



---

# Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOPEDAGOGÍA

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA SOBRE LA  
ANSIEDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD PROFUNDA Y TÉCNICAS  
DE AFRONTAMIENTO**

Autora:

Sheila Rioja Bravo

Tutor:

Jesús Redondo Pacheco

2022-2023

## **RESUMEN**

En el presente trabajo se expone la problemática relacionada con la ansiedad en las personas con discapacidad profunda. La ansiedad se puede presentar como un estado de nerviosismo, estados de irritabilidad, agresividad, cansancio, dificultades en la concentración y la memoria, cambios en la forma de comportarse, frustración o inseguridad a la hora de relacionarse con las personas de su entorno. Existe poca información específica sobre este tema, la realidad es que es difícil identificar este trastorno por la dificultad a la hora de comunicarse, pero se puede determinar por las diferentes causas fisiológicas, emocionales, cognitivas y sociales. Las personas más cercanas al usuario sabrán identificar que algo le ocurre ya que le conocen y les resulta más sencillo apreciar los signos de alerta, pero no poseen las pautas y/o técnicas necesarias para poder reducirla. Por ello, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la ansiedad y la discapacidad y, del mismo modo, se ha planteado una propuesta de intervención con la finalidad de dar a los familiares las herramientas necesarias para ayudar a afrontar la ansiedad a personas con un alto grado de discapacidad.

## **PALABRAS CLAVE**

Ansiedad, discapacidad intelectual, discapacidad intelectual profunda, técnicas, estimulación.

## **ABSTRACT**

In this work, the problem related to anxiety in people with profound disabilities is exposed. Anxiety can present itself as a state of nervousness, states of irritability, aggressiveness, tiredness, difficulties in concentration and memory, changes in the way of behaving, frustration or insecurity when interacting with the people around you. It exists. There is little specific information on this topic, the reality is that it is difficult to identify this disorder due to the difficulty when communicating, but it can be determined by the different physiological, emotional, cognitive and social causes. The people closest to the user will know how to identify that something is happening to them since they know them and it is easier for them to appreciate the warning signs, but they do not have the necessary guidelines and/or techniques to reduce it. For this reason, a bibliographic review has been carried out on anxiety and disability and, in the same way, an intervention proposal has been proposed with the aim of giving family members the necessary tools to help people with a high grade of discapacity.

## **KEYWORDS**

Anxiety, intellectual disability, profound intellectual disability, techniques, stimulation.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	6
<b>OBJETIVOS Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO</b> .....	8
1. OBJETIVOS.....	8
2. RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER (Universidad de Valladolid, 2023, p.1).....	8
<b>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1: LAS EMOCIONES</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 2: LA ANSIEDAD</b> .....	14
1.1. ¿Qué es la ansiedad? .....	14
1.2. Diferencia entre ansiedad y otros conceptos .....	14
1.3. Ansiedad como patología.....	15
1.4. Etiología de los Trastornos de Ansiedad.....	18
1.5. Características comunes de los trastornos de ansiedad.....	19
1.6. Consecuencias de la ansiedad .....	19
1.7. Prevalencia de los trastornos de ansiedad .....	20
<b>CAPÍTULO 3: LA DISCAPACIDAD</b> .....	22
2.1. ¿Qué es la discapacidad?.....	22
2.2. Tipos de discapacidad.....	22
2.3. Grados de discapacidad.....	23
2.4. Causas de la discapacidad intelectual .....	25
2.5. La calidad de vida .....	26
<b>CAPÍTULO 4: LA ANSIEDAD Y LA DISCAPACIDAD PROFUNDA</b> .....	29
4.1. Justificación.....	34
4.2. Metodología.....	34
4.3. Contenidos.....	35
4.4. Destinatarios.....	35
4.5. Temporalización .....	36
<b>CONCLUSIONES</b> .....	45
5.1. Limitaciones del estudio.....	46

<b>5.2. Propuesta de mejora.....</b>	<b>47</b>
<b><i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</i></b>	<b>48</b>
<b><i>ANEXOS .....</i></b>	<b>56</b>
<b>Anexo 1 .....</b>	<b>56</b>
<b>Anexo 2 .....</b>	<b>60</b>

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una condición que padece gran parte de la población, pudiendo agravarse y convertirse en un trastorno. En este sentido, Peña y Vila (2022) afirman que las personas con un alto grado de discapacidad también pueden sufrir este trastorno, pero no poseen las herramientas necesarias para comunicarlo. Para que las personas de su entorno sean conscientes de este problema tienen que atender a las señales fisiológicas, emocionales, cognitivas y sociales que presentan.

El presente trabajo está dividido en dos partes bien diferenciadas: la fundamentación teórica y la propuesta de intervención.

La fundamentación teórica consiste en una revisión bibliográfica dividida en tres capítulos diferentes: en primer lugar, clarifica qué es la ansiedad, distinguiéndola de otros conceptos como el miedo, la angustia y la depresión, expone la ansiedad como patología, y la etiología de este trastorno, las características, consecuencias, así como su prevalencia.

En segundo lugar, muestra qué es la discapacidad, sus tipos y diferentes clasificaciones según sus grados.

En tercer lugar, una vez expuestos estos dos términos, los relaciona, es decir, se presenta cómo se evidencia la ansiedad en personas con discapacidad profunda y muestra diferentes técnicas.

Tras la fundamentación teórica, se plantea una propuesta de intervención dirigida a un grupo de cuatro usuarios con un alto grado de discapacidad intelectual, más concretamente con una edad madurativa de aproximadamente un año. Cada sesión posee una actividad diferente, y cada actividad tiene su propia duración y puede ser individual o colectiva. Esta propuesta tiene como finalidad intervenir la ansiedad generalizada de estos usuarios.

## JUSTIFICACIÓN

La salud mental se trata del bienestar emocional, psicológico y social, y está directamente relacionada con la forma de pensar, sentir y actuar de cada persona en las diversas situaciones que se le presentan en la vida. Ésta también repercute en cómo se maneja el estrés, en la relación con las personas y en la toma de decisiones. La salud mental tiene gran importancia en todas las etapas de la vida: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

En ese sentido, Restrepo (2012) defiende que en 1970 se empezó a criticar cómo se trataba la salud en ese momento, exponiendo que solo se trataba la enfermedad sin tener en cuenta otras estructuras y modelos sociales que permiten a la persona gozar de una buena salud en todos los aspectos.

Según los estudios realizados por el Ministerio de Sanidad (2020), este problema de salud mental está presente en el 6.7% de la población, más concretamente en el 8.8% de las mujeres y el 4.5% de los hombres; así mismo, la cifra asciende al 10.4% cuando se incluyen a las personas que perciben solamente “signos o síntomas” de ansiedad. Está demostrado que este trastorno tiene un gradiente social, por lo que Kawachi et al. (2004) afirman que cuanto menor es la renta que provoca las desigualdades socioeconómicas, más efectos negativos tienen sobre la salud, perjudicándola y convirtiendo a estos colectivos en más vulnerables ante la ansiedad.

En la actualidad se está comenzando a dar la importancia que merece la salud mental, por ello, es fundamental conocer y tratar diversos aspectos que la perjudican como, por ejemplo, la ansiedad.

La ansiedad es un trastorno que se presenta en contextos en los que el sujeto se siente amenazado, en peligro externo o interno. Ha sido definida por infinidad de autores, entre sus diversas definiciones encontramos que:

Es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Sierra et al., 2003, pp. 14-15).

Del mismo modo, puede referirse a una “variedad de fenómenos relacionados: a una clase de desórdenes psiquiátricos, a patrones particulares de conducta en modelos animales, y como una característica de afecto negativa” (Cedillo, 2017, p. 240).

Asimismo, este trastorno y sus tipos son recogidos en diferentes manuales, como trastornos mentales, entre ellos encontramos:

- DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición.
- CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión.
- ICD-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, versión clínica.

Entre todos los datos y definiciones anteriormente expuestas no se encuentra ninguna referencia a las personas con discapacidad, por lo que en este Trabajo de Fin de Máster se va a desarrollar cómo presentan la ansiedad las personas con discapacidad profunda y cuestiones relacionadas con las causas, consecuencias y posibles técnicas para disminuirla.

Según Sotomayor (2017), el grado de discapacidad es el porcentaje que se encarga de medir las diferentes afectaciones o limitaciones que repercuten en la autonomía de una persona. De acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (2021) existen cinco tipos de discapacidad: física, mental, intelectual, sensorial y pluridiscapacidad.

Se entiende por discapacidad profunda la afectación, tanto psíquica como motriz, que poseen algunas personas, por lo que la mayor parte del tiempo requieren del apoyo o cuidado de otros (DSM-5, 2013). Generalmente no poseen capacidad verbal y, por lo tanto, es más complejo poder expresarse; del mismo modo, el entorno también presenta dificultades para conocer sus necesidades más concretas (Peña y Vila, 2022). Se quiere hacer énfasis en este colectivo debido a que en numerosas ocasiones presentan ansiedad en diversos contextos de su vida por situaciones traumáticas que han vivido, por cambios o simplemente por estar en entornos o con personas no conocidas. No es muy común afrontar esta cuestión sin medicación, por lo que a lo largo de este trabajo se van a exponer diversas alternativas para hacer frente a este trastorno.

La importancia de este trabajo radica en la falta de visibilidad que tiene la ansiedad en las personas con discapacidad, sobre todo en las personas con un alto grado de discapacidad que no poseen lenguaje oral. En muchas ocasiones no es tratada e incluso no se llega a detectar debido a que se confunden con conductas estereotipadas.



# **OBJETIVOS Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO**

## **1. OBJETIVOS**

Con el presente trabajo se pretende cumplir una serie de objetivos descritos a continuación:

Objetivo general:

- Diseñar un programa de intervención psicopedagógica sobre la ansiedad en personas con discapacidad profunda.

Objetivos específicos:

- Conocer las causas de ansiedad en las personas con discapacidad profunda.
- Mostrar las consecuencias de ansiedad en las personas con discapacidad profunda y su sintomatología.
- Exponer diferentes técnicas de afrontamiento a la ansiedad en personas con discapacidad profunda.

Los objetivos presentados anteriormente se relacionan directamente con las competencias del máster desarrolladas a continuación.

## **2. RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER (Universidad de Valladolid, 2023, p.1)**

Competencias generales:

*G1. Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos –de forma autónoma y creativa- y en contextos más amplios o multidisciplinares.*

Con el presente TFM se pretende ampliar la escasa información existente sobre la ansiedad en personas con un alto grado de discapacidad y, del mismo modo, se exponen técnicas para conseguir tratarla y reducirla.

*G2. Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.*

No existe mucha información sobre la ansiedad en personas con un alto grado de discapacidad. Sin embargo, gracias a mis conocimientos previos y los conocimientos obtenidos en el máster he ideado esta propuesta de intervención para hacer frente a la problemática anteriormente mencionada.

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

Se respeta y se actúa de acuerdo con el código ético y deontológico en la propuesta de intervención que se ha ideado.

*G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha 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.*

Gracias a la evaluación expuesta al final de la propuesta de evaluación se puede comprobar qué aspectos se deben perfeccionar, estando siempre abiertos a la formación permanente y a la mejora.

Competencias específicas:

*E1. Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto.*

Se han tenido en cuenta las capacidades y limitaciones de este colectivo para idear una propuesta de intervención que dé respuesta a la problemática de la ansiedad generalizada.

*E2. Asesorar y orientar a los profesionales de la educación y agentes socioeducativos en la organización, el diseño e implementación de procesos y experiencias de enseñanza aprendizaje, facilitando la atención a la diversidad y la igualdad de oportunidades.*

En este caso, se orienta y se presentan estrategias a los familiares para trabajar en su domicilio debido a que estos también son un agente de gran importancia.

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

Se ha diseñado un programa de intervención que da respuesta a la problemática de la ansiedad generalizada dirigido a personas con un grado de discapacidad intelectual muy elevado.

*E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.*

Estos servicios se han dado en las sesiones planteadas que constan de temporalización y tienen bien marcados los recursos que son necesarios, tanto espaciales, personales y materiales.

# FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

## CAPÍTULO 1: LAS EMOCIONES

Desde el momento del nacimiento las emociones juegan un papel fundamental en la formación de la personalidad y la interacción con el entorno. Así pues, el estudio de sus causas y consecuencias tiene especial relevancia.

Existe un amplio abanico de autores que han definido este concepto, entre ellos Bisquerra (2000), que lo entiende como un estado complejo provocado por una perturbación que acciona una respuesta en el organismo. Para él las emociones son la consecuencia de un acontecimiento interno o externo.

La palabra emoción procede del término en latín movere-e que tiene como significado “moverse hacia”; en este sentido, Goleman (1995) afirma que las emociones son impulsos automáticos que nos mueven a realizar la acción pertinente en cada momento. Asimismo, la Real Academia Española (2023) las define como una alteración en el estado de ánimo que puede ser intensa, temporal, grato o desagradable.

Es conocido que existe una gran variedad de emociones y que cada una de ellas tiene su función. Según la Teoría de Paul Ekman (2004) hay al menos 6 emociones de carácter innato, a saber: alegría, tristeza, miedo, asco, enfado y sorpresa. Es cierto que en diversas ocasiones son difíciles de identificar debido a que se camuflan unas con otras. Para ayudar a esa identificación las emociones se pueden clasificar en positivas o negativas. En la misma línea, Bisquerra (2000) propuso que las emociones se dividían en: negativas, positivas, ambiguas y estéticas.

Como se muestra en la Tabla 1, existen unas emociones principales de las que emanan el resto.

**Tabla 1**

*Clasificación de las emociones.*

<b>Emociones Negativas</b>	Desencadenan respuestas menos agradables.	Ira
		Miedo
		Ansiedad
		Tristeza
		Vergüenza

		Aversión
<b>Emociones “Positivas”</b>	Provocan respuestas agradables.	Alegría
		Humor
		Amor
		Felicidad
<b>Emociones Ambiguas</b>	Son conocidas como neutras no provocan respuestas agradables y desagradables.	Sorpresa
		Esperanza
		Compasión
<b>Emociones Estéticas</b>	Son producidas por manifestaciones artísticas como la escultura, pintura, música o literatura.	Tristeza
		Alegría
		Placidez

*Fuente:* Elaboración propia a partir de la clasificación de Bisquerra (2000).

Estas primeras emociones dan lugar a otras secundarias que se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Emociones principales y secundarias.*

<b>Emociones Negativas</b>	Ira	Rabia, cólera, furia, odio, resentimiento, rencor, tensión, agitación, impotencia, violencia, celos, irritabilidad, exasperación, acritud, envidia, aversión.
	Miedo	Horror, terror, temor, fobia, susto, ansiedad, inquietud, incertidumbre, pánico.
	Ansiedad	Estrés, angustia, desesperación, nerviosismo, consternación, preocupación, anhelo, inquietud.
	Tristeza	Decepción, frustración, depresión, dolor, desconsuelo, pesar, soledad, morriña, disgusto, preocupación, melancolía, pesimismo, desgana.
	Vergüenza	Timidez, bochorno, recato, pudor, culpabilidad, inseguridad, remordimiento, humillación, sonrojo, pesar.
<b>Emociones “Positivas”</b>	Aversión	Desprecio, antipatía, rechazo, hostilidad, disgusto, asco, recelo, repugnancia.
	Alegría	Placer, diversión, entusiasmo, excitación, euforia, satisfacción, estremecimiento, felicidad, deleite
	Humor	Provoca carcajadas, risa, hilaridad, sonrisa.
	Amor	Cariño, aceptación, afecto, ternura, respeto, devoción, enamoramiento, gratitud, amabilidad, confianza, afinidad, empatía, simpatía.

---

Felicidad	Tranquilidad, satisfacción, gozo, bienestar, placidez.
-----------	--

---

*Fuente:* Elaboración propia a partir de la clasificación de Bisquerra (2000, p.243).

Del mismo modo Fenández-Berrocal (2018) expone en su libro “*Inteligencia Emocional. Aprender a gestionar las emociones*” que, debido a la gran cantidad de emociones que existen, hay personas que no saben gestionarlas e identificarlas. Esto ocurre con la emoción de la ansiedad la cual va a ser expuesta a continuación.

## **CAPÍTULO 2: LA ANSIEDAD**

En este apartado se va a definir el concepto de ansiedad y se comparará con otros conceptos con la finalidad de clarificar su significado. Seguidamente, se describirán una serie de causas, consecuencias, la etiología y la prevalencia.

### **1.1. ¿Qué es la ansiedad?**

Con la finalidad de comprender mejor la temática tratada en este Trabajo de Fin de Máster, a continuación, se van a exponer diversas definiciones del concepto de ansiedad según varios autores y manuales para dilucidar su sentido y facilitar la posterior comprensión de los apartados sucesivos.

a) La ansiedad se trata del “temor o presentimiento de peligro o desgracia, además de preocupación, angustia o síntomas somáticos de tensión. El origen del peligro previsto puede ser interno o externo” (CIE-11, 2019, párr. 2).

b) Asimismo, estaríamos hablando de “un estado del organismo que trata de responder a una situación que considera amenazante. Es una reacción de alarma que se mantiene en el tiempo, mucho después de que sea apropiado que lo haga” (Marín, 2015, p. 2).

c) De la igual manera, se puede definir como “una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un peligro presente o futuro” (Cía, 2007, p.32).

Se evidencia que las definiciones muestran un rasgo común: la ansiedad se trata de un estado en el que la persona se ve inmersa, como consecuencia de sus emociones negativas. Estas emociones negativas son provocadas por una situación real o por un estado de alerta ficticio.

Tras clarificar la definición del concepto de ansiedad, seguidamente se va a distinguir de otros conceptos que en la vida cotidiana se utilizan indistintamente, distorsionando el significado real.

### **1.2. Diferencia entre ansiedad y otros conceptos**

De acuerdo con Sierra et al. (2003) en el lenguaje cotidiano se utilizan diversos términos indistintamente para mencionar la ansiedad, y que se refieren a una situación o

a un estado concreto que puede experimentar un ser humano. Por ello, se van a aclarar los siguientes conceptos:

### Ansiedad y miedo

Moreno (2011) expone que el miedo se experimenta cuando existe un peligro real e inminente ante un objeto determinado. En cambio, la ansiedad tiene lugar ante un peligro posible, pero no necesariamente probable.

### Ansiedad y angustia

La angustia en algunas ocasiones se puede percibir como una amenaza de muerte inminente, pero carece de especificidad y tiene como consecuencia la pérdida de control sobre uno mismo, es decir, se presentan síntomas físicos. Mientras que la ansiedad se relaciona con peligros que no tienen por qué ser inminentes, es decir, se trata de una anticipación de una situación que puede causar daño (Meyer, 2023).

### Ansiedad y depresión

Beck (1979), en su teoría cognitiva, plasma que la ansiedad consiste en percibir el peligro y la consiguiente valoración de las capacidades de uno mismo para enfrentarse a diferentes sucesos; estas capacidades tienen un gran valor para la supervivencia del propio ser humano. Los sucesos negativos que suponen una pérdida o fracaso pueden provocar la desaparición de emociones a excepción de personas con depresión, los cuales valoran de forma excesiva esos sucesos negativos y los perciben como globales, frecuentes e irreversibles.

Tras desglosar los diferentes conceptos se va a indagar en las patologías asociadas a esta emoción, es decir, en los trastornos de ansiedad.

## **1.3. Ansiedad como patología**

La ansiedad puede persistir y convertirse en un trastorno. La diferencia existente entre la ansiedad normal y la patológica es el grado en el que se manifiesta. Así, la ansiedad patológica “consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión” (Ruiz y Lago, 2005, p. 266).



Por lo tanto, podemos encontrar dos tipos de ansiedad, según Navas y Vargas (2012):

- Ansiedad fisiológica

- Se trata de un mecanismo de defensa contra amenazas cotidianas.
- Es una reacción a la circunstancia ambiental.
- Desencadena una función adaptiva.
- Tiene como finalidad mejorar nuestro rendimiento.
- La reacción es moderada.
- El componente somático es leve.
- No es necesaria la atención psiquiátrica.

- Ansiedad patológica

- Produce una respuesta diferente a la que se daría en la vida cotidiana.
- El desencadenante provoca una reacción desproporcionada.
- Desencadena una función desadaptativa.
- Dificulta el rendimiento.
- Es una reacción grave.
- Es necesaria la atención psiquiátrica.

Otros autores como Bogiaizian et al. (2023) defienden que existen dos tipos de ansiedad: positiva y adversa. La primera, tiene lugar en circunstancias como casarse, hacer un viaje o tener un nuevo trabajo, entre otras. Mientras que la segunda se designa como ansiedad depresiva o adversa y es provocada por una obsesión, un duelo o una crisis de pánico.

Por otro lado, Gold (2006) indica que los trastornos de ansiedad (TA) se clasifican por la intensidad y/o la frecuencia excesiva con la que aparecen el miedo, la preocupación o la vergüenza.

Asimismo, otros autores afirman que existen dos tipos de ansiedad. La primera consiste en la protección ante una situación de peligro, este puede ser real o ficticio. Así pues, Becerra et al. (2007) exponen que esta reacción es capaz de despertar ciertas conductas beneficiosas para cumplir con la función adaptativa al medio ante la presencia

de un peligro. La segunda es la ansiedad diagnosticada de forma clínica que se diferencia de la anterior en su intensidad, frecuencia y duración (American Psychological Association, APA, 2020). La APA defiende que los trastornos de ansiedad tienen presentes manifestaciones de miedo y ansiedad desmedidos y se asocian a cambios en el comportamiento.

Entre los trastornos de ansiedad encontramos los siguientes tipos, según el DSM-5 (2013):

- Trastorno de ansiedad por separación. Miedo intenso y persistente al hecho de la separación con una persona con la que se tiene gran apego.
- Mutismo selectivo. El sujeto no es capaz de hablar en una situación social específica, mientras que en otros contextos puede hacerlo sin problema.
- Fobia específica. Miedo intenso provocado por un objeto o situación concreta.
- Trastorno de la ansiedad social. Miedos que se dan cuando la persona se ve envuelta en relaciones sociales.
- Trastorno de pánico. Crisis de angustia repentinas y recurrentes. Tienen su causa en preocupaciones o cambios significativos.
- Agorafobia. Miedo provocado por situaciones como viajar en transporte público, estar en lugares abiertos o cerrados, estar solos entre una gran masa de personas o salir de casa entre otros. Estas personas evitan estas situaciones ya que les provocan síntomas de angustia.
- Trastorno de ansiedad generalizada. Preocupación excesiva que persiste en el tiempo y se hace imposible de controlar.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Crisis de ansiedad provocada por la abstinencia o intoxicación de sustancias o medicamentos.
- Trastorno de ansiedad debido a otra afectación médica. La causa de la ansiedad es motivo de una condición médica.
- Otro trastorno de ansiedad especificado. El usuario presenta las características clínicas propias de un trastorno de ansiedad, pero no cumple todos los criterios de diagnóstico de los anteriores y se especifica el motivo por el que no se cumplen estos criterios.
- Otro trastorno de ansiedad no especificado. El sujeto presenta las características clínicas propias de un trastorno de ansiedad, pero no cumple todos los criterios de

diagnóstico de los anteriores y no se especifica el motivo por el que no se cumplen estos criterios.

Todos estos trastornos son ocasionados por detonantes muy diversos, siendo desarrollados de manera más extensa en el próximo apartado.

#### **1.4. Etiología de los Trastornos de Ansiedad**

Existen diferentes situaciones que pueden desencadenar un trastorno de ansiedad. Según Navas y Vargas (2012), estos desencadenantes pueden ser de diversos tipos:

- Biológicos. De acuerdo con Burgos y Serrano (2023), la presencia de trastornos de ansiedad en una persona está directamente relacionada con su predisposición genética. Está demostrado que los factores biológicos tienen gran incidencia en la vulnerabilidad hacia un TA, sobre todo ocurre en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social.
- Psicosociales. Los llamados estresores psicosociales son los agentes interpersonales, laborales, socioeconómicos, etc. Estos estresores son muy importantes en los TA debido a que pueden actuar como precipitantes, agravantes o desencadenantes de estos.
- Traumáticos. Experimentar situaciones que superan el rango de la experiencia humana como accidentes graves, desastres, secuestros, torturas... provocan daños biológicos cerebrales que se pueden asociar a la ansiedad.
- Psicodinámicos. La ansiedad provoca una respuesta en la persona ante un peligro que amenaza desde dentro de su ser de forma instintiva que escapa de su control. Se trata de una señal de alarma que causa que la persona adopte medidas de defensa. Si esas medidas defensivas actúan de manera adecuada los síntomas desaparecen, pero si se contienen puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivos- compulsivos (Díaz y Mundaca, 2023).
- Cognitivos y conductuales. Los sistemas de pensamientos negativos propios de patrones cognitivos distorsionados son el primer síntoma de conductas desadaptadas y trastornos emocionales.

Tratadas las causas y los tipos de trastornos de ansiedad se han encontrado una serie de características que son comunes en todos los TA que es importante destacar.

## 1.5. Características comunes de los trastornos de ansiedad

Seguidamente van a exponer de forma breve los rasgos comunes que presentan estos trastornos (Virues, 2005; Ruiz y Lago, 2005; Reyes-Ticas, 2010; Navas y Vargas, 2012).

- Generalmente se entiende como una enfermedad psicológica excepto en el caso de la crisis de angustia y de los trastornos obsesivos.
- Su naturaleza es muy diversa, según la personalidad de la persona puede variar de manera cuantitativa.
- Los síntomas de ansiedad pueden darse en cualquier sujeto. Sin embargo, cuando se intensifican demasiado puede llegar a tratarse de una patología.
- Las variables personales, sociales y terapéuticas juegan un papel fundamental.
- Se da durante un periodo de tiempo prolongado, aunque presenta fluctuaciones.
- El tratamiento es generalmente psicológico a excepción de la crisis de angustia y el trastorno obsesivo compulsivo.

## 1.6. Consecuencias de la ansiedad

Como se ha mencionado anteriormente, los Trastornos de Ansiedad se producen durante un largo periodo de la vida del sujeto y estos trastornos pueden ser cambiantes, por lo tanto, van a presentar una serie de consecuencias que incluso el propio usuario va a ser capaz de percibir. Según Rojas (2014) las consecuencias se pueden clasificar en:

- Consecuencias fisiológicas. Estado de nerviosismo acompañado del aumento de la frecuencia cardiaca, el incremento de la presión sanguínea, una alta tensión muscular y la respiración acelerada. Por consiguiente, es una respuesta física provocada por la activación del sistema nervioso.
- Consecuencias emocionales. Sufren estados de irritabilidad, agresividad, cansancio, etc. En este caso son efectos más subjetivos.
- Consecuencias cognitivas. Dificultades en la concentración y la memoria; tienen relación con la forma de procesar la información.
- Consecuencias sociales. Cambios en la forma de comportarse, frustración, inseguridad a la hora de relacionarse con las personas de su entorno.

Como se ha podido observar, estas consecuencias están presentes en diversos aspectos de la vida del sujeto, aunque casi todas se dan a nivel psíquico. A nivel físico, se encuentran diferentes consecuencias (Fernández, 2020):

- Cefalea.
- Dolor y tensión muscular general.
- Incomodidades torácicas.
- Molestias digestivas.
- Problemas para conciliar el sueño.
- Mareos.
- Sudoración excesiva.

Si el trastorno de ansiedad no es tratado en un largo plazo puede generar enfermedades cardiovasculares, neurológicas y pulmonares (Eguizábal, 2023).

Los TA son más comunes de lo que parece, si bien es cierto el Instituto Nacional de Salud Mental (2019) recoge que en nuestro país se encuentra afectada aproximadamente el 9.6% de la población. Esto lleva siendo así desde hace varias décadas, por ello, según Clark & Beck (2010), especialistas de diferentes países se centran en el estudio y la búsqueda de tratamientos efectivos.

### **1.7. Prevalencia de los trastornos de ansiedad**

Es importante conocer la cantidad de personas que sufren estos trastornos para poder acercarnos más a la situación actual que se da en la población en general.

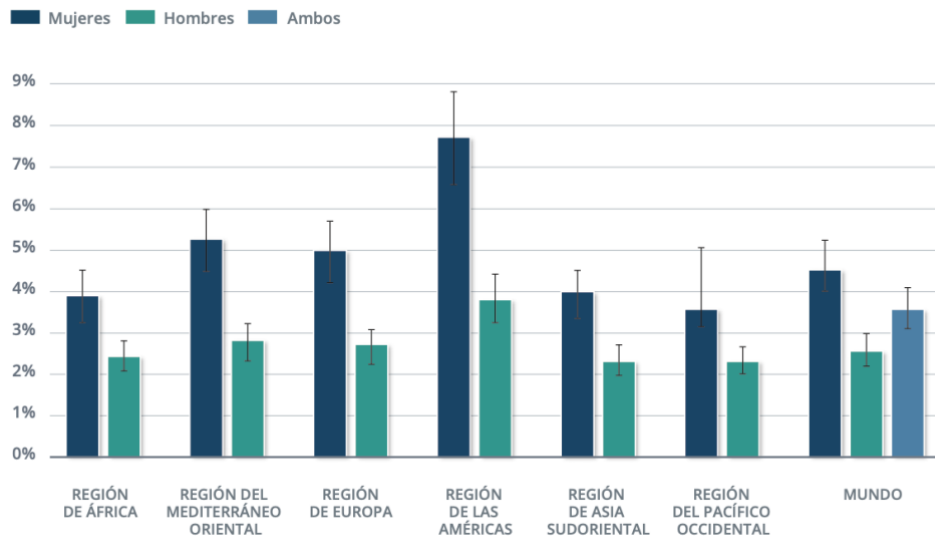
Según Vargas et al. (2011), los trastornos de ansiedad tienen el primer puesto en la prevalencia de enfermedades mentales con un 17%; asimismo, el riesgo de padecerlos en algún momento de la vida es de un 25%, siendo la proporción más alta en mujeres que en hombres (2:1).

Seguidamente, se expone el porcentaje de personas con TA que existen atendiendo a la región, el sexo y la edad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (s.f.), se estima que, la proporción de la población mundial con TA es del 4%. Al igual que ocurre con la depresión la ansiedad es más común en mujeres.

**Figura 1**

*Prevalencia de los TA, por Región.*

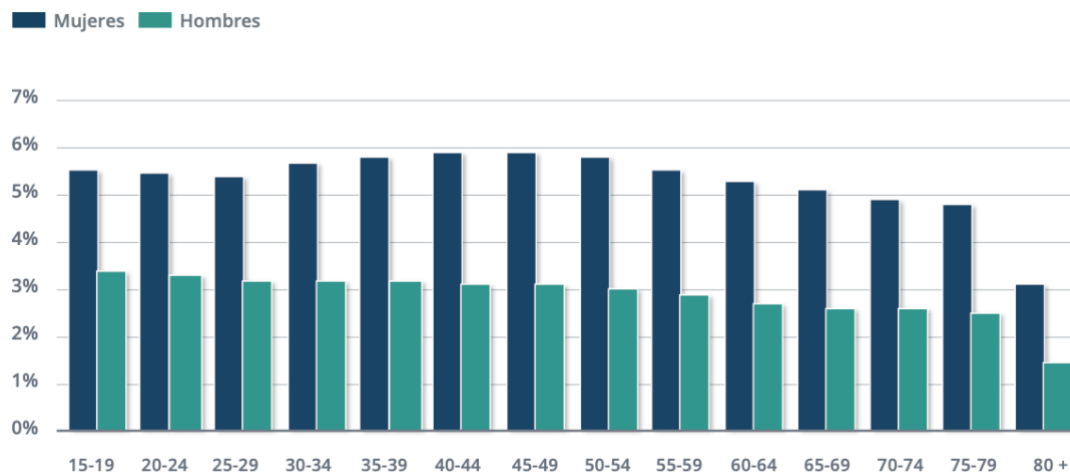


*Fuente:* Organización Mundial de la Salud (s.f.)

Las tasas de prevalencia no varían notablemente entre los grupos de edad, no obstante, es perceptible como en los grupos de edades más avanzadas hay menor prevalencia.

**Figura 2**

*Prevalencia de los TA por edad y sexo.*



*Fuente:* Bandelow & Michaelis (2015)

## **CAPÍTULO 3: LA DISCAPACIDAD**

Se presentará una visión general sobre la discapacidad, a saber, se mostrará en qué consiste la discapacidad o diversidad funcional, qué tipos hay y qué grados existen para, finalmente, desarrollar en qué consiste la discapacidad profunda.

### **2.1. ¿Qué es la discapacidad?**

La diversidad funcional es una condición que comprende las limitaciones:

- Que afectan a una estructura concreta o función corporal.
- Que dificultan desempeñar acciones.
- Al relacionarse con personas de su entorno y participar en diferentes acciones de la vida cotidiana.

Como definición general de discapacidad se puede incluir la siguiente: “situación de la persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales duraderas, encuentra dificultades para su participación e inclusión social” (Real Academia Española, 2020, párr. 1).

También se puede definir como “aquellas personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo y que, al interactuar con diversas barreras, pueden ver impedida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (Unicef, 2014, párr. 2).

Una vez clarificado el concepto de diversidad funcional, se van a enunciar los tipos de discapacidad que existen.

### **2.2. Tipos de discapacidad**

A continuación, se muestra una clasificación realizada por el CIF (Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud) (2021) relacionada con los cinco tipos de discapacidad existentes:

- Discapacidad física  
Abarca todas las alteraciones corporales que obstaculizan el movimiento, limitando la actividad y participación en tareas del día a día. Este tipo de discapacidad se divide, a su vez, en dos categorías:
  - Discapacidad funcional: desorden en el funcionamiento del sistema neuromuscular y/o esquelético que dificultan la motricidad.
  - Discapacidad orgánica: alteraciones en los procesos fisiológicos u órganos internos como son el sistema digestivo, metabólico, respiratorio, endocrino, etc.
- Discapacidad mental. Alteraciones en las facultades mentales y estructuras neurológicas que provocan una alteración en la conducta adaptativa.
- Discapacidad intelectual. Limitaciones en la función intelectual, notablemente por debajo de la media. Esto dificulta la asimilación y respuesta del entorno.
- Discapacidad sensorial. Se encuentran afectadas las estructuras sensoriales como el oído, la vista u otros sentidos.
- Pluridiscapacidad. Es la combinación de varios tipos de discapacidad, suelen presentar otros problemas de salud asociados.

Como se ha podido observar, la diversidad funcional puede afectar a diferentes estructuras o funciones del cuerpo humano. Aun así, no podemos encontrarnos dos casos iguales, ya que, aunque presenten la misma discapacidad, su grado de afectación no va a ser el mismo.

### **2.3. Grados de discapacidad**

Según Sotomayor (2017), el grado de discapacidad es el porcentaje que se encarga de medir las diferentes afectaciones o limitaciones que repercuten en la autonomía de una persona.

El grado de discapacidad está directamente relacionado con el Cociente Intelectual (CI), concepto introducido por Stern en 1912 para clasificar la discapacidad intelectual. La RAE define el CI como “el número que expresa la inteligencia relativa de una persona y que se determina dividiendo su edad mental por su edad física” (Real Academia de la Lengua Española, s.f., párr. 2).



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022) existen cinco grados de discapacidad atendiendo al CI:

- Discapacidad Intelectual límite o *borderline*. El Cociente Intelectual oscila entre 68 y 85. Existe un debate sobre si debería incluirse dentro de esta clasificación. Se trata de usuarios con muchas posibilidades que presentan un leve retraso que es bastante notable a nivel de aprendizaje o en algunos aspectos concretos.
- Discapacidad Intelectual ligera. El Cociente Intelectual se sitúa entre 52 y 68. Son capaces de desarrollar sus habilidades sociales y de comunicación, además pueden incorporarse al mundo laboral. Muestran un retraso muy leve en las áreas motoras y perceptivas.
- Discapacidad Intelectual moderada o media. El Cociente Intelectual que presentan está entre 36 y 51. Son capaces de adoptar hábitos de autonomía personal y social. Pueden llegar a comunicarse mediante el lenguaje oral, aunque tienen dificultades en la comprensión de las convenciones sociales y en la expresión oral. Su desarrollo motor es satisfactorio y son capaces de desarrollar habilidades pretecnológicas básicas para llevar a cabo algún trabajo. Pueden llegar a dominar las técnicas instrumentales básicas, pero con muchas dificultades.
- Discapacidad Intelectual severa. Su Cociente Intelectual oscila entre 20 y 35. Su nivel de autonomía personal y social es muy pobre por lo que precisan de ayuda. Su deterioro psicomotor es notable. Son capaces de aprender algún sistema de comunicación, sin embargo, su lenguaje oral es limitado. Pueden aprender habilidades pretecnológicas muy sencillas y de autonomía personal.
- Discapacidad Intelectual profunda. Su Cociente Intelectual es menor de 20. Sus capacidades sensorio-motrices y de comunicación se encuentran muy deterioradas. Sus limitaciones físicas e intelectuales son muy altas por lo que son dependientes de otra persona. Algunos casos excepcionales pueden desplazarse de forma autónoma o responder a entrenamientos simples.

Del mismo modo, se pueden clasificar los tipos de discapacidad según los apoyos que precisa en su vida cotidiana. Esta clasificación ha sido realizada por la 11ª edición del manual de la AAIDD (2010):

- Apoyo intermitente. Este apoyo se da cuando el usuario lo precisa en momentos puntuales y en periodos de tiempo cortos. Estos apoyos que suelen existir en

momentos como, ejemplo, una enfermedad y pueden darse con mayor o menor intensidad.

- Apoyo limitado. En este caso no son intermitentes, pero su duración es limitada. La intensidad de este apoyo se mide por su duración en el tiempo. En comparación con otros apoyos más intensivos puede requerir un menor número de personal profesional y de menor coste.
- Apoyo extenso. Se trata de una intervención que se efectúa de forma regular en determinados contextos, no se precisa una limitación de tiempo.
- Apoyo generalizado. Este tipo de apoyo se caracteriza por su gran estabilidad e intensidad en todos los ambientes, es posible que sea necesario mantenerlo toda la vida. Este tipo de intervención requiere la intervención de un número mayor de profesionales.

Tras conocer los diferentes grados de discapacidad se van a presentar las causas de la discapacidad intelectual ya que este tipo de discapacidad es uno de los temas principales del presente trabajo.

#### **2.4. Causas de la discapacidad intelectual**

Sulkes (2022) defiende que la discapacidad intelectual puede ser causada por múltiples condiciones médicas y ambientales. Asimismo, algunos síndromes son genéticos y se desarrollan antes de la concepción, otros durante la concepción, durante el embarazo, durante el parto o tras el nacimiento (Ruiz-García et al., 2011). Todos tienen el común que provocan repercusiones sobre la maduración y el crecimiento del cerebro. Sin embargo, a pesar de los avances genéticos en muchos casos no se logra conocer la causa (Zitelli et al., 2023).

De acuerdo con la Fundación Plena Inclusión (2023) existen 4 causas de discapacidad intelectual:

- Trastorno genético: consiste en una problemática a nivel genético. Los genes son unas partículas de pequeño tamaño que poseen todos los seres vivos, estos contienen la información de las características que se van a heredar. Se transmiten en el momento de la concepción.

- Trastornos cromosómicos: en este caso los afectados son los cromosomas. Los cromosomas son las partículas minúsculas que encierran los genes.
- Causa biológica y orgánica: se dan antes, durante o después del nacimiento, atendiendo a la etapa las causas pueden ser diversas:
  - Antes del nacimiento, son provocadas porque la madre:
    - Se contagie de enfermedades como sarampión o rubeola.
    - Ingera toxinas o ciertos medicamentos.
  - Durante el nacimiento:
    - Ingerir toxinas.
    - Que el bebé sea afectado por una infección.
    - Que la cabeza del niño sea expuesta a demasiada presión.
    - Asfixia.
  - Tras el nacimiento:
    - Golpes en la cabeza.
    - Meningitis.

Tras conocer las causas se va a exponer el concepto de la calidad de vida, el cual es la finalidad de todas las terapias y las adaptaciones del entorno.

## **2.5. La calidad de vida**

El término calidad de vida ha tomado gran importancia en los últimos años (Gómez, 2017). Este se ha desarrollado hasta al punto de tener un papel fundamental en la planificación de servicios y actividades sociales, educativas y sanitarias para personas con discapacidad.

Según este autor, la calidad de vida en personas con discapacidad severa, profunda o múltiple es un reto por las numerosas limitaciones que se pueden encontrar en un primer lugar.

En este sentido, Triguero (2022) define la calidad de vida como el bienestar que pocas veces es proporcionado. Este concepto es multidisciplinar y quiere decir que deben tener unas buenas condiciones de vida desde una perspectiva objetiva y un alto grado de bienestar percibido desde una visión subjetiva. Además, se debe incluir la satisfacción colectiva de necesidades gracias a políticas sociales.

Para Muñoz-López (2023) la calidad de vida es un concepto que debe estar centrado en la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción personal.

Por otro lado, Scharlock y Verdugo (2003) exponen diversas dimensiones que sostienen esa calidad de vida:

**Tabla 3**

*Dimensiones de la calidad de vida que proponen Schalock y Verdugo.*

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
Bienestar Emocional	Ausencia de estrés, autoconcepto y satisfacción.
Relaciones Interpersonales	Poseer amigos, relaciones familiares y contactos sociales positivos.
Bienestar Material	Vivienda, ingresos posibilidad de permitirse caprichos y ahorros.
Desarrollo Personal	Oportunidad de aprender, acceder a la tecnología y poseer habilidades funcionales.
Bienestar Físico	Atención sanitaria, actividades de la vida cotidiana, acceso a ayudas técnicas y alimentación.
Autodeterminación	Decisiones, elecciones, metas, preferencias personales y autonomía.
Inclusión Social	Participación, apoyos, accesibilidad e integración.
Derechos	Respeto, ejercicio de derechos y conocimiento de los mismo e intimidad.

*Fuente:* Scharlock y Verdugo (2020, p. 98).

Del mismo modo, Triguero (2022) expone que el bienestar en épocas pasadas ha estado relacionado con la posesión de bienes, pero en la actualidad este término toma otro

significado refiriéndose al disfrute de los bienes de tal forma que provoquen una sensación de satisfacción.

Según la misma autora la calidad de vida está condicionada por los siguientes factores:

- Materiales. Son los recursos de los que se disponen (salud, dinero, trabajo, educación, etc.). Numerosos autores sostienen que existe una relación de causa-efecto entre el nivel de recursos y la calidad de vida.
- Ambientales. Son las características del entorno que se pueden distinguir en:
  - Existencia y disponibilidad de acceso a servicios, seguridad, transporte, movilidad y nuevas tecnologías, que tienen la capacidad de simplificar tareas.
  - Las características del hogar donde se reside de manera habitual.
- De relacionamiento. Integran las relaciones sociales (amigos, familia, conocidos, etc.).

En definitiva, Gómez (2017) defiende que la calidad de vida de las personas con discapacidad está relacionada con la calidad de su inclusión en la sociedad y de acceso a diferentes servicios proporcionándoles cierto grado de bienestar.

Una vez clarificado el concepto de diversidad funcional y presentados sus grados con ayuda de diferentes clasificaciones, se va a profundizar en el tema de la discapacidad profunda relacionándola con el concepto de ansiedad, tratado en el capítulo 1 del presente trabajo.

## CAPÍTULO 4: LA ANSIEDAD Y LA DISCAPACIDAD PROFUNDA

La Fundación Plena Inclusión (2022) sostiene que son muchas las personas que padecen problemas de salud mental en algún momento de su vida. De igual modo, Andrés-Garriz et al. (2023) defienden que las personas con discapacidad intelectual pueden presentar problemas de ansiedad al igual que ocurre con los sujetos normotípicos, e incluso en el primer caso se dan con más frecuencia.

### 4.1. Etiología

La Fundación Plena Inclusión (2022) destaca que los causantes de estos problemas de salud mental son sus condiciones de vida y la atención que precisa su salud. En algunas situaciones concretas, su conducta puede no ser la más adecuada. Como consecuencia de su estado de ánimo pueden presentar nerviosismo, tener miedo o preocupación. Otros motivos que causan estas conductas pueden ser que sufra alguna dolencia física, que no esté de acuerdo o cómodo con alguna situación del entorno actual. Todo esto se ve agravado por la dificultad que existe al no poseer comunicación verbal.

Esta problemática ha sido objeto de estudio de algunos autores, los cuales han analizado que tipo de trastornos mentales son más habituales en personas con discapacidad, estando incluido entre ellos el trastorno de ansiedad.

### 4.2. Datos que reflejan esta problemática

Peña y Vila (2022) han comprobado que aproximadamente el 34% de las personas con discapacidad han padecido un trastorno mental a lo largo de su vida.

Los trastornos más frecuentes entre las personas con discapacidad, según Mejía-Zambrano y Ramos-Calsín (2020) son:

**Tabla 4**

*Trastornos mentales más frecuentes en personas con discapacidad.*

TRANSTORNO	PORCENTAJE
Trastornos del Estado de Ánimo	6.7%
Trastornos de Ansiedad	5.5%
Esquizofrenia	4.8%
Trastorno Psicótico no Especificado	3.9%
Trastornos de Personalidad	2.8%

Del mismo modo, Cooper et al. (2007) también estudiaron esta problemática obteniendo los siguientes datos:

**Tabla 5**

*Trastornos mentales más frecuentes en personas con discapacidad.*

TRANSTORNO	PORCENTAJE
Trastornos del Estado De Ánimo	6.6%
Trastornos Psicóticos	4.4%
Trastornos De Ansiedad	3.8%
Trastorno Psicótico No Especificado	3.9 %
Trastornos De Personalidad	2.8%

#### **4.3. Pautas y recomendaciones**

Según el Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa Fundación Eguía-Careaga Fundazioa (2012) para poder ayudar a las personas con un grado muy alto de discapacidad hay que seguir una serie de pautas y recomendaciones. Entre ellas transmitir tranquilidad, no tener prisa, hablarles de forma clara y sencilla y, en el caso de que puedan comprenderlos, sería positivo utilizar fotografías o pictogramas para explicar la situación. Todo lo mencionado anteriormente tendrá mayor efectividad si se lleva a cabo por una persona de su círculo cercano.

Siguiendo la misma línea, CERMIN (2018) expone que interactuar con las personas con diversidad funcional es de vital importancia, hablarles de forma tranquila y explicar la situación que se está aconteciendo en unas muchas ocasiones de gran ayuda.

Resulta muy interesante destacar que la Fundación Plena Inclusión (2022) en su manual “*Apoyo Conductual Positivo*” da gran importancia a las interacciones. Un usuario normotípico tiene un número elevado de interacciones a lo largo de su día, esta situación se vuelve más complicada para una persona con discapacidad. La afirmación anterior nos lleva a aclarar que estas interacciones deben ser frecuentes, y esta relación que se establece permite conocer más los gustos de esa persona y pueden aflorar conductas alegres.

Otra característica de las interacciones es que deben ser positivas, incluyendo hablar de forma correcta con un tono de voz y una expresión corporal agradable. Todas las interacciones deben adaptarse al estilo de comunicación del usuario.

Gracias a relacionarnos con el usuario podemos conocer sus gustos y podremos aplicar de forma más satisfactoria diferentes métodos para calmar su ansiedad.

#### **4.4. Técnicas para reducir la ansiedad**

Del mismo modo, se pueden seguir una serie de pautas y/o técnicas para disminuir la ansiedad de las personas con discapacidad, cabe recordar que su edad madurativa es de un año aproximadamente, por lo que hay que idear actividades que atiendan específicamente sus capacidades y necesidades.

- Rutinas: Establecer una rutina les hará sentirse seguros al ser conocedores de lo que va a suceder en cada uno de los momentos del día. Dormir es fundamental por lo que dentro de esas rutinas tienen que estar bien delimitadas las horas de sueño. Del mismo modo, si esta rutina se rompe, puede provocar desconcierto, malestar y ansiedad.
- Hipnoterapia: Según Saadat & Kain (2007) es una técnica muy popular en la actualidad que ya era utilizada por griegos, egipcios y persas. Está compuesta por tres fases:
  - Ensimismamiento: se trata de la atención focalizada.
  - Disociación: es la supresión relativa del estado de consciencia del entorno periférico.
  - Sugestibilidad: la señal comunicativa que significa que el individuo va a experimentar una respuesta concreta hacia el tratamiento.

La hipnosis es muy útil sobre todo con niños debido a que poseen una mayor sensibilidad por lo que tienen mayor predisposición para ser atraídos más fácilmente hacia situaciones fantásticas

- Alimentación equilibrada: Ramón et al. (2020) afirman que la alimentación no saludable está directamente relacionada con la prevalencia de ansiedad, estrés y depresión. Asimismo, consumir de forma desproporcionada azúcar y lácteos en poca medida provoca mayor prevalencia de trastornos psicológicos y de sueño.



En este orden de ideas, Velozo (2019) expone que más concretamente hay que evitar estimulantes como el café, té, refrescos, ginseng y alcohol, además de los aditivos y productos artificiales. Según la OMS (2022) es de vital importancia comprobar los niveles toxicológicos de cada producto, por ejemplo, de glutamato de sodio (MSG). Este aditivo es utilizado para resaltar sabores, pero puede provocar irritabilidad, dolor de cabeza, dolor de pecho y otros síntomas que pueden ser confundidos con un ataque de ansiedad e incluso puede llegar a agravar un ataque de ansiedad aportando sintomatología nueva.

Así y todo, Herrera (2023) defienden que los cambios alimentaciones pueden provocar resultados muy positivos en el estilo de vida y en el bienestar de la persona.

- Musicoterapia: Klein (2021) sostiene que esta terapia provoca respuestas y conexiones con la música que estimulan los cambios de estado de ánimo positivos y el bienestar en general. Este autor afirma que la música tiene un gran poder sobre la mente y que cada género musical tiene un impacto directo en el estado de ánimo de cada persona. Esto se debe a que todos los elementos de la música, como el tono, el tiempo y la melodía, son procesados por diferentes regiones cerebrales. Como ejemplo de ello el cerebelo interioriza el ritmo, los lóbulos frontales interpretan las señales emocionales que han sido elaboradas al escuchar la música y una región del lóbulo temporal derecho colabora con la comprensión del tono. El centro de recompensas del cerebro, cuyo nombre es accumbens, puede causar reacciones físicas fuertes cuando se escucha música, esto es lo que se pretende cuando se utiliza esta herramienta.
- Fototerapia o terapia lumínica: Lack y Wright (2007) respaldan que la estimulación lumínica para mejorar la calidad de sueño tiene muy buenos resultados contra la ansiedad. Su aplicación consiste adelantar la hora de despertar una hora y exponerse a una luz blanca brillante con una intensidad del diez mil lux o superior durante 30 minutos al día durante dos semanas como mínimo.
- Terapia asistida con animales: Jadue y Ormeño (2022) sustentan que este tipo de terapia puede tener beneficios en personas con discapacidad que hacen frente a

contextos de ansiedad. Así, los animales disminuyen el estrés y la ansiedad ayudándoles a hacer frente a situaciones desconocidas.

- Actividades que supongan un esfuerzo físico y/o mental o que sirvan de estimulación: Desempeñar actividades físicas puede ser muy beneficioso debido a que disminuye los síntomas de la ansiedad, en este caso se deberá buscar una actividad acorde a las capacidades e intereses del sujeto. Del mismo modo, realizar ejercicios que supongan un esfuerzo mental puede resultar positivo, siempre teniendo en cuenta las capacidades del sujeto para que no desarrolle un sentimiento de frustración. Llevar a cabo estas tareas, además de ayudar con el control de la ansiedad, son también una fuente de estimulación para el usuario.
- Relajación y meditación: Se puede incluir en la rutina diaria un momento de relajación en el que el usuario se desinhibirá y bajará sus pulsaciones. Para ello se utilizan diferentes recursos, como elementos que aporten sensaciones táctiles, música, narraciones en las que el tono de voz es muy suave. Esto es ideal antes de dormir.
- Hierbas medicinales: Voces et al. (2002) explican que esta terapia no convencional está en auge. Es cierto que existen ciertos beneficios, pero el medio sanitario desconoce los efectos secundarios al tratarse de un producto natural.
- Fármacos: En primer lugar, se debe intentar abordar este problema con otras técnicas como las anteriormente mencionadas, pero si el malestar persiste otra opción sería el tratamiento farmacológico.

Tras conocer diferentes técnicas se va a diseñar una propuesta de intervención creando actividades de forma más específica dirigidas a este colectivo para tratar de disminuir su ansiedad generalizada.

# **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

## **4.1. Justificación**

Como se ha podido comprobar en los apartados anteriores, cada vez son más las personas que están tomando conciencia sobre la importancia de la salud mental. La Asociación Estadounidense de Psicología (2010) afirma que existe un gran número de personas que sufren ansiedad, este trastorno es estudiado y tratado con eficacia en la mayoría de los casos normotípicos permitiéndoles llevar una vida normal, pero cuando se habla de personas con un alto grado de discapacidad la cuestión cambia.

Según López de la Parra et al. (2014) no existen estudios que den indicaciones sobre cómo tratar ni medir su ansiedad en ausencia de medicación. Por todo ello, a continuación, se presenta la propuesta de intervención psicopedagógica dirigida a personas con un grado muy alto de discapacidad. Consiste en una serie de sesiones donde se expondrán técnicas para combatir la ansiedad generalizada, y que están destinadas a calmar esa sensación de ansiedad presente durante todo el día.

## **4.2. Metodología**

Para diseñar este programa de intervención se ha realizado primeramente un análisis bibliográfico para que la problemática de la ansiedad en personas con un alto grado de discapacidad sea más comprensible. Una vez recogida toda la información necesaria que ayuda a entender en profundidad este fenómeno se ha analizado la perspectiva desde la que se va a trabajar esta problemática. Se han documentado una serie de técnicas y/o pautas que van a servir de apoyo en el diseño del programa.

La metodología empleada consiste en llevar a cabo durante cuatro semanas, dos veces a la semana, diferentes sesiones. Para ello se ha consultado cuál es la manera de trabajar con este colectivo de forma más eficaz, en este caso, mediante la muestra, repetición constante y final reproducción de la misma acción. Asimismo, se tiene presente que la duración de las sesiones no debe ser muy prolongada debido a que la atención es limitada.

Todo se va a desarrollar gracias a una propuesta de intervención en la que se necesitará la participación activa de los usuarios y sus familias teniendo en cuenta las capacidades y limitaciones de cada uno de ellos.

### **4.3. Contenidos**

Este apartado consiste en exponer lo mencionado de forma precedente durante la revisión bibliográfica y es que las razones por las que no se ha tenido en cuenta la ansiedad en personas con un alto grado de discapacidad es por la dificultad en la comunicación, la minoría de este colectivo, la dificultad para expresar sus emociones y la falta de recursos de los familiares (Martínez-González, 2017; Rodríguez et al., 2008). Es por ello por lo que los contenidos que se van a presentar en cada una de las actividades pretenden dar respuesta a esta necesidad existente e ignorada. La información desarrollada para lograr disminuir la ansiedad de este colectivo está relacionada con:

- Estimulación mediante el tacto con diferentes texturas.
- Relajación en el entorno acuático.
- Juegos manipulativos.
- Estimulación con animales.

### **4.4. Destinatarios**

Las sesiones planteadas están dirigidas a un grupo de personas con discapacidad profunda muy reducido (cuatro como máximo), ya que son totalmente dependientes y no poseen lenguaje. Se trabajaría con grupos muy pequeños, como consecuencia del apoyo constante que necesitan en todo momento al ser grandes dependientes. Así pues, la ratio en los colegios de educación especial es de 5 alumnos aproximadamente por clase. Aunque la edad madurativa de todos será de un año o año y medio aproximadamente, se intentará agrupar a los alumnos según su edad cronológica.

Las familias estarán muy presentes en esta intervención, en primer lugar, observando y aprendiendo, en segundo lugar, llevando a cabo las técnicas en presencia del especialista y atendiendo sus directrices y, en tercer lugar, extrapolando lo aprendido

al domicilio donde pueden integrar estas técnicas con el fin de trabajar la relajación a diario o como herramienta en momentos de ansiedad elevada.

#### 4.5. Temporalización

Este programa está diseñado para desempeñarlo en 8 sesiones. Cada sesión tiene una duración diferente que será reflejada en la Tabla 6.

Todas las sesiones comenzarán a las 17 horas y se impartirán lunes y miércoles. Cada una de éstas tendrá carácter grupal excepto la sesión número 3, donde se citará a cada usuario en un horario diferente atendiendo a sus preferencias y necesidades.

Las sesiones se llevarán a cabo durante los meses de junio y julio ya que, de este modo, se les aportan herramientas útiles para poder seguir trabajando el resto del verano, y así conseguir mantener un estado de calma que permita afrontar nuevas experiencias.

**Tabla 6**

*Horario semanal*

<b>Semana del 12/06/2023 al 18/06/2023</b>					
	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>
<b>17:00</b>	Sesión 1		Sesión 2		
<b>Semana del 19/06/2023 al 25/06/2023</b>					
	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>
<b>17:00</b>			Sesión 4		
<b>Semana del 26/06/2023 al 02/07/2023</b>					
	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>
<b>17:00</b>	Sesión 5		Sesión 6		
<b>Semana del 03/07/2023 al 09/07/2023</b>					
	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>
<b>17:00</b>	Sesión 7		Sesión 8		

*Fuente:* Elaboración propia

#### 4.6. Recursos

En cuanto a los medios necesarios para realizar este programa, se debe contar con una serie de recursos espaciales, comunes en todas las sesiones, que son el aula y la piscina en las sesiones acuáticas. Los recursos materiales son diversos y están especificados cada sesión. Mientras que los recursos personales van a ser comunes en todas las sesiones, estos son el especialista y el familiar que acompaña a cada usuario.

#### 4.7. Diseño de las sesiones y actividades

**Tabla 7.**

*Sesión 1: Presentación*

<b>SESIÓN 1</b>		
<b>Recursos</b>		
<b>Materiales</b>	<b>Espaciales</b>	<b>Personales</b>
- Folio con la temporalización de las actividades. - Sillas.	- Aula.	- Especialista.
<b>Desarrollo</b>		
Esta sesión está dirigida únicamente a los familiares. En ella tendremos una primera toma de contacto sobre cada uno de los casos y les explicaremos de forma breve cuáles son los objetivos de estas sesiones, cómo se pretenden conseguir, dónde van a tener lugar las sesiones y que duración tendrán. Finalmente, dará el tiempo necesario para que pregunten sus dudas.		
<b>Temporalización</b>		
En realizar todo lo anteriormente mencionado se tardará media hora, la duración puede verse ampliada si los familiares tienen diversas dudas que deben ser atendidas.		

*Fuente:* Elaboración propia

**Tabla 8***Sesión 2: Musicoterapia*

<b>SESIÓN 2</b>		
<b>Recursos</b>		
<b>Materiales</b>	<b>Espaciales</b>	<b>Personales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colchonetas.</li> <li>- Pañuelo.</li> <li>- Pluma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especialista.</li> <li>- Familiares.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>		
<p>Cada participante debe ser posicionado en una colchoneta decúbito supino, con el acompañamiento de un familiar. Esta sesión se divide en tres partes, con música relajante (se podrían utilizar canciones similares a Nocturne de Chopin).</p> <p>Primera parte: Siguiendo el ritmo de la música se deben dar golpecitos en el pecho suaves con el fin de que el sujeto solamente se concentre en el sonido y pueda relajarse.</p> <p>Segunda parte: Cuando se encuentra en un estado de relajación vamos a mantenerlo pasándole un pañuelo por la cara de forma muy suave. El acompañante debe coger un pañuelo de tela y sujetarlo de un extremo de tal forma que el otro extremo roce con la cara del sujeto produciéndole un leve cosquilleo.</p> <p>Tercera parte: Extenderemos la relajación a todo el cuerpo con ayuda de una pluma, esta debe ser deslizada suavemente al ritmo de la música por las diferentes partes del cuerpo del sujeto como brazos, cuello, piernas, etc.</p>		
<b>Temporalización</b>		
Esta actividad tiene una duración de 30 minutos.		

*Fuente:* Elaboración propia

**Tabla 9***Sesión 3: Aprendiendo a introducir nuevos juguetes sensoriales*

<b>SESIÓN 3</b>		
<b>Recursos</b>		
<b>Materiales</b>	<b>Espaciales</b>	<b>Personales</b>

- Juguetes manipulativos. - Botellas de lluvia.	- Aula	- Especialista.
<b>Desarrollo</b>		
<p>Esta sesión se va a centrar en la coordinación-óculo manual, lo que les hará focalizarse y dejar a un lado otros comportamientos o pensamientos. Con todos los juguetes se seguirá el mismo procedimiento basado en los pasos dados a continuación:</p> <p>En primer lugar, la presentación, se muestra el juguete al usuario siendo el especialista quien lo manipule.</p> <p>En segundo lugar, el modelaje, el especialista cogerá la mano del usuario y empezará a manipular el juguete, tras varias repeticiones se dejará un tiempo al sujeto para que de forma autónoma realice los mismos movimientos.</p> <p>Los juguetes utilizados están adjuntos en el Anexo 1.</p> <p>El especialista dará las explicaciones pertinentes y narrará todo lo que realiza para que sirva como aprendizaje al familiar, de modo que pueda aplicarlo en las siguientes sesiones y en casa.</p>		
<b>Temporalización</b>		
La duración de esta actividad es de 45 minutos.		

*Fuente:* Elaboración propia

## **Tabla 10**

*Sesión 4: Manipulando diferentes texturas*

<b>SESIÓN 4</b>		
<b>Recursos</b>		
<b>Materiales</b>	<b>Espaciales</b>	<b>Personales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuencos.</li> <li>- Slime.</li> <li>- Espuma artificial.</li> <li>- Pañales.</li> <li>- Espaguetis.</li> <li>- Colorante alimenticio.</li> <li>- Galletas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aula.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especialista.</li> <li>- Familiares.</li> </ul>



- Orbeez.		
<b>Desarrollo</b>		
<p>En esta actividad se busca la relajación a través de la estimulación sensorial, para ello cada sujeto tiene que palpar el contenido de cada uno de los cuencos. Cada usuario tiene su propio cuenco y estos irán rotando. Los diferentes recursos con los que son estimulados son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Slime, es una masa moldeable más elástica que la plastilina.</li> <li>- Nieve artificial, hecha con espuma de afeitar y con el contenido de pañales.</li> <li>- Espaguetis cocinados a los que se les aplica colorante alimenticio.</li> <li>- Arena de galleta.</li> <li>- Orbeez, se trata de bolas que se hinchan en contacto con el agua.</li> </ul>		
<b>Temporalización</b>		
La duración de esta actividad es de 40 minutos.		

*Fuente:* Elaboración propia

**Tabla 11**

*Sesión 5: Experimentando la manipulación desde diferentes partes del cuerpo.*

<b>SESIÓN 5</b>		
<b>Recursos</b>		
<b>Materiales</b>	<b>Espaciales</b>	<b>Personales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pompero.</li> <li>- Bolsa sensorial.</li> <li>- Base con diferentes texturas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especialista.</li> <li>- Familiares.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>		
<p>Se continúa con la estimulación sensorial gracias al uso de pomperos. Primeramente, las pompas serán observadas y después el especialista y los familiares animarán a los usuarios a explotarlas con las manos y de forma posterior con los pies.</p> <p>Asimismo, previamente se fabricarán varias bolsas sensoriales que podrán manipular, similares a las del Anexo 2.</p>		

<p>Del mismo modo, previamente se prepararán varias bases con texturas como pompones, césped y papel de burbujas. a peculiaridad de este ejercicio es que deben utilizar el pie para sentir el tacto.</p> <p>En todas las actividades se presentará el material, después se modelará al usuario y finalmente se dará un tiempo para que realice la acción por él mismo.</p>
<b>Temporalización</b>
Esta actividad tiene una duración de 40 minutos.

*Fuente:* Elaboración propia

**Tabla 12**

*Sesión 6: Relajación en el medio acuático*

<b>SESIÓN 6</b>		
<b>Recursos</b>		
<b>Materiales</b>	<b>Espaciales</b>	<b>Personales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Churros.</li> <li>- Flotadores.</li> <li>- Colchonetas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piscina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especialista.</li> <li>- Socorrista.</li> <li>- Familiares.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>		
<p>El especialista dará las indicaciones necesarias para que después los familiares ejecuten dichas acciones.</p> <p>Para que la entrada al agua sea lo menos brusca posible se comenzará mojando los pies y la tripa a modo de anticipación de la actividad.</p> <p>Después, una vez en el agua, se darán 5 minutos de juego libre para que los usuarios se empiecen a sentir cómodos en este entorno.</p> <p>Todas las acciones deben ser muy lentas y de forma progresiva para conseguir la máxima relajación.</p> <p>Se elegirá el material flotante que mejor se adapte a cada sujeto y lentamente les recostará en el agua de forma que queden totalmente decúbito supino o tumbados.</p> <p>Se les pasarán las manos suavemente por los brazos y las piernas, seguidamente muy despacio se les estirarán las diferentes extremidades realizando varias repeticiones.</p>		

Para finalizar alcanzando el mayor estado de relajación se moverá a los sujetos por la piscina sobre el objeto flotante muy suavemente intentando imitar el balanceo del mar.
<b>Temporalización</b>
Esta actividad tendrá una duración de 40 minutos.

*Fuente:* Elaboración propia

**Tabla 13**

*Sesión 7: Terapia con perros.*

<b>SESIÓN 7</b>		
<b>Recursos</b>		
<b>Materiales</b>	<b>Espaciales</b>	<b>Personales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perros.</li> <li>- Pelotas.</li> <li>- Cepillos.</li> <li>- Alfombras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aula.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especialista.</li> <li>- Monitor de animales.</li> <li>- Familiares.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>		
<p>Con el apoyo de 4 perros de raza ladrador, uno por cada usuario, se desarrollarán las siguientes actividades: todos los participantes podrán experimentar tocar al perro, cepillarle, tirarle la pelota, jugar en el suelo junto a él y, si tienen capacidad de deambular, caminarán siguiendo los pasos del perro que servirá como guía, estimulación visual y motivación.</p>		
<b>Temporalización</b>		
La duración será de 50 minutos.		

*Fuente:* Elaboración propia

**Tabla 14**

*Sesión 8: Relajación en el medio acuático*

<b>SESIÓN 8</b>		
<b>Recursos</b>		
<b>Materiales</b>	<b>Espaciales</b>	<b>Personales</b>

- Churros.	- Piscina	- Especialista.
- Flotadores.		- Socorrista.
- Colchonetas.		- Familiares.
<b>Desarrollo</b>		
<p>Para esta sesión se necesitará el apoyo constante dos personas por usuario. Se comenzará con un ligero balanceo imitando las olas del mar para incitar a la relación. Tras entrar en un estado de calma tienen lugar los ejercicios motrices. En primer lugar, un acompañante debe sostener al usuario de modo que se mantenga estable en el agua decúbito supino y otro comenzará a estirar sus piernas para después realizar movimientos alternando las dos piernas y de forma posterior imitando a una bicicleta.</p> <p>Más tarde, se realizarán estiramientos con los brazos y los mismos movimientos que se han llevado a cabo con las piernas.</p> <p>Finalmente, para volver a inducir a un estado de relajación se moverá la cabeza de manera lateral muy suavemente, estirando así también esta parte del cuerpo.</p> <p>Con esta sesión se pretende introducir a los usuarios en estos movimientos para que tras varias repeticiones sean capaces de llevarlos a cabo por sí mismos. Del mismo modo desempeñan una actividad física, lo que es positivo para controlar la ansiedad como se ha expuesto en el marco teórico.</p>		
<b>Temporalización</b>		
Esta actividad tendrá una duración de 40 minutos.		

#### 4.8. Evaluación

La evaluación va a tener doble carácter debido a que va a valorar a el programa por parte de los familiares para saber si les ha resultado efectivo, qué herramientas nuevas han aprendido, qué creen que les será útil, etc. Para ello, el último día les facilitaremos la siguiente rúbrica:

#### Tabla 15

*Evaluación por parte de los familiares*

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO LO SÉ</b>
<b>Las explicaciones del especialista con claras</b>			
<b>El especialista resuelve las dudas que surgen</b>			
<b>He obtenido herramientas útiles para trabajar por mi cuenta</b>			
<b>El usuario participante en el programa ha estado cómodo con las actividades</b>			
<b>Se ha notado un estado de mayor tranquilidad al volver al domicilio</b>			
<b>Me ha ayudado a aprender cómo incluir nuevos recursos no conocidos para el usuario</b>			
<b>La duración de las sesiones ha sido la adecuada</b>			
<b>¿En el caso del realizar un programa en forma de continuación lo realizarían?</b>			

*Fuente:* Elaboración propia

Por otro lado, se va desarrollar una evaluación por parte del especialista (ver Tabla 16).

**Tabla 16**

*Evaluación por parte del especialista*

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>Los familiares han participado de forma activa</b>		
<b>Las estrategias han sido aprendidas y son capaces de extrapolarlas al hogar.</b>		
<b>Los usuarios se han sentido cómodos.</b>		

*Fuente:* Elaboración propia

## **CONCLUSIONES**

Según Alonso (2023), las personas con un alto grado de discapacidad que les impide comunicarse también sufren trastornos de ansiedad al igual que las personas normotípicas. Para ellos es más complicado expresar lo que sienten y, como afirma el SIIS, Centro de Documentación y Estudios (2018), pueden sentir ansiedad más fácilmente por no comprender lo que está ocurriendo en cada situación, sobre todo si se trata de algo nuevo. Este factor no solo está relacionado con la salud mental sino también con la calidad de vida. A pesar de ello no existen revisiones que estudien las intervenciones en problemas de ansiedad con personas con discapacidad.

Al igual que ocurre con los sujetos normotípicos, tener un estilo de vida saludable, alimentarse de forma correcta siguiendo una rutina, practicar ejercicio y estimular el cerebro puede ayudar a controlar la ansiedad. Cabe indicar que todas estas actividades deben adaptarse a las capacidades de los sujetos, por lo que para poder desarrollarlas primero hay que comprender cuál es la mejor metodología o técnica para introducir nuevos juegos, estímulos y acciones.

Se han identificado una serie de factores que contribuyen al desarrollo de la ansiedad en personas con discapacidad, entre ellos se destaca la falta de comunicación efectiva, las barreras sociales y las limitaciones a la hora de participar en actividades de la vida cotidiana. Identificar y comprender estos factores es fundamental para poder tratar la problemática de la ansiedad.

Lo ideal en estos casos es abordar esta problemática en la etapa de la vida más temprana posible, pero por la barrera que supone la inexistencia del lenguaje oral en muy pocas ocasiones ocurre. Cuanto antes se diagnostique y se pongan en práctica intervenciones mayor impacto positivo supondrá para el bienestar emocional y por consiguiente en la calidad de vida de la persona.

Cabe destacar la importancia de que adoptar un enfoque holístico, siempre teniendo en cuenta las necesidades tanto físicas como emocionales. Del mismo modo el apoyo emocional y la inclusión social son las bases fundamentales que hay que tener en cuenta para trabajar la ansiedad.

Tras la realización del marco teórico gracias a la bibliografía consultada y con la propuesta de intervención ideada para reducir la ansiedad de personas con discapacidad profunda, podemos concluir que se ha alcanzado la consecución del objetivo general que

se planteaba al inicio del presente trabajo: *Diseñar un programa de intervención psicopedagógica sobre la ansiedad en personas con discapacidad profunda.*

Esta propuesta de intervención también cumple una necesidad presente en muchas familias, más concretamente, ayudar a encontrar herramientas que puedan servir para trabajar y aliviar esa ansiedad que padece la persona con diversidad funcional.

Conviene enfatizar que para que esta propuesta de intervención pueda ser aplicada debe existir una buena comunicación y colaboración entre profesionales y con la familia, de manera que las actividades puedan ser extrapoladas e integradas en la vida cotidiana.

Por último, cabe mencionar que, a la hora de la aplicación práctica, hay que tener en cuenta gran cantidad de tiempo que se requiere para conseguir pequeños avances por lo que hay que plantear objetivos a corto plazo.

### **5.1. Limitaciones del estudio**

La más destacable sería la falta de información que existe sobre la ansiedad en personas con un alto grado de discapacidad, debido a que, según el SIIS, Centro de Documentación y Estudios (2018), se trata de una minoría que tiene grandes dificultades para expresarse y para ser entendidos. Sin embargo, esto no ha sido un problema debido a que tengo experiencia planteando actividades para personas con este grado de discapacidad.

Otra limitación se relaciona con la ausencia de comunicación oral, esto dificulta conocer de forma precisa qué variables o situaciones generan la ansiedad y a qué nivel se padece; así, las evaluaciones que se llevan a cabo sobre la ansiedad pueden ser subjetivas y estar sesgadas por la interpretación personal del observador.

Del mismo modo, existe una clara dificultad para discriminar la ansiedad entre otras conductas, los obstáculos de acceso debido a la falta de adaptación de materiales o del entorno, y los estudios generalizados sobre personas con discapacidad, pero hay que tener en cuenta que existen diferentes grados de afectación y que las capacidades y limitaciones de cada persona son únicas.

Así pues, hay ciertas familias que no se coordinan con los profesionales dificultando la tarea, esto puede deberse a varios motivos: falta de formación, escasez de tiempo libre o desmotivación, entre otros.

## **5.2. Propuesta de mejora**

Sería interesante aplicar esta propuesta para poder comprobar realmente qué aspectos funcionan y cuáles habría que mejorar.

Se puede continuar esta propuesta incluyendo sesiones en las que jueguen con los mismos materiales, pero exigiendo mayor nivel de autonomía ante la manipulación. O también añadiendo nuevos materiales, pero similares a los anteriores para que les resulte sencillo y motivante la nueva actividad.

En cuanto a las actividades del medio acuático, cuando los movimientos tratados estén interiorizados, se empezarán a desplazar por la piscina siempre con ayuda de los especialistas y familiares y con el recurso flotante que mejor se adapte a cada usuario. Asimismo, se puede realizar una visita a un balneario para vivenciar una nueva experiencia

Como se ha mencionado en las conclusiones, hay que establecer objetivos a corto plazo, por lo que, una vez logrados los objetivos propuestos al comienzo del presente trabajo, se pueden añadir nuevos o modificar los existentes para ir más allá en este proceso.

Finalmente, se podría trabajar a través de un método de comunicación alternativo con ayuda de una tablet y aplicaciones como Proloquo2Go. Esta app consiste en un tablero de comunicación interactivo totalmente editable para adaptarlo a cada alumno. Con esta aplicación se puede intervenir con el usuario de tal forma que termine asociando una imagen con un objeto, persona, verbo o estado de ánimo, de tal forma que se pueda iniciar un método de comunicación con el que el usuario puede empezar a comunicar algunos de sus deseos o necesidades.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- AAIDD (2010). *Intellectual disability: definition, classification and systems of supports*. Editorial Alianza
- Alonso, P. (2023). *¿Las personas con discapacidad intelectual pueden sentir ansiedad? Las personas con discapacidad intelectual sienten la ansiedad al igual que las personas sin discapacidad, sin embargo, tienen dificultades para gestionar y expresar dicha emoción*. <https://www.mundopsicologos.com/articulos/ansiedad-en-personas-con-discapacidad-intelectual-como-afecta>
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- American Psychological Association. APA (2013). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Asociación Estadounidense de Psicología (2010). *Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*. <https://www.apa.org/topics/anxiety/tratamiento>
- Bandelow, B. & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 17(3), 327-335. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610617/>
- Becerra, A.M, Magdalena, A.C., Estanislau, C., Rodríguez, J.L., Díaz, H., Bassi, A., Chagas, D.A. y Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 75-81. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342007000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000100007)
- Beck, A. T. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Paidós.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T. (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias: Una perspectiva cognitiva*. Desclée de Brouwer.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Praxis.

- Bisquerra, R., Álvarez, M. Fita, E., Martínez, F. y Pérez, N. (2000). Evaluación de programas de educación emocional. *Revista de Investigación Educativa*, 18(2), 251-258. <https://revistas.um.es/rie/article/view/12124>
- Bogiaizian, D, Musso, M. F., Díaz, I. y Amilcar, A. (2023). Propiedades Psicométricas del Inventario de Creencias Positivas y Negativas sobre la Ansiedad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 67(1), 101-116. <https://www.aidep.org/sites/default/files/2023-02/RIDEP67-Art8.pdf>
- Burgos, M. y Serrano, A. (2023). *Depresión, ansiedad y estrés en los conscriptos*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad del Azuay]. Dspace de la Universidad del Azuay. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/12753/1/18280.pdf>
- Cedillo, B. (2017). Generalidades de la Neurobiología de la Ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 239-252. <https://www.doccity.com/es/tratamiento-de-los-trastornos-de-ansiedad/8211989/>
- Centro de Recursos para la Equidad Educativa en Navarra (s.f.). *Definición de Discapacidad Intelectual*. <https://creena.educacion.navarra.es/web/necesidades-educativas-especiales/equipo-de-psiquicos/discapacidad-intelectualp/definicion-de-discapacidad-intelectual/>
- CERMIN (2018). *Manual de buenas prácticas en la interacción con las personas con discapacidad*. <https://www.cermin.org/wp-content/uploads/2018/02/MANUAL-BUENAS-PRACTICAS-INTERACCIÓN-PERSONAS-CON-DISCAPACIDAD-castellano.pdf>
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos.
- Clark, D.A. & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-424. DOI: 10.1016/j.tics.2010.06.007
- Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE 11.<sup>a</sup> edición (2019). *Ansiedad*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/2027043655>
- Díaz, R. y Mundaca, M. (2023). *Ansiedad y depresión por la pandemia COVID en personal de enfermería en la villa Essalud*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Señor de Sipán]. Escuela de Enfermería. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/11154/Rodrigo%20Díaz%20Esmeralda%20%26%20Vasquez%20Chicoma%20Karla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Eguizábal, S. (2023). *Papel de los trastornos depresivos y ansiosos en el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pública de Navarra]. DSpace. <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/45456/Eguizabal%20Argaiz%2c%20Sandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ekman, P. (2004). *Emotions revealed*. WYN
- Fernández, A.M. (2020). Estudiantes, emociones, salud mental y pandemia. *Revista Andina de Educación*, 4(1), 23-29. <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rae/v4n1/2631-2816-rae-4-01-00023.pdf>
- Fundación Eguía-Careaga Fundazioa (2012). *Buenas prácticas en la atención a personas con discapacidad*. <https://www.sisis.net/documentos/ficha/199384.pdf>
- García, M.T. (2019). *Manual Atención al alumno con discapacidad mental, sensorial* [Manual de la asignatura] Valladolid: Escuela de Magisterio Fray Luis de León (Documento no publicado).
- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños. *Archivos de Pediatría Uruguay*, 77(1), 34-38. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492006000100008](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492006000100008)
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. [https://resources.inei.edu.mx/pdfRecursos/1628798551\\_Inteligencia%20Emocional.pdf](https://resources.inei.edu.mx/pdfRecursos/1628798551_Inteligencia%20Emocional.pdf)
- Gómez, L. (2017). *El constructo de calidad de vida en niños y adolescentes con discapacidades múltiples y profundas: propuesta para su evaluación*. [https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2018/11/El-constructo-de-calidad-de-vida-en-ninos-y-adolescentes-con-discapacidades-multiples-y-profundas\\_-propuesta-para-su-evaluacion.pdf](https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2018/11/El-constructo-de-calidad-de-vida-en-ninos-y-adolescentes-con-discapacidades-multiples-y-profundas_-propuesta-para-su-evaluacion.pdf)
- Herrera, K.V. (2023). *Relación entre la calidad de la dieta y síntomas de depresión, ansiedad y estrés en internos de medicina del hospital Goyeneche*. [Tesis, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio UNSA. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4135fa5c-1990-458b-8c99-ce3c3722edc4/content>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2019). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>

- Jadue, V. P. y Ormeño, A. (2022). *Terapia asistida con animales en pacientes con discapacidad en box dental*.  
<http://www.congreso.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/189>
- Kawachi, I., Subramanian, S.V. & Almeida-Filho, N. (2004). A Glossary for Health Inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647-652.  
<https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
- Klein, A. (2021). *Musicoterapia: Tipos y beneficios para la ansiedad, la depresión y más*.  
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/terapia-musical-musicoterapia>
- Lack, L. C. & Wright, H. R. (2007). Chronobiology of sleep in humans. *Springer Link*, 64(10), 1205-1215. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17364140/>
- López de la Parra, M.P., Mendieta, D., Muñoz, M.A., Díaz, A. y Cortés, F. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 37(6), 185-3325.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000600009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600009)
- Marín, M., Cortes, A, Monge, Y. y Martínez, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(37), 170-180.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412015000100008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412015000100008)
- Marín, N. (2015). *Beneficios de la expresión corporal contra la ansiedad infantil*. *Revista Arista Digital*, (61), 3-12.  
[https://www.afapna.com/aristadigital/archivos\\_revista/2015\\_octubre\\_0.pdf](https://www.afapna.com/aristadigital/archivos_revista/2015_octubre_0.pdf)
- Martínez-González, A.E y López, J. (2017). Un método para evaluar la ansiedad de un caso de autismo severo: cambios tras la intervención. *Discapacidad Clínica Neurociencias*, 4(2), 39-51.  
[http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/5360/Un\\_método\\_para\\_evaluar\\_la\\_ansiedad\\_de\\_un\\_caso\\_de\\_autismo\\_severo.pdf?sequence=1&rd=0031108998436545](http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/5360/Un_método_para_evaluar_la_ansiedad_de_un_caso_de_autismo_severo.pdf?sequence=1&rd=0031108998436545)
- Mejía-Zambrano, H. y Ramos-Calsín, L. (2020). Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Revista Neuro-Psiquiatría*, 85(1),77-82. <https://www.redalyc.org/journal/3720/372070419009/html/>
- Meyer, J. (2023). *La respuesta a la ansiedad: Cómo liberarte de la preocupación y la angustia*. Faithwords.

- Ministerio de Sanidad (2020). *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP*.  
[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)
- Moreno, C. (2011). Miedo, ansiedad y estrés. En R. Bisquerra (Coord.), *Educación emocional: propuestas para educadores y familias* (pp. 89-104). Desclée De Brouwer.
- Muñoz-López, S. (2023). *Factores que influyen en la calidad de la vida de las personas con discapacidad intelectual: Terapia ocupacional y participación en ocupaciones significativas*. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada].  
<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/82591/95798.pdf?sequence=4&isAllowed=y#page=36>
- Navas, W. y Vargas, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 19(604), 497-507.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. <https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Prevalencia de los trastornos de ansiedad*.  
<https://www.who.int/es/data>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Prevención y control del COVID-19 en entornos laborales: orientación provisional*.  
<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/occupational-health-and-safety>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Trastornos de ansiedad*.  
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=Se%20calcula%20que%20un%204, trastorno%20de%20ansiedad%20\(1\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=Se%20calcula%20que%20un%204, trastorno%20de%20ansiedad%20(1).)
- Peña, C.M. y Vila, R. (2022). *La psicosis, difícil de detectar en las personas con discapacidad intelectual*. <https://psicosis.som360.org/es/articulo/psicosis-dificil-detectar-personas-discapacidad-intelectual>
- Plena Inclusión (2022). *La salud mental es cosas de todos*.  
<https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/la-salud-mental-es-cosa-de-todos-lectura-facil/>

- Plena Inclusión (2023). *¿Cuáles son las causas de la discapacidad intelectual?*  
<https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/cuales-son-las-causas-de-la-discapacidad-intelectual/>
- Ramón, A., Martínez, B., Granada, J. M., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., Guerrero, S. y Sáez, M. (2020). *Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios*. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1339-1345.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112019000600017#:~:text=La%20alimentación%20no%20saludable%20se,alteraciones%20psicológicas%20y%20del%20sueño.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000600017#:~:text=La%20alimentación%20no%20saludable%20se,alteraciones%20psicológicas%20y%20del%20sueño.)
- Real Academia Española. (2019). *Emoción*. <https://dle.rae.es/emoción>
- Real Academia Española. (2020). *Discapacidad*. <https://dle.rae.es/discapacidad>
- Real Academia Española. (s.f.). *Cociente Intelectual*. <https://dle.rae.es/cociente#0ygRz53>
- Restrepo, D. A. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-2111.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2012000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2012000200009&script=sci_arttext)
- Reyes-Ticas, J. (2010). *Trastornos de ansiedad: guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. <http://sncpharma.com/wp-content/uploads/2018/01/Trastorno-ansiedad.pdf>
- Rodríguez, A., Verdugo, M.A. y Sánchez, M.C. (2008). Calidad de vida familiar y apoyos para los progenitores de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento. *Siglo Cero*, 39(3), 19-24.  
<http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3791/Calidad%20de%20vida%20familiar%20y%20apoyos.pdf?sequence=1&rd=0031395202425612>
- Rojas, G. (2014). *Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento*. *Avances en Odontoestomatología*, 30(1), 39-46.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n1/original4.pdf>
- Ruiz-García, M. y Vela-Amieva, M. (2011). Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta Pediátrica de México*, 32(4), 213-222.  
<https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/493>
- Ruiz, A. M., y Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En M. Duelo (Moderadora), *AEPap Curso de Actualización de Pediatría 2005* (pp. 265-280). Exlibris Ediciones.

- Saadat, H. & Kain, Z. (2007). La hipnosis como tratamiento: un instrumento en pediatría. *Elsevier*, 64(1), 7-8. <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-la-hipnosis-como-tratamiento-un-13112762>
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidar, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- SIIS, Centro de Documentación y Estudios (2018). *Vivir mejor. Cómo concebimos la atención residencial*. <https://www.sis.net/documentos/ficha/180007.pdf>
- SIIS, Centro de Documentación y Estudios (2018). *Vivir mejor. Cómo promover el bienestar emocional*. <https://www.ifbscalidad.eus/es/practicas/personas-con-discapacidad/practica/pr-111/>
- Sotomayor, J. (2017). *Grado de discapacidad: qué es, para qué sirve, requisitos, cómo se califica y quiénes pueden solicitar el certificado*. [https://as.com/diarioas/2021/09/07/actualidad/1631029889\\_259330.html#:~:text=El%20grado%20de%20discapacidad%20es,permite%20optar%20a%20ciertas%20ayudas.](https://as.com/diarioas/2021/09/07/actualidad/1631029889_259330.html#:~:text=El%20grado%20de%20discapacidad%20es,permite%20optar%20a%20ciertas%20ayudas.)
- Sulkes, S.B. (2022). *Discapacidad intelectual*. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-infantil/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/discapacidad-intelectual>
- Triguero, C.M. (2022). *Estudio de las condiciones de vida de las personas con discapacidad en el sector 7 de septiembre del cantón La Libertad*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio Universidad Estatal.
- Unicef. (2014). *Definición y clasificación de la discapacidad*. <https://www.unicef.org/lac/media/7391/file#:~:text=La%20Convención%20define%20a%20las,condiciones%20con%20los%20demás%20>
- Vargas, B. E., Villamil, V., Rodríguez, C., Pérez, J. y Cortés, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (k-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Mental*, 34(4), 185-3325. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000400005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005)
- Velozo, K.A. (2019). *Ansiedad: Supere la ansiedad naturalmente y disfrute de su vida y tenga éxito*. Lacey Miller.

- Virues, R. (2005). *Ansiedad estudio*. <https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
- Voces, D., Díaz, C. y Puente, N.M. (2002). Uso de plantas medicinales en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Formación Médica Continuada en Atención Temprana*, 9(1), 50-56.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207202755308>
- Zitelli, B.J., McIntire, S.C., Nowalk, A.J. & Garrison, J. (2023). *Atlas de diagnóstico en Pediatría*. ELSEVIER.



## ANEXOS

### **Anexo 1**

*Imagen 1. Huevos desmontables con sonidos al pulsar el pollito.*



*Fuente: Imágenes Google.*

*Imagen 2. Zanahorias manipulativas.*



*Fuente: Imágenes Google.*

*Imagen 3. Juego manipulativo cajones.*



*Fuente: Imágenes Google.*

*Imagen 4. Juguetes con ventosa.*



*Fuente: Imágenes Google.*

## Anexo 2

*Imagen 5. Bolsas sensoriales.*



*Fuente: Imágenes Google.*