mientras que, los participantes, irán analizando las sensaciones que perciben en cada una de las partes mencionadas.

En segundo lugar, se les facilitará un dibujo que recoge el recorrido que han seguido en el análisis de su propio cuerpo (Véase ANEXO 6). Deberán utilizar colores y/o formas que ilustren lo que han sentido durante la ejecución de la actividad. Para ello y con el fin de facilitar la comprensión de la actividad, se les proporcionarán una serie de ejemplos en los cuales se relacionan los colores/formas con algunas posibles sensaciones:

- Rojo para representar el calor.
- Azul representará el frío.
- Marrón para una sensación de peso.
- Negro para la sensación de dolor.
- Naranja para la ligereza.
- Líneas para las molestias.

- Puntos para las picazones...

Aun así, cada participante es libre de representar sus sensaciones con el color/forma que crea más oportuno, con la indicación de utilizar colores vivos para representar sensaciones agradables y colores más apagados o formas para aquellas desagradables.

Actividad 5: “Presta atención”

Objetivos

- Fomentar la atención y conciencia plena.
- Focalizar la atención en la percepción de los materiales empleados.
- Focalizar la atención en la tarea que se está realizando.
- Aprender a respetar los turnos.

Desarrollo: Esta actividad se realizará en parejas. Cada pareja contará con un total de cuatro objetos. Un miembro de la pareja deberá taparse los ojos y el otro le dará un objeto. A través de la manipulación, deberá adivinar qué objeto tiene entre sus manos. En el caso de que lo adivine, supondrá un punto, los cuales se sumarán en una tabla para determinar quién ha sido el ganador. Tras analizar los cuatro objetos, pasará a realizar la misma actividad el otro miembro de la pareja, al cual se le entregarán cuatro objetos diferentes y deberá de analizarlos al igual que su compañero. El papel del compañero es de supervisar y anotar si lo ha acertado y, en el caso de que no lo haga, poder dar pistas.

Tras finalizar esta actividad, volveremos a la calma, para ello utilizaremos una campana y la haremos sonar. Los participantes deberán levantar la mano con los ojos cerrados cuando ya no escuchen la vibración de la campana. Después, deberán permanecer en silencio un minuto más y analizar todo lo que se escucha a su alrededor. Seguidamente, pondrán su atención en la emoción que sienten en ese instante con el fin de abrirse a percibir diferentes emociones (tristeza, alegría, enfado...etc.) y, al igual que ante los sonidos, simplemente deben prestarles atención sin reaccionar a ellas.

Finalmente, deberán poner en común los diferentes sonidos y/o emociones percibidos con el objetivo de establecer una disposición de atención a los mismos. Se plantearán preguntas que ayuden a identificar relaciones entre los sonidos percibidos del medio y las emociones, o

acerca de la reacción que les “demandaba” sentir una u otra emoción y momentos en los que sienten algo similar...

Sesión 3

En esta sesión los participantes desarrollarán dinámicas grupales con el fin de conocer mejor a sus compañeros y establecer entre los mismos un ambiente seguro y de confianza que se extenderá para la ejecución de las demás sesiones. Esta sesión cuenta con un total de dos actividades que se explicitarán a continuación.

Duración: 60 minutos.

Actividad 6: “Escucha y acierta”

Objetivos

- Mejorar la autoestima.
- Establecer lazos interpersonales.
- Afianzar la confianza grupal.

Desarrollo: En esta actividad, cada uno de los participantes deberá sentarse en una silla de espaldas a los compañeros y con los ojos cerrados. Una vez sentado el compañero, los participantes deberán decir dos cosas positivas o sensaciones buenas que le transmite esa persona. A su vez, el participante de la silla deberá adivinar por el tono de voz quién de sus compañeros ha manifestado esas cuestiones positivas acerca de él o ella. La actividad finalizará cuando todos los participantes hayan pasado por la silla.

Actividad 7: “Role playing”

Objetivos

- Aprender a gestionar situaciones diarias.
- Crear un clima de confianza entre los participantes.
- Desarrollar habilidades sociales básicas.
- Considerar las medidas sanitarias vistas en la primera sesión.

Desarrollo: En esta actividad se crearán una serie de situaciones comunes en la vida diaria (Véase ANEXO 7) y, ante ellas, nuestros participantes deberán dar respuesta recreándolas en el aula. Todos los participantes recrearán las situaciones propuestas intentando ser originales e intentando no realizar los mismos movimientos ni palabras que sus compañeros.

Una vez finalizada la recreación, pondremos en común los diferentes puntos de vista de los participantes con el fin de poder modificar algunos aspectos para posibles futuras recreaciones o situaciones vitales en las que se encuentren.

Sesión 4

En esta sesión nos centraremos en dos aspectos también muy importantes: la alimentación y el ejercicio físico. Para ello plantearemos un total de 3 actividades.

Duración: 90 minutos.

Actividad 8: “Charla informativa”

Objetivos

- Conocer los hábitos alimenticios de los participantes y sus hábitos deportivos.
- Concienciar acerca de la importancia de una buena práctica deportiva.
- Informar acerca de aquellos alimentos que se deben de consumir con frecuencia y de aquellos de los que no es recomendable abusar.

Desarrollo: Para comenzar la sesión, se ha planteado esta actividad en la cual se realizará un intercambio de opiniones con el fin de conocer los hábitos alimenticios de nuestros participantes y con qué frecuencia suelen hacer deporte. Para ello, centrándonos en una pirámide nutricional, valoraremos grupalmente cuáles son los alimentos que se necesitan consumir diariamente, de cuáles no es recomendable abusar y cuáles se deben consumir de vez en cuando. Seguidamente, hablaremos de los beneficios que tiene para el bienestar físico una buena práctica deportiva. Todo se desarrollará intercambiando opiniones y planteando posibles actividades para realizar en grupo.

Actividad 9: “Gymkana casera”

Objetivos

- Mejorar el bienestar físico de nuestros participantes.
- Contribuir al trabajo en equipo.

Desarrollo: En esta actividad, los participantes realizarán una serie de retos deportivos que contribuirán a mantener un buen estado físico a pesar del confinamiento. La gymkana se caracteriza por ser realizada en un espacio cerrado y, por lo tanto, tener limitado el espacio. Para el desarrollo de la gymkana se propondrán un total de tres pequeñas actividades grupales.

1. Se creará un baile de elección propia a partir de una canción elegida previamente. Una sugerencia de canciones podría ser: “aquellas que han marcado el transcurso del confinamiento”. El profesional encargado de llevar a cabo la sesión tendrá un papel de mediador y guía durante el planteamiento del baile.
2. Juego de las sillas musicales. En este juego se colocarán un total de 5 sillas formando un círculo (1 silla por participante). Los participantes deben así dar vueltas a las sillas mientras escuchan una melodía musical, cuando la melodía deje de sonar, deben de sentarse en la silla más cercana. El juego se complica a medida que avanza, ya que, cada vez hay menos sillas y los participantes que no logren hacerse con una de ellas quedarán eliminados y se encargarán de la música.
3. El tercer y último juego será de elección propia por los participantes a partir de unas pautas:
 - El juego se debe desarrollar de forma grupal.
 - Los participantes deben establecer alguna norma de juego que todos deban cumplir y el no hacerlo/poderlo hacer conllevará “ser eliminado del juego”.
 - Se realizará en un espacio cerrado.
 - No tendrá una duración mayor a 15 minutos.

Por último, y para finalizar la sesión, los participantes volverán a la calma con la realización de unos ejercicios. En primer lugar unos ejercicios de estiramiento, comenzando por

los músculos inferiores y terminando con aquellos que conforman la parte superior. Seguidamente, unos ejercicios de respiración consciente, como los realizados en la sesión 2.

Actividad 10: “Creación pirámide alimenticia”

Objetivos

- Conocer los diferentes alimentos de la vida diaria.
- Saber clasificar los alimentos en la pirámide nutricional.
- Establecer una dieta semanal equilibrada.
- Contribuir al trabajo en grupo.

Desarrollo: En esta actividad los alumnos deberán debatir, en base a lo visto en la primera actividad de esta sesión y con la ayuda del profesional de la psicopedagogía, y decidir qué alimentos deberían colocarse en cada una de las partes que conforman la pirámide nutricional. Siendo la base los alimentos que debemos de consumir a diario y el pico de la pirámide aquellos de los que no debemos de abusar.

Para la ejecución de esta actividad, los participantes deberán ir buscando los alimentos en revistas de comida y, seguidamente, recortar todos los alimentos necesarios para completar la pirámide que se les proporciona (Véase ANEXO 8). Una vez realizado este primer ejercicio, los participantes comprobarán que todos los alimentos están colocados en el lugar correspondiente y, como reto semanal, se les motivará para la creación de una dieta semanal equilibrada.

Sesión 5

En esta sesión se realizarán dos actividades, una de ellas será de carácter introductorio y la otra será totalmente aplicada (en la cual los participantes desarrollarán habilidades y destrezas para trabajar en equipo).

Duración: 90 minutos.

Actividad 11: “¿Qué es trabajar en equipo?”

Objetivos

- Realizar un debate grupal.

- Analizar las claves de un buen trabajo en equipo.
- Establecer normas básicas de trabajo en equipo.

Desarrollo: En esta actividad se plantean una serie de cuestiones tales como: ¿Qué es para vosotros el trabajo en equipo?, ¿cómo se puede llevar a cabo un buen trabajo en equipo?, ¿habéis trabajado alguna vez en equipo? A partir de estas cuestiones, se desarrollará un debate en el cual los participantes intercambiarán ideas acerca de cómo poder llevar a cabo un buen trabajo en equipo.

Una vez finalizado el debate, los participantes crearán una serie de normas (5 aproximadamente) para llevar a cabo mientras trabajan en equipo. Dichas normas seguirán una serie de principios entre los cuales se debe de contemplar: el respeto, la solidaridad, el compañerismo y la profesionalidad, entre muchas otras. Estas normas nos servirán para llevarlas a cabo durante la próxima actividad.

Actividad 12: “Creamos pantallas protectoras”

Objetivos

- Fomentar el trabajo cooperativo.
- Crear un espacio de entretenimiento.
- Desarrollar el lado creativo.
- Valorar el esfuerzo realizado y su utilidad.

Desarrollo: En esta actividad se llevará a cabo el taller de creación de pantallas protectoras con fin de colaborar con la sociedad en la lucha contra la Covid-19. Para la creación de dichas pantallas seguiremos una serie de pasos descritos a continuación:

1. Realizamos cintas con el polipropileno con unas dimensiones de 50cm de largo por 3cm de ancho.
2. Con la taladradora manual, abrimos dos pequeños orificios, uno a cada lado de la cinta del polipropileno.
3. Redondeamos con las tijeras las 4 esquinas del polipropileno para que no haga daño al ponérselo una persona.

4. Colocaremos las láminas de acetato en la cinta de polipropileno. Para ello, dejaremos 10 cm a cada lado y la sujetaremos con la grapadora.
5. Colocaremos la goma espuma en las grapas insertadas para que no hagan daño en la frente.
6. Colocaremos las gomas introduciéndolas por los dos orificios creados al principio.
7. Redondearemos las dos esquinas de la pantalla protectora.
8. Cada uno escribirá una frase motivadora en la parte interna del polipropileno una vez realizada la pantalla protectora.

La creación de las pantallas se llevará a cabo durante 1 hora, para que los participantes aprendan. Posteriormente, quien lo desee, puede continuar realizando el máximo número posible de las mismas. Se buscará algún comercio/fábrica, centro de mayores, etc. en el que se puedan entregar para su uso.

Sesión 6

En esta sesión trabajaremos las habilidades sociales a través de la propuesta de dos actividades en las cuales nuestros participantes deberán interactuar entre ellos con el fin de hacerles reflexionar sobre la importancia que tienen nuestros actos y la repercusión que ellos conllevan.

Duración: 60 minutos.

Actividad 13: “Empaticemos con los demás”

Objetivos

- Tomar conciencia de la discriminación y exclusión social.
- Fomentar la empatía.
- Respetar las diferencias.

Desarrollo: En esta actividad, el grupo se colocará de espaldas de manera que no se ven las caras entre sus miembros. El encargado de llevar a cabo la actividad colocará en la frente de los participantes pegatinas de colores, de forma que los participantes tengan a alguien con el mismo color de su pegatina. Uno de los participantes tendrá un color que no será igual al de los demás. Ante una señal, todos se darán la vuelta y deberán buscar a los compañeros cuya pegatina

coincida con el color que poseen para ponerse junto a ellos/as. Uno de los participantes se habrá quedado solo al no tener pareja.

Tras esto, los participantes ocupan su lugar correspondiente y se lanzarán una serie de cuestiones a modo de reflexión grupal. Algunas de las cuestiones podrían ser:

1. ¿Cómo os habéis sentido las personas que no teníais pareja? ¿Y los que sí la teníais?
2. ¿Qué sentimiento os ha causado ver a personas que estaban solas?
3. ¿Os ha ocurrido esto en alguna ocasión? ¿Es justo?
4. ¿Habéis dejado alguna vez a alguien fuera de vuestro grupo? ¿Por qué?

Actividad 14: “¿Qué es ser asertivo?”

Objetivos

- Definir qué es ser asertivo.
- Conocer los derechos asertivos.
- Distinguir entre comportamiento sumiso, asertivo y agresivo.

Desarrollo: En esta actividad se trabaja la asertividad y los derechos asertivos, ya que consideramos que es necesario tomar conciencia y aprender la manera adecuada de defender los derechos, dado que es una característica del desarrollo de las habilidades sociales.

En la primera parte de la actividad, se explicará la diferencia entre ser pasivo, asertivo y agresivo, y se propondrán una serie de ejemplos para clarificar estos conceptos. Para ello, tomaremos como base un cuadro explicativo (Véase ANEXO 9).

En la segunda parte, se realizarán una serie de preguntas para crear una discusión/ debate del tipo: ¿por qué es importante en determinadas ocasiones defender nuestros derechos?, ¿seríais capaces de imaginar/indicar situaciones en las cuales defenderíais vuestros derechos?, ¿cuáles serían las consecuencias de hacerlo? Entre otras muchas que pudieran ir surgiendo durante el propio debate.

Por último, se cerrará la sesión analizando cuáles podrían ser las consecuencias de cada una de las conductas llevadas a cabo.

Sesión 7

En esta última sesión se desarrollarán dos actividades en las cuales los alumnos valorarán la intervención llevada a cabo y, además, se realizarán posibles propuestas de mejora de algunas de las actividades aquí propuestas.

Duración: 60 minutos.

Actividad 15: “Valoramos las actividades”

Objetivos

- Aprender a decidir.
- Valorar y tomar decisiones.
- Realizar críticas tanto positivas como negativas.

Desarrollo: Con la intención de conocer el impacto que ha tenido el programa en nuestros participantes, realizaremos esta actividad, en la cual, se destacarán aquellas actividades que les han parecido más divertidas o formativas y cuáles menos. A través de la creación de un debate, los participantes deberán ponerse de acuerdo para destacar, por un lado, la sesión que les ha parecido más dinámica y divertida y, por otro lado, la actividad que más les ha gustado porque consideran que es en la que más han aprendido. Finalmente, señalarán la sesión que les ha parecido más aburrida y la actividad que menos les ha gustado. Una vez decidido, se explicará el motivo de la elección de dichas sesiones y actividades.

Actividad 16: “¿Que hemos aprendido?”

Objetivos

- Valorar lo aprendido en la intervención.
- Plantear propuestas de mejora.

Desarrollo: Para finalizar esta sesión y, con ello, la satisfacción por la propuesta aquí planteada, se les pasará a nuestros participantes una encuesta de satisfacción (Véase ANEXO 10) en la cual valorarán la intervención y, por otro lado, podrán expresar sus quejas o inquietudes acerca de esta propuesta. Además, los participantes podrán proponer propuestas de mejora que serán

recogidas por el profesional con el fin adaptar las actividades a las demandas de los participantes.

Por último, se realizarán las escalas de evaluación final (Véase ANEXO 3) dirigidas a profesionales y participantes, con objetivo de evaluar la repercusión que ha tenido este programa con relación a la mejora de la calidad de vida.

5.6 Evaluación

La evaluación se va a realizar atendiendo a cuatro momentos diferentes de la intervención.

- **Evaluación inicial:** Al comienzo de la intervención se plantearán dos escalas de evaluación, una dirigida a los participantes y otra dirigida a los profesionales que interactúan con ellos diariamente. Dichas escalas empleadas son una adaptación de la escala INICO-FEAPS (2013) para la evaluación integral de la calidad de vida de personas con Discapacidad Intelectual, la cual está validada. El hecho de basarnos en esta escala es porque está validada en esta población y se ajusta al modelo de Shalock y Verdugo (2002), por tanto, se ha considerado una buena referencia para valorar nuestra propuesta. Las escalas de evaluación cuentan con un total de 12 ítems con una escala tipo Likert de 4 alternativas de respuesta, siendo “N”: Nunca, “A”: Algunas veces, “F”: Frecuentemente y “S”: Siempre (Véase ANEXO 3).

Esta evaluación nos permite conocer el punto de partida de los participantes y comparar el impacto de la intervención con las respuestas al final de la misma.

- **Evaluación continua:** Todas las sesiones serán valoradas por el profesional a través de la observación directa y se reflejará dicha observación en una hoja de registro (Véase ANEXO 11) que valora en una escala de 1 a 5 cada uno de sus ítems, siendo 1 (nada satisfecho) y 5 (muy satisfecho). Además, podrá señalar aquellos aspectos que se consideren relevantes en el apartado de observaciones.

La sesión final está dedicada única y exclusivamente a valorar cómo se han sentido los alumnos durante el desarrollo de la intervención y valorar aquellos aspectos que se pueden mejorar en las siguientes sesiones.

- **Evaluación final:** Tiene lugar al final de la intervención y, en ella, se realizan nuevamente las dos escalas de evaluación utilizadas al principio de la intervención (Véase ANEXO 3) con el objetivo de comparar resultados. Uno de esos cuestionarios está dirigido, por un lado, a las profesiones que interactúan en el día a día con nuestros

participantes y el otro de los cuestionarios se dirige a los participantes que han formado parte de esta intervención. Además, se realiza una encuesta de satisfacción (Véase ANEXO 10) para ver el grado de satisfacción de nuestros participantes, todo ello se lleva a cabo en última sesión. Todos los datos aquí recogidos, serán necesarios para una futura evaluación por parte de los profesionales y una posible propuesta de mejora de la intervención.

- **Evaluación de seguimiento:** Se llevará a cabo en un periodo a medio- largo plazo de 6 meses con el fin de valorar el impacto de esta propuesta. Para ello, se aplicarán las escalas de evaluación de calidad de vida utilizadas para la evaluación inicial y final de la propuesta (Véase ANEXO 3). El objetivo es precisamente contemplar qué efecto ha ejercido la intervención a medio plazo en la vida de los participantes.

6. CONCLUSIONES

A lo largo de la historia, el colectivo con DI ha sido objeto de estudio e intervención para muchos investigadores y profesionales. El grado de sensibilización de la población con este colectivo ha mejorado en comparación con años previos. Nos encontramos ante una sociedad más inclusiva y concienciada de las necesidades que presenta este colectivo. Aun así, queda mucho por hacer debido a que aún nos centramos muy a menudo en las dificultades de estas personas, existiendo términos peyorativos que así lo muestran, y olvidamos, en muchas ocasiones, las capacidades de estas. Además, por supuesto, no se puede dejar de lado un objetivo primordial en el trabajo con este colectivo, como es la consecución de una adecuada calidad de vida.

Esta propuesta de intervención persigue precisamente este objetivo ajustándose a las circunstancias actuales, es decir, dando una respuesta a las necesidades específicas provocadas por el confinamiento con motivo de la Covid – 19. En este sentido, el objetivo principal de la propuesta ha sido promover la calidad de vida de las personas adultas con Discapacidad Intelectual durante el confinamiento y, para su desarrollo, se han planteado una serie de sesiones con actividades destinadas a fomentar las diferentes dimensiones del modelo de calidad de vida de Shalock y Verdugo (2002). Además, su puesta en marcha se centra en el trabajo grupal a partir de una metodología activa que fomenta la autogestión, con actividades que además promueven la interacción entre los participantes a través de diversos debates y procuran un aprendizaje conjunto y significativo.

Durante la ejecución de la propuesta son muchas las dudas que han ido surgiendo, ya que se trata de un colectivo muy diverso y se debe pensar en posibles formas de adaptar cada una de las actividades propuestas. Muchas de estas dudas tenían que ver principalmente con los tiempos necesarios para llevarlas a cabo, aunque se ha tenido en cuenta la capacidad atencional y el grado de cansancio que pudieran ocasionar. Con todo, se considera que es una propuesta viable y fácilmente adaptable a las demandas requeridas, puesto que las actividades propuestas son realistas y ligeramente modificables.

Por último, es importante destacar que, aunque esta propuesta está destinada a situaciones de confinamiento, sí es cierto que los recursos que proporciona son extrapolables al

día a día y, por tanto, de uso generalizable, por ejemplo, incidiendo en la mejora de relaciones sociales o de la gestión emocional.

La elaboración de este trabajo me ha hecho sentir partícipe del movimiento a favor de la inclusión de las personas con DI que se está llevando a cabo desde hace mucho tiempo en todo el mundo. El hecho de procurar dotarles de los recursos necesarios para ser personas autónomas es algo que motiva mi trabajo y espero que continúe realizándolo.

A continuación, se señalan una serie de limitaciones y propuestas de trabajo futuras para continuar desarrollando la labor psico-educativa con este colectivo en las nuevas situaciones emergentes de esta crisis sanitaria.

6.1. Limitaciones de la propuesta

Existen diversas intervenciones dirigidas a la mejora de calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual, todas ellas han dado unos resultados muy positivos y, es por ello que, en la actualidad, se plantean nuevas propuestas de intervención que siguen esta línea.

Siguiendo esta línea y, con el objetivo de alcanzar resultados tan satisfactorios como los generados en otras intervenciones, esta propuesta de intervención: “Propuesta de intervención para la mejora de la calidad de vida de personas con Discapacidad Intelectual durante el confinamiento motivado por la Covid-19” busca ir más allá, aplicando el concepto de calidad de vida en una situación excepcional como es el confinamiento provocado por la Covid-19.

No obstante, debido a la situación especial que estamos atravesando, ha sido imposible poner en práctica la propuesta realizada y, por lo tanto, a día de hoy es difícil establecer la eficacia de la misma. En cualquier caso, es esta misma situación la que ha promovido la propuesta, pretendiendo así que pueda ser llevada a cabo en circunstancias similares futuras. Será entonces cuando también puedan analizarse aquellos aspectos objeto de mejora y adaptarla a las posibles futuras necesidades.

Igualmente, respecto a la propuesta de evaluación realizada, cabe señalar que sus conclusiones han de ser tomadas con cautela. Las escalas de evaluación utilizadas deberán de ser analizadas con el fin de validar la adaptación realizada y verificar si son útiles para probar

la eficacia de la propuesta desarrollada, ya que, a pesar de estar basadas en las escalas INICO – FEAPS (2013), se precisa probar la adaptación realizada a estas circunstancias.

6.2. Futuras líneas de trabajo

Debido a que no ha sido posible llevar a cabo esta propuesta, sería interesante ponerla en práctica en un futuro con el objetivo de valorar el grado de impacto que tiene en los participantes y poder así proponer sugerencias de mejora con el objetivo de adaptarla en ciertos aspectos en los que quizá no hayamos previsto un ajuste adecuado.

Además, podría ser interesante, la elaboración de programas específicos para cada una de las dimensiones de calidad de vida propuestas por Shalock y Verdugo (2002) ya que son aspectos muy relevantes y un mayor trabajo o profundización en los mismos pudiera dar lugar a un mayor impacto en la vida de este colectivo.

Ya que en esta propuesta no se trabajan de forma explícita las dimensiones de derechos y bienestar material, podrían plantearse en un futuro propuestas específicas que alberguen ambas dimensiones con el fin de complementar lo aquí propuesto, dirigiéndose en ese caso a situaciones post-confinamiento, en las que dichas dimensiones puedan tener más importancia.

Finalmente, sería adecuado realizar adaptaciones de la propuesta realizada a otros grupos de edad como, por ejemplo, adolescentes, pudiendo de esta manera beneficiar a un rango mayor de personas con iguales necesidades de este colectivo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A.A.M.R. (2004). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. (Trad. Verdugo, M.A. y Jenaro, C.). Madrid: Alianza Editorial.
- Alonso, P. C., del Sastre, M. O, Ozores, M. R. P., Orgaz, B., & Badia, M. (2017). Efectos de la intervención asistida con caballos en la calidad de vida de personas adultas con discapacidad intelectual. *Quaderns digitals: Revista de Nuevas Tecnologías y Sociedad*, (84), 76-92.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed.) (DSM-5)*. Washington DC, EE. UU.: APA.
- Asociación Americana de las Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo – AAIDD (2011). *Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo* (11 edición) (Trad. Verdugo, M. A.). Madrid: Alianza.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Carbonell, B. B. (2017). *Personas con discapacidad intelectual: implementación de un programa de intervención para mejorar la calidad de vida a través de Xbox Kinect* (Doctoral dissertation). Universidad de Extremadura.
- Castro Durán, L., Cerda Etchepare, G., Vallejos Garcías, V., Zúñiga Vásquez, D., & Cano González, R. (2016). Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en centros de formación laboral. *Avances en Psicología latinoamericana*, 34(1), 175-186.
- Confederación plena inclusión España (2020). Plena Inclusión. Madrid, ES: <https://www.plenainclusion.org/>

- Crespo, M., Campo, M. y Verdugo M. A. (2003). Historia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Un largo camino recorrido. *Siglo Cero*, 34 (1), 20-26.
- Duran, L., Cerdá, G., Vallejos, V., Zúñiga, D. y Cano, R. (2016). Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en centros de formación laboral. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 175-186. doi: dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.12
- Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D. y Segal, Z. V. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*, 10, 25–33.
- Ferreira, M. A. (2010). De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y sociedad*, 47(1), 45-65.
- García, C. E., & Sánchez, A. S. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del RPD*, 50, 15-30.
- García, J. C., & Martínez, R. P. (2015). Calidad de vida en personas con diversidad funcional intelectual del programa “grupos de autogestores”: una aproximación desde la escala INICO-FEAPS. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (55), 72-96
- Gil Llario, M. D., Morell Mengual, V., Díaz Rodríguez, I., Giménez García, C., & Ruiz Palomino, E. (2016). Calidad de vida de los discapacitados intelectuales valorada por ellos mismos y los profesionales: variables implicadas. *Revista INFAD*, 1, 265-274.
- Grossman, GS (1973). Educación jurídica clínica: historia y diagnóstico. *J. Legal Educ.*, 26, 162.
- Gutiérrez S. L., Fontenla Fariña, E., Cons Ferreiro, M., Rodríguez Fernández, J. E., & Pazos Couto, J. M. (2017). Mejora de la autoestima e inteligencia emocional a través de la psicomotricidad y de talleres de habilidades sociales. *Sportis*, 3(1), 187-205.
- Hayes, SC (2004). Terapia de aceptación y compromiso, teoría del marco relacional y la tercera ola de terapias conductuales y cognitivas. *Terapia de comportamiento*, 35 (4), 639-665.
- Heber, R. (1961). Modificaciones en el manual de terminología y clasificación en retraso mental. *American Journal of Mental Retardation*, 65, 499-500.

- Herrera Santí, P. M., Martínez García, N., & Navarrete Ribalta, C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4), 326-345.
- IMSERSO. (2016). *Base Estatal de datos de Personas con valoración del Grado de Discapacidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Jenaro, C., Verdugo, MA, Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle, Y., Otrebski, W. y Schalock, RL (2005). Estudio intercultural de dominios e indicadores de calidad de vida centrados en la persona: una replicación. *Revista de investigación sobre discapacidad intelectual*, 49 (10), 734-739.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living*. New York, NY: Bantam Dell.
- Ke, X., & Jing, L. I. U. (2017). Discapacidad intelectual. (Traducción de IRARRÁZAVAL, M., MARTIN, A., PRIETO-TAGLE, F. y FUERTES, O.). En Joseph REY, *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, 1-28.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A., ... & Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Coulte, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M. y Stark, J.A. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification, and systems of supports*. Washington, D.C.
- Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, y de Luis-García R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Res.* 290,113108.
doi:10.1016/j.psychres.2020.113108
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2020). «Intervención del Director General de la OMS en la conferencia de prensa sobre el 2019-nCoV del 11 de febrero de 2020». Archivado desde el original el 20 de febrero de 2020. Consultado el 11 de febrero de 2020.

- Peña Koka X. Ya se notan los efectos del confinamiento: depresión, estrés, insomnio y ansiedad. El confidencial. 26 marzo 2020. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/es-pana/2020-03-26/estres-pandemia-depresioncoronavirus_2520347//
- Pérez, M. A., & Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 77-120.
- Romañach, J., & Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de vida independiente*, 5, 1-8.
- Siegel, RD, Germer, CK y Olendzki, A. (2009). Atención plena: ¿Qué es? ¿De dónde vino? *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 17-35). Springer, Nueva York, NY.
- Singh, NN y Hwang, YS (2020). Programas y prácticas basados en mindfulness para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. *Opinión actual en psiquiatría*, 33 (2), 86-91.
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K. y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 213–225.
- 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. [Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Traducido al Castellano por Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro, Alianza Editorial, 2003]
- Schalock, R., Bonham, G. y Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31, 181–190.
- Schalock, R. (2010). Aplicaciones del paradigma de calidad de vida a las personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo. En M.A. Verdugo, M. Crespo, T. Nieto. *Aplicación del paradigma de Calidad de Vida. VII Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad, SAID*, Colección Actas 6.
- Vargas, C. (2001). Evolución histórica y conceptual del retraso mental y su relación con la Psicopatología. Recuperado de http://informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2001/02_164_03.htm

- Verdugo, M. A. (1992). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo cero*, 25(3), 5-24.
- Verdugo, M. A. (2003). *Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad*. Universidad de Salamanca.
- Verdugo, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34(1) (205), 5-19.
- Verdugo, M. A., Gómez, L.E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D. y Tamarit, J. (2013): Escala INICO-FEAPS: Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo. Salamanca: INICO.
- Verdugo, M. A., & Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 41(4), 7-21.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L. E., & Jordán de Urríes, B. (2013). Calidad de vida. En MA Verdugo & RL Schalock (Coords.), *Discapacidad e inclusión manual para la docencia*, 443-461, Salamanca: Amarú.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. doi:10.3390/ijerph17051729
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

6. ANEXOS

Anexo 1. Escalas de gravedad de la Discapacidad Intelectual según el DSM-5

Escala de Gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Leve	<p>En 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 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>En 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 dificultades son apreciadas por 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>El 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 necesita ayuda. En la vida adulta, con frecuencia se observa competitividad en trabajos que no destacan en habilidades 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>

<p>Moderado</p>	<p>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 pre-académicas 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>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 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 comunicación o sociales. Se necesita ayuda importante social y comunicativa en el trabajo para obtener éxito.</p>	<p>El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer, vestirse, y de las funciones excretoras y la higiene como un adulto, aunque se necesita un período largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo en estos campos, y se 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 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 período de tiempo largo.</p>
------------------------	--	---	--

Grave	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.	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 centra en el aquí y ahora dentro 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.	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.
--------------	---	--	---

<p>Profundo</p>	<p>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 de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir un uso funcional de los objetos.</p>	<p>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 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>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.</p>
------------------------	---	---	---

Anexo 2: Cronograma

Sesión	Semana 1					Semana 2					Semana 3					Semana 4		
	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X
Sesión 1	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3															
Sesión 2			Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3													
Sesión 3						Grupo 2	Grupo 3	Grupo 1										
Sesión 4								Grupo 2	Grupo 3	Grupo 1								
Sesión 5											Grupo 3	Grupo 1	Grupo 2					
Sesión 6													Grupo 3	Grupo 1	Grupo 2			
Sesión 7																Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3

Anexo 3. Escalas de evaluación de calidad de vida.

1. Cuestionario para profesionales.

N	A	F	S
Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre

		N	A	F	S
1	Expresa sus preferencias, de modo verbal o gestual, cuando le permiten elegir				
2	Participa en las decisiones que se toman				
3	Presenta síntomas de ansiedad: está tenso, evita actividades, duerme mal...				
4	Disfruta con las cosas que hace				
5	Participa en conversaciones con otras personas sobre temas de interés compartido				
6	Obtiene reconocimiento por sus méritos, capacidades, habilidades y aportaciones				
7	Se le proporcionan actividades de formación que fomentan su autonomía				
8	Desarrolla su trabajo/tarea de modo competente y responsable				
9	Muestra emociones/sentimientos de manera apropiada				
10	Sus relaciones con los compañeros del centro/trabajo son buenas				
11	Realiza deporte o actividades de ocio				
12	Cuida su alimentación				

Cuestionario para profesionales

(Adaptación cuestionario INICO-FEAPS)

2. Cuestionario para participantes.

N	A	F	S
Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre

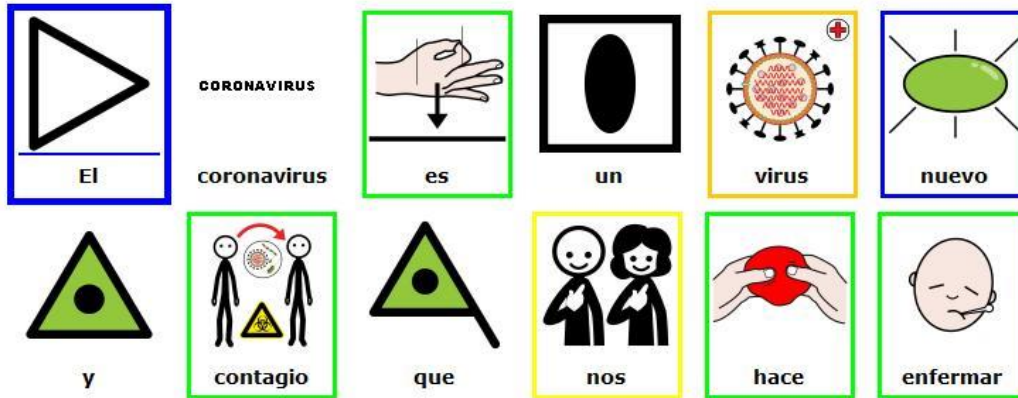
		N	A	F	S
1	Participo en las decisiones que se toman en mi casa				
2	Expreso mis preferencias cuando me permiten elegir				
3	Me siento inquieto, incómodo, duermo mal...				
4	Disfruto con las cosas que hago				
5	Participo en conversaciones con otras personas sobre temas interesantes				
6	Recibo los apoyos que necesito para hacer bien mi trabajo (tareas o actividades)				
7	Desarrollo mi trabajo (tareas o actividades) de forma competente y responsable				
8	Aprendo cosas que me hacen ser más independiente				
9	Me llevo bien con mis compañeros/as de trabajo (o centro al que acudo)				
10	Expreso mis emociones y sentimientos delante de mis amigos/as				
11	Realizo deporte o actividades de ocio				
12	Cuido mi alimentación a diario				

Cuestionario para participantes

(Adaptación cuestionario INICO-FEAPS)

Anexo 4: Explicación coronavirus con pictogramas.

1. ¿Qué es el coronavirus?



Pictogramas explicación sobre coronavirus

(Elaboración propia)

2. ¿Qué podemos sentir?

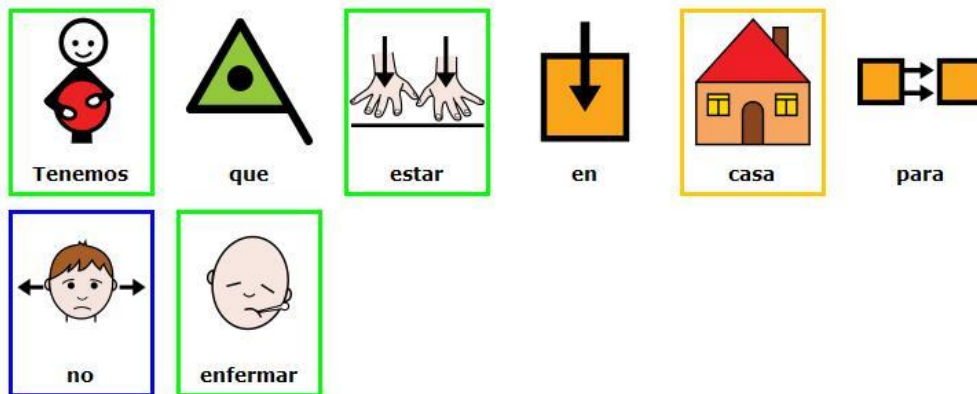


¿Podremos acercarnos a nuestros compañeros o amigos en caso de tener estos síntomas?

Pictogramas explicación síntomas coronavirus

(Elaboración propia)

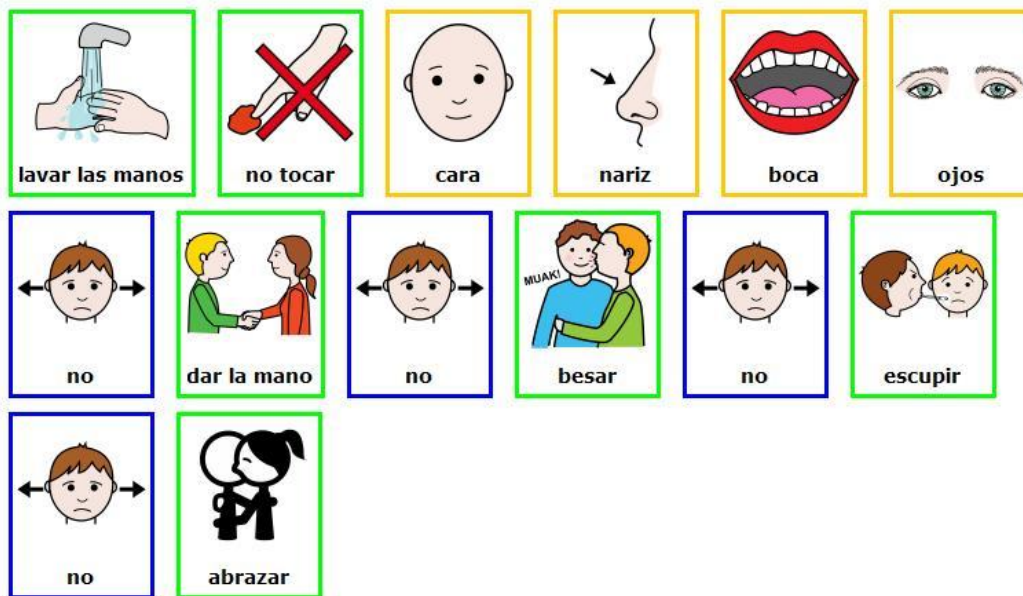
3. ¿Qué debemos hacer?



Pictogramas con pautas de actuación

(Elaboración propia)


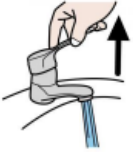






4. ¿Cómo podemos evitar contagiarnos?



Pictogramas recomendaciones de prevención

(Elaboración propia)

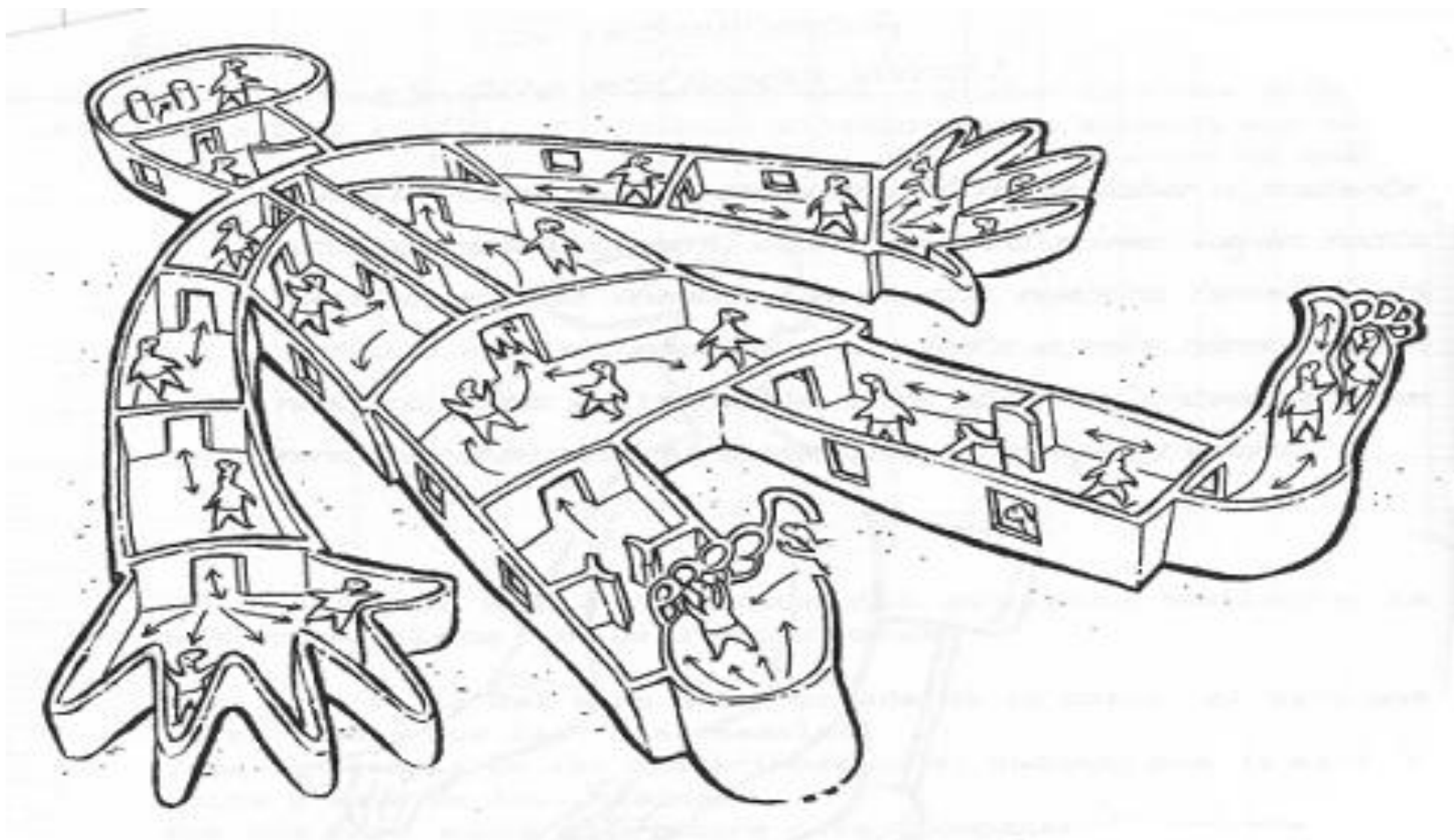
Anexo 5. Lavado de manos

TIEMPO: AL MENOS 40 SEGUNDOS 						
						
1. ABRIR EL GRIFO	2. MOJAR LAS MANOS	3. DAR JABÓN	4. ENJABONAR Y FROTAR	5. ACLARAR LAS MANOS	6. CERRAR EL GRIFO	7. SECAR

Pictogramas sobre adecuado lavado de manos

Tomado de plena inclusión (2020)

Anexo 6. Dibujo de actividad “Body scan”



Anexo 7. Situaciones Role playing.

1. Vamos al supermercado y nos gustaría comprar plátanos y agua.
 - a. No conseguimos encontrarlos y, por lo tanto, intentamos buscar a un trabajador para preguntarle.
 - b. Tras encontrar lo que queríamos nos dirigimos a la caja para terminar la compra y nos damos cuenta de que la cajera se ha equivocado y nos ha puesto un zumo que nosotros no hemos comprado.

¿Cómo actuaríamos en cada una de las situaciones anteriores? ¿Qué es necesario tener en cuenta a la hora de ir a comprar a un espacio público en el cual no se garantiza la distancia mínima de seguridad?

Papeles

- Trabajador/ra del supermercado
- Cajera/o
- Cliente

2. Nos encontramos con tres amigos que hace un año que no vemos. Los amigos, felices por poder vernos, se lanzan a abrazarnos y darnos un beso. Tras este acontecimiento, nos invitan a ir a tomar un refresco. ¿Cómo actuamos ante esos abrazos y besos? ¿Y en la cafetería?

Papeles

- Camarero
- Pareja de amigos
- Trío de amigos

Anexo 8. Pirámide alimenticia



Anexo 9. Cuadro comparativo de actitudes pasivas, asertivas y agresivas.

Pasivo	Asertivo	Agresivo
No se respetan los derechos.	Respetar los derechos de los demás.	No respeta los derechos de otro.
Se aprovechan de él/ella.	Puede llegar a lograr sus objetivos.	Se aprovecha de otro.
No se consiguen los objetivos.	Se siente bien consigo mismo y confía en sí mismo.	Puede llegar a alcanzar sus derechos a expensas de otra persona.
Inhibido, ausente.	Toma decisiones.	Está a la defensiva, llegando a humillar a otros.
Dejar que otro decida por él/ella.	Expresivo (directo)	Toma decisiones por otros.
Se siente frustrado, ansioso y herido.		

Cuadro comparativo de actitudes pasivas, asertivas y agresivas (Elaboración propia)

Anexo 10. Encuesta de satisfacción.

La encuesta es anónima, y se debe valorar poniendo una “x” en uno de los números. Los números van de 1 a 5, siendo 1 “nada satisfecho”, 2 “Insatisfecho”, 3” satisfecho” y 4 “muy satisfecho”

Nº	Ítem	1	2	3	4
1	El Profesional de la psicopedagogía ha guiado las actividades adecuadamente				
2	El trato del profesional de la psicopedagogía ha sido el adecuado				
3	Las actividades propuestas me han gustado				
4	Me he sentido mejor tras la realización de las actividades				
5	Me siento menos agobiado y estresado que al comienzo del programa				
6	Recomendaría este programa a mis compañeros				
7	Realizaría de nuevo las actividades del programa				
8	El programa ha cumplido con mis expectativas				
Propuestas de mejora					
Observaciones generales					

Encuesta de satisfacción (Elaboración propia)

Anexo 11. Hoja de registro

Nombre:	Fecha:	Actividad:				
Objetivos conseguidos	Dificultades encontradas	Propuesta de mejora				
1. Colabora con el resto de los compañeros.	1	2	3	4	5	
2. Sugiere ideas originales y creativas.	1	2	3	4	5	
3. Manifiesta una actitud positiva durante el desarrollo del taller.	1	2	3	4	5	
4. Ha entendido la tarea.	1	2	3	4	5	
Observaciones:						

Hoja de registro (Elaboración propia)