



Universidad de Valladolid

**PSICOLOGÍA POSITIVA: EMOCIONES
POSITIVAS Y RESILIENCIA EN
CONTEXTOS SOCIOFAMILIARES CON
SÍNDROME DOWN**

Facultad de Educación y Trabajo Social
Grado en Educación Primaria

Autora: Lucía Hernando Lera
Tutora: María Teresa Crespo Sierra

Valladolid 2014

PSICOLOGÍA POSITIVA: EMOCIONES POSITIVAS Y RESILIENCIA EN CONTEXTOS SOCIOFAMILIARES CON SÍNDROME DOWN

Resumen:

La realización de este trabajo de fin de grado está dividida en una primera parte basada en una revisión teórica sobre la Psicología Positiva y, concretamente, sobre dos de sus principales áreas o temas de estudio: Emociones Positivas y Resiliencia. La segunda parte se centra en la aplicación de estas áreas en la intervención educativa, mediante una propuesta de intervención contextualizada en un entorno sociofamiliar con Síndrome de Down. Esta propuesta nos permite observar que el cambio de modelo que está experimentando la psicología está también presente en la intervención educativa en personas con discapacidad intelectual. Con ello pretendemos que nuestra aplicación en la intervención se base en el fortalecimiento de las competencias y capacidades de cada uno de nuestros alumnos lo que nos conduce a una visión o enfoque de la misma más orientada a las fortalezas de las personas donde los apoyos ocupan un papel primordial en dicha intervención.

Palabras claves:

Psicología Positiva, emociones positivas, resiliencia, intervención educativa, Síndrome de Down.

Abstract:

The structure of this work is divided in two parts. The first one is based on a theoretical review about the Positive Psychology and, more specifically, about two of its principal topics: positive emotions and resilience. The second part is focused on the application of these topics on an educative intervention, through a proposal contextualized in a sociocultural environment with Down's Syndrome; which allows us to observe the change the psychology is experimenting that is also present in the educative intervention with people with an intellectual disability. With that we intend to base our intervention on the encouragement of the competencies and abilities of each one of our students, that drives us to a more oriented approach to people's strengths, where the supports are the main character of the mentioned intervention.

Key words: Positive Psychology, positive emotions, resilience, educative intervention and Down's Syndrome.

INDICE

I Parte: Justificación y Fundamentación Teórica	6
1.- Introducción y Objetivos	6
1.1.- Introducción	6
1.2.- Objetivos	7
2.- Justificación	8
2.1.- Justificación legislativa	8
2.2.- Relación con las competencias del grado	8
2.3.-Justificación de elección del tema elegido	10
3.- Fundamentación teórica y antecedentes	11
3.1.- Cambio del modelo patogénico al modelo salutogénico	11
3.2.- Temas abordados por la psicología positiva	13
3.3.- Evolución en el estudio de las emociones	16
3.4.-Resiliencia	23
3.5.- Discapacidad: cambio de un modelo médico a un modelos social	29
3.6.- Asociacionismo	44
Parte II: Propuesta de intervención	45
1.- Justificación	45
1.1.- Justificación contextual	45
2.-Tabla resumen de la propuesta.	47
3.- Objetivos de la intervención	48
4.- Contenidos	50

5.- Metodología.....	50
6.- Temporalización	51
7.- Contenidos previos.....	52
8.- Evaluación	53
9.- Conograma de la propuesta	54
10.- Desarrollo de las sesiones	55
11.- Evaluación y conclusiones de la propuesta.....	65
12.- Conclusiones.....	65
13.- Referencias bibliográficas	67
14.- Anexos	73
Anexo1. Cuestionario de evaluacion final para las familias.....	73
Anexo2. Triptico de la primera charla con las familias.....	74
Anexo3: Triptico de la segunda charla con las familias	75

I PARTE: JUSTIFICACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1.1.- INTRODUCCIÓN

En el trabajo Fin de Grado, sobre Psicología Positiva: emociones positivas y resiliencia en contextos sociofamiliares con Síndrome de Down que presentamos a continuación, nos apoyamos en uno de los cambios y referentes teóricos acaecidos en la psicología durante las últimas décadas desde la Psicología Positiva. Dichos cambios nos proponen y presentan un cambio de mirada: desde un enfoque y modelo centrado en el déficit y limitaciones hacia un enfoque que enfatiza las fortalezas, competencias y puntos fuertes de las personas. Todo ello orientado a la promoción del bienestar y la salud a nivel bio-psico-social, sin limitarnos íntegramente al diagnóstico de patologías y su curación. Esta nueva corriente, la Psicología Positiva, es el principal eje vertebrador de nuestra investigación.

El trabajo fin de grado (en lo sucesivo TFG) contiene dos partes esenciales: una primera, relacionada con su justificación y fundamentación teórica y una segunda, donde planteamos una propuesta de intervención susceptible de llevar a cabo desde una asociación de familias que atienden a colectivos con Síndrome de Down. A lo largo de esas dos partes hemos configurado y desarrollado los contenidos más relevantes del mismo. Para comenzar, proponemos unos objetivos en los que se va a basar nuestro trabajo. A continuación, nos centramos en la fundamentación teórica basada en una revisión bibliográfica sobre la Psicología Positiva y, en concreto, sobre dos de los temas o campos de los que ocupa, emociones positivas y resiliencia y su proyección en el ámbito de la discapacidad, más en concreto en el Síndrome de Down. Por último,

realizaremos una propuesta de intervención para una asociación que atiende a personas con Síndrome de Down. Finalizando con la exposición de las conclusiones de la presente investigación a través de una reflexión personal, basándonos en los puntos analizados en el cuerpo del trabajo y sobre los conocimientos adquiridos en la titulación. Aunque en gran medida la práctica docente nos han llevado a centrarnos en conocer el ámbito de la psicología, la cual nos ha servido como fuente de inspiración a la hora de afrontar las adversidades, pero sobre todo, para adquirir una formación como maestra, siendo capaz de llevar a cabo la labor de la enseñanza con personas con Síndrome de Down y sus familias.

1.2.- OBJETIVOS

En el desarrollo de este trabajo de investigación nos hemos planteado una serie de objetivos, generales y específicos, que pasamos a señalar a continuación. Como *objetivo general* planteamos introducimos en una nueva corriente teórica, conocida como Psicología Positiva. De ella vamos a tomar dos de sus principales temas de estudio: emociones positivas y resiliencia, de manera que puedan ser promovidas en contextos sociofamiliares afectados por el Síndrome Down. Buscamos, en definitiva, abordar el mundo de la discapacidad intelectual (Síndrome Down) desde un nuevo encuadre o marco teórico que propone un cambio de mirada y de modelo de intervención (de déficit a fortalezas, de la enfermedad a la salud...).

Buscamos, además, ocuparnos de una serie de *objetivos específicos* que señalamos a continuación:

1. Conocer la base teórica y los fundamentos básicos de la Psicología Positiva.
2. Reflexionar sobre el cambio de perspectiva y de modelo en la psicología para el estudio del bienestar humano.
3. Profundizar en las áreas de Resiliencia y Emociones Positivas para el mejorar el bienestar humano.

4. Relacionar la Psicología Positiva con el ámbito de la discapacidad.
5. Conocer la evolución del concepto de discapacidad y la implicación de las familias con personas con discapacidad.
6. Realizar una propuesta de intervención para trabajar y potenciar Resiliencia y Emociones positivas en contextos sociofamiliares con Síndrome Down desde la una asociación tanto en los sujetos discapacitados como en sus familias.

2.- JUSTIFICACIÓN

2.1.- JUSTIFICACIÓN LEGISLATIVA

La elaboración de un Trabajo Fin de Grado viene determinada por el Real decreto 1393/2007, de 29 de octubre, que regula todas las enseñanzas universitarias, concretamente en su artículo 12.3., donde se cita que en las enseñanzas universitarias serán finalizadas con la elaboración y defensa del TFG para poder obtener la un título de graduado en dicha enseñanza.

2.2.- RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL GRADO

El presente trabajo está integrado en el desarrollo de las trece competencias que marca la legislación del grado en Educación Primaria, destacando de una forma más concreta las siguientes:

Diseñar, planificar, adaptar y evaluar procesos de enseñanza-aprendizaje para el alumnado con necesidades educativas específicas en colaboración con otros docentes y profesionales del centro. La competencia de trabajo basada en las necesidades educativas especiales está muy relacionada con este trabajo, ya que nuestra propuesta de intervención se realiza con un entorno de personas con Síndrome de Down, además de

realizarse desde una asociación donde varios especialistas y profesionales trabajan conjuntamente.

Con la realización de este TFG buscamos ir más allá del ámbito educativo, ya que pretende trabajar la autonomía de personas discapacitadas con Síndrome de Down. De este modo, vamos a destacar la competencia de diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad y que atiendan a la igualdad de género, a la equidad y al respeto a los derechos humanos que conformen los valores de la formación ciudadana.

Como ya he citado anteriormente, la propuesta se llevaría a cabo en el entorno de una asociación, por lo que la labor social está presente constantemente. Así mismo, debemos tener en cuenta también la siguiente competencia: Colaborar con los distintos sectores de la comunidad educativa y del entorno social; asumir la dimensión educadora de la función docente y fomentar la educación democrática para una ciudadanía activa.

Pero, ante todo, la realización de este trabajo es una continua reflexión sobre las prácticas de audición y lenguaje realizadas el año pasado, las necesidades visibles y la posibilidad de introducir novedades en este sector de la enseñanza apoyan el desarrollo de la última competencia a mencionar: reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente, además de adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoviéndolo entre los estudiantes.

Todas estas competencias están relacionadas con el desarrollo del trabajo, y, por tanto, con el tema elegido: aportaciones de la Psicología Positiva para la intervención con personas discapacitadas con Síndrome Down. El siguiente cuadro refleja, de manera sintética, las competencias desarrolladas anteriormente.

Tabla1. Competencias del Grado en Educación Primaria

	<ul style="list-style-type: none">• Diseñar, planificar, adaptar y evaluar procesos de enseñanza-aprendizaje para el alumnado con necesidades educativas específicas, en colaboración con otros docentes y profesionales del Centro.• Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad y que atiendan a la igualdad de género, a la equidad y al respeto a los derechos humanos que conformen los valores de la formación ciudadana.• Colaborar con los distintos sectores de la comunidad educativa y del entorno social. Asumir la dimensión educadora de la función docente y fomentar la educación democrática para una ciudadanía activa.• Reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente. Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo entre los estudiantes.
--	---

2.3.-JUSTIFICACIÓN DE ELECCIÓN DEL TEMA ELEGIDO

Tras la realización durante el año 2013 de las prácticas como maestra de Educación Primaria con mención en Audición y Lenguaje en una asociación de personas y familias afectadas por el Síndrome de Down, pudimos observar que este colectivo trabaja en muchas ocasiones con las familias. En el ámbito familiar, la actividad que se viene realizando desde la asociación ha motivado la segunda parte del trabajo. Por esta razón vamos a plantear una propuesta de intervención que tendrá como objetivo el trabajo conjunto con las familias.

La elección del tema viene justificada por la experiencia personal en la asociación y el trabajo desempeñado con estos alumnos. Esto nos sirvió para darnos cuenta de la importancia de no centrarnos en las limitaciones a la hora de trabajar, sino en las

capacidades, y desde ellas ser capaces de sacar el máximo partido de las habilidades de nuestros alumnos. La Psicología Positiva basa su intervención en un modelo de promoción y de apoyos, centrándose en las capacidades de la persona y no en sus limitaciones, dando una mayor importancia al contexto que le rodea. Es por ello que creemos que la elección de este tema es la correcta, ya que la asociación trabaja constantemente bajo un modelo de promoción.

3.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES

Tradicionalmente, la psicología ha estudiado aquello que supone un riesgo para la supervivencia de la persona, olvidándose de los efectos que lo positivo puede producir ante situaciones de adversidad. En el ámbito de la discapacidad, la psicología también ha trabajado bajo un modelo patológico, es decir, un modelo en el que lo importante es remediar los efectos de esta discapacidad.

Nos encontramos con algunas referencias a estudios desarrollados antes de la segunda mitad del S. XX, cuando estos comienzan a proliferar. Referencias por ejemplo, en los escritos del filósofo griego Aristóteles y su preocupación por alcanzar la felicidad humana desde una perspectiva eudamónica encargada del proceso de vivir personalmente, construyendo recursos intrapersonales que nos permiten hacernos más fuertes, crecer y buscar la felicidad.

3.1.- CAMBIO DEL MODELO PATOGÉNICO AL MODELO SALUTOGÉNICO

Podríamos marcar un punto de inflexión a partir del siglo XX en el que el cambio de un modelo patogénico a un modelo salutogénico (Antonovski, 1979 y 1996) se ha llevado a cabo, siendo recogido en los últimos años por varios autores de prestigio, tanto nacionales como internacionales. En concreto, nos apoyamos en las aportaciones realizadas por Hervás (2006), Vera (2006), Vázquez (2009) y Mariñelarena-Dondena

(2008) que nos van a aportar una visión general sobre el avance que la psicología ha llevado a cabo en las últimas décadas.

De forma general, podríamos situar la aparición de esta nueva corriente en Estados Unidos durante la segunda década del S.XX. La II Guerra mundial supone un sentimiento de tristeza en la sociedad. Los mandatarios estadounidenses emprendieron la búsqueda del bienestar unida a los avances llevados a cabo por la medicina en los años ochenta, basada no solo en la curación de las enfermedades, sino en la mejora de la calidad de vida de las personas, que dan lugar a una nueva forma de estudiar la psicología. Esta nueva forma tiene como principal característica dejar de estudiar los aspectos negativos de la patología, es decir, el déficit para centrarse en el estudio de lo positivo haciendo hincapié en las competencias y la prevención ante la patología.

A pesar de lo expuesto anteriormente, las causas de la Psicología Positiva no sólo han venido motivadas por los argumentos anteriores. Fueron muchos los autores que se cuestionaron el porqué de la existencia de una rama de la psicología que se ocupaba de estudiar el déficit y las patologías y por qué no había una rama de la psicología destinada al estudio de lo positivo. Es decir, que la iniciativa y la motivación de estos autores, que comenzaron a investigar sobre los efectos que lo positivo producía sobre el bienestar, es también una de las causas que provocan este cambio de modelo. Cabe destacar un impulsor de esta nueva corriente, Martin Seligman, presidente de American Psychological Association, (APA), quien en su discurso de toma de posesión de su cargo en 1998, propuso (Seligman, 1998) un nuevo proyecto de psicología para el futuro, y la Psicología Positiva como clave fundamental para su desarrollo, dejando atrás un modelo centrado en curar trastornos y enfermedades para centrarse en desarrollar el bienestar de las personas.

Autores como Carr (2007), Seligman y Csikszentmilyi (2000) y Mariñelarena-Dondena (2008) destacan que la promoción de este nuevo modelo conocido como modelo salutogénico propuesto por Antonovski, (1996) sufrió algunas dificultades para ser aceptado por muchos de los psicólogos clínicos más tradicionales, que veían la Psicología Positiva y este nuevo modelo como algo que dificultaba el desarrollo del tratamiento de una patología. Posteriormente, esta postura ha sido contrapuesta por la

idea de complementariedad, ya que trabajar sobre la incidencia de las experiencias positivas y los rasgos positivos propios de cada persona previenen o reducen la incidencia de la psicopatología.

3.2.- TEMAS ABORDADOS POR LA PSICOLOGÍA POSITIVA

El modelo anteriormente desarrollado se concreta en una nueva rama de la psicología, llamada Psicología Positiva. A pesar de los antecedentes que hemos citado anteriormente, la Psicología Positiva es una disciplina en potencia, es decir, que son muchos los estudios que se realizan sobre ella actualmente. Por ello las publicaciones acerca de ella son más escasas que las de otras disciplinas de la psicología tradicional. No obstante son muchos los autores que ya definen el término de Psicología Positiva y trabajan sobre ella.

Habiendo consultado varias investigaciones y publicaciones, destacamos a Vera (2006), que define la psicología positiva como una nueva rama de la psicología encargada del estudio de las cualidades y características positivas humanas. A pesar de sus diferencias con la psicología clínica, está cargada de alta rigurosidad científica. Este argumento coincide con el propuesto por Carr (2007), que define la Psicología Positiva como la mejora de la felicidad y el bienestar subjetivo, pero siempre desde el punto de vista clínico. Estamos, en definitiva, ante una nueva rama de la psicología, de reciente aparición que busca y se ocupa, mediante planteamientos científicos, de analizar diferentes cuestiones relacionadas con la salud y bienestar de las personas. Todo ello orientado a la prevención, promoción e intervención.

Como toda disciplina científica, la Psicología Positiva mantiene unos objetivos presentes en el desarrollo de la misma, Carr (2007) destaca la felicidad como el principal objetivo de esta rama de la psicología. Este argumento no resulta muy concreto debido a las múltiples formas que tenemos de entender la felicidad. Por este motivo, destacando de nuevo a Vera (2006) y su estudio realizado sobre la Psicología Positiva, que se basa en el objetivo definido por Seligman (2003): comprender y facilitar la felicidad y el bienestar subjetivo, podríamos enumerar ciertos de los objetivos que se pretenden con su desarrollo. A modo general, destacaríamos un

objetivo principal: mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. Este objetivo se desglosa en otros más específicos sintetizados en la siguiente tabla.

Tabla2. Principales Objetivos de la Psicología Positiva

<u>OBJETIVO PRINCIPAL</u>	<u>OBJETIVOS IMPORTANTES</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos 	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con el desarrollo de la psicología humana. - Alcanzar la mejor calidad de vida y bienestar. - Investigar de los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas. - Basar la investigación bajo la rigurosidad científica

Tras consultar y revisar las aportaciones de diversos autores y sus clasificaciones (Carr, 2007; Seligman, 1998 y 1999 y Vera 2006), encontramos que estos autores coinciden en que la Psicología Positiva se sitúa en torno a tres ejes fundamentales, que van desarrollar diferentes temas y áreas de trabajo en diversos ámbitos de aplicación. A continuación se muestra la tabla en que, a modo de síntesis, vamos a observar la relación entre ejes, temas y ámbitos.

Tabla 3. Ejes, temas y ámbitos que configuran la Psicología Positiva

EJES	TEMAS	ÁMBITOS
1. Estudio de las emociones positivas 2. Estudio de los rasgos positivos o fortalezas 3. Estudio de las organizaciones positivas	<ul style="list-style-type: none"> - La Felicidad. - La experiencia Óptima - La creatividad. - Los valores. - Las fortalezas humanas. - Los talentos y su desarrollo. - La resiliencia - La calidad de vida. - La espiritualidad. - La satisfacción en el trabajo. - Las emociones positivas. - El bienestar subjetivo. - Las inteligencias. - El bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Salud - Laboral - Social - Educación

Como podemos observar en la tabla, hemos resaltado dos de los temas abordados y un ámbito en el que se desarrolla la Psicología Positiva (emociones positivas, resiliencia y educación), debido a que nuestro trabajo se centra principalmente en el desarrollo de una propuesta de intervención basada en el desarrollo de las emociones

positivas y en la promoción de la resiliencia en una asociación donde se imparte apoyo educativo a personas con Síndrome de Down y sus familias, es decir, en el ámbito de la Educación Especial.

A continuación, centrándonos en los temas que aborda la Psicología Positiva, desarrollaremos más profundamente los dos destacados anteriormente: emociones positivas y resiliencia.

3.3.- EVOLUCIÓN EN EL ESTUDIO DE LAS EMOCIONES

Tradicionalmente se ha hecho hincapié en el estudio de lo negativo, tal y como hemos visto anteriormente. En lo referido a este campo, al de las emociones, ha sido primordial el estudio de las emociones negativas frente al estudio de las emociones positivas. Las causas o motivos que han producido el desinterés por el estudio de los efectos de las positivas viene recogido por Fernández-Abascal (2013), siguiendo la síntesis realizada por Fredrickson (1998). En relación a las causas o motivos del estudio de las emociones negativas frente a las emociones positivas señalamos las siguientes:

- Las emociones positivas son menos numerosas y más difusas: las negativas pueden suponer una amenaza ante la supervivencia y, por tanto, han sido primordiales frente a las positivas. Cuantitativamente podemos hablar de más situaciones en las que se implica una amenaza, son más frecuentes que las situaciones que producen placer u oportunidad.
- Estudios psicológicos basados principalmente en las emociones negativas: los investigadores se basaron en el estudio de emociones negativas, como el miedo y la ira, mediante las cuales se buscaba una explicación para el resto de emociones, incluidas las emociones positivas, limitando la verdadera comprensión de estas y sus efectos.
- La psicología se ha ocupado de lo esencialmente preocupante para la persona: teniendo en cuenta que las emociones negativas están relacionadas con

trastornos y desordenes, ha provocado un estudio más profundo de estas emociones dejando de lado el estudio de lo positivo y sus efectos.

Estas casusas han provocado que la base fundamental del estudio psicológico esté orientada a la búsqueda del tratamiento apropiado para la curación de trastornos y desordenes. El crecimiento y desarrollo de tratamientos específicos y avanzados en la curación de estos desordenes, ha permitido que se pueda derivar de forma más concisa apoyos y esfuerzos para comenzar el estudio del abandonado campo de las emociones positivas.

La importancia del estudio de las emociones positiva podría venir sintetizada por los avances en la los tratamientos de trastornos y desordenes, como hemos citado anteriormente, en el impulso provocado por la presidencia de Seligman en la APA en 1998 y su nueva forma de entender la psicología y en las publicaciones como la de Fredickson, que suponía una nueva teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas, (Fernández- Abascal, 2013) la cual se señala que el estudio de las emociones positivas ha estado al margen, mientras que el estudio de las emociones negativas se ha llevado a cabo durante toda la historia. Y basándose en las causas citadas anteriormente propone un cambio en el estudio de las las mismas más positivamente, justificando que para Fredickson (2001):

- Ciertas emociones positivas (júbilo, contento, interés, orgullo, amor, etc.) permiten el pensamiento y la acción, es decir, que seamos más creativos y abiertos.
- Necesitamos alimentar los estados de ánimo más positivos.
- Las emociones positivas motivan el comportamiento de forma sutil o importante.

Fredickson (1998, 2001) pretende explicar la importancia de la generación de emociones positivas mediante el desarrollo del proceso que exponemos en la siguiente figura:

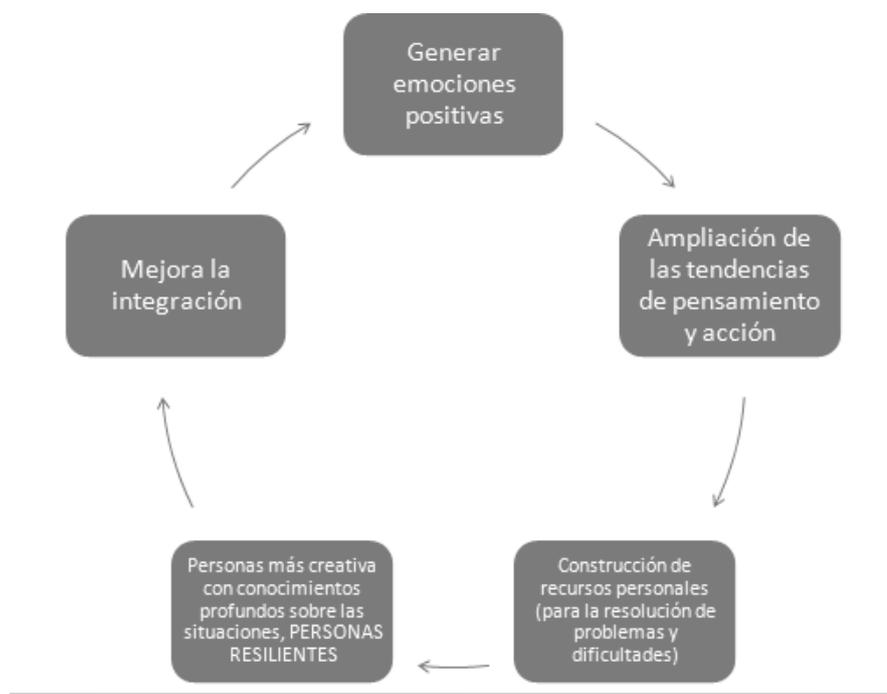


Figura1. Teoría de creación y ampliación de emociones positivas

Esta teoría supone una propuesta para poder formular y comprender con claridad: el fin último de las emociones positivas y su valor adaptativo. En concreto, *“el objetivo de las emociones positivas y su valor adaptativo es que mediante experiencias y emociones positivas, la gente se transforma a sí misma, y se convierte en individuos más creativos, conocedores, resistentes, integrados socialmente y sanos”*. (Fredickson, 2006, p. 90).

3.3.1.- ESTUDIO DE LAS EMOCIONES POSITIVAS

A pesar de que los estudios anteriores, que nos decían que el estudio de las emociones positivas había sido ignorado, son muchos los autores que en las últimas décadas han trabajado en este campo. Con la intención de clarificar aún más las diferencias entre las emociones negativas y las positivas basándonos en la

diferenciación que hace Hervás (2006) exponemos una tabla a modo de síntesis donde se exponen las diferencias más notorias:

Tabla4. Exposición y comparación entre emociones positivas y negativas

EMOCIONES POSITIVAS	EMOCIONES NEGATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Sus consecuencias y funcionamiento relacionados con otras áreas de la Psicología. • Favorecen la flexibilidad • Favorecen ampliación de pensamientos • Favorecen acciones • Favorecen la construcción de nuevos recursos para el futuro • Importantes para la supervivencia (generando recursos a medio o largo plazo) • El papel de las emociones positivas es fundamental para el bienestar humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Útiles para la supervivencia • Previenen otras muchas dinámicas negativas, al margen del peligro vital directo (el rechazo interpersonal, aislamiento o la pasividad) • Centradas en afrontar de situaciones específicas negativas dirigiendo la acción de una forma muy específica.

Tras consultar las aportaciones de autores como, Hervás (2006), Avia y Vázquez (1998), Vázquez (2006) y Fredickson (2001) sintetizamos sus ideas en una definición propia del concepto de emociones positivas, señalando la dificultad de definir el término debido a las múltiples emociones aun no reconocidas.

Emociones positivas: emociones cuyas causas o consecuencias nos producen una sensación de placer provocando cambios y efectos en otras áreas de funcionamiento psicológico como la resolución de problemas o la creatividad. Estos efectos positivos

provocan la amortiguación de los efectos que producen las emociones negativas como el dolor físico o la depresión. Además la expresión de las emociones positivas provoca el aumento de la capacidad de las personas en ayudar, cooperar y ofrecer generosidad con nosotros mismos y con los demás. (Isen, 1987) y (McGuire y Thomas, 1975).

3.3.2- EFECTOS DE LAS EMOCIONES POSITIVAS

Utilizando el estudio realizado por Fernández-Abascal (2013) de los muchos efectos que las emociones positivas producen, nos centraremos en los que consideramos más importantes para nuestro trabajo: los efectos sociales y los efectos ante el distress y la salud, por ser los más relacionados con el ámbito de la educación especial y la familia y por tanto, con la propuesta que venimos planteando.

Efectos Sociales: Gracias al afecto positivo, es decir, a la expresión de las emociones positivas, a la Psicología Positiva y al desarrollo del bienestar, tenemos relación con los demás. Es el motor de una relación con los demás. En este sentido cabe señalar que las emociones positivas favorecen y mejoran las relaciones humanas, además ayudan a establecer las relaciones interpersonales y las expectativas que se tienen sobre estas relaciones promoviendo, del mismo modo, relaciones de amistad. El gesto positivo de la sonrisa es capaz de regular las relaciones sociales, rechazando en ocasiones que se produzca un comportamiento agresivo. La sonrisa, es la expresión que hace que la persona desarrolle nuevos recursos sociales, que puede necesitar en nuevas situaciones.

Efectos ante el Distress y la Salud: Para realizar una aproximación a los efectos ante el distress y la salud previamente tenemos que definir ambos términos. *Distress:* se trata del estrés causado por el exceso de sucesos negativos que supera el punto de estrés. Por el contrario el *Eustress:* es el estrés causado por el exceso de sucesos positivos.

Para hablar de hacer frente al distress, entran en juego dos términos nuevos, la resiliencia, la cual trabajaremos y definiremos más adelante y la resistencia. En concreto: “*las personas resistentes actúan mediante la modificación de la percepción de*

los sucesos estresantes, es decir, son más proclives a percibir los acontecimientos estresantes como eustress y como sucesos controlables” (Fernández-Abascal, 2013 p. 35).

3.3.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES

Las emociones, podrían ser agrupadas inicialmente de dos formas diferentes: como básicas o primarias y como sociales o secundarias. Mas concretamente las emociones positivas son clasificadas de otra forma, son relacionadas con el pensamiento generado por una emoción, situado temporalmente: en el pasado, presente y futuro. A continuación ofrecemos una clasificación de algunas de las emociones positivas basándonos en las propuestas por Seligman (2003).

Tabla5. Clasificación inicial de las Emociones

BÁSICAS O PRIMARIAS	SOCIALES O SECUNDARIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Miedo - Alegría - Sonrisa - Ira - Tristeza - Asco 	<ul style="list-style-type: none"> - Culpa - Vergüenza - Orgullo - Celos - Envidia - Empatía

Esta forma de clasificar las emociones viene citada por Seligman (2003) diferenciándola de la siguiente manera:

1. Emociones positivas relacionadas con el futuro: el optimismo, la esperanza, la seguridad, la fe y la confianza.

2. Emociones positivas relacionadas con el pasado: la satisfacción, la realización personal, el orgullo, la serenidad...
3. Emociones positivas relacionadas con el presente: los placeres, que pueden ser momentáneos, y las gratificaciones, más duraderas.
 - a. Placeres corporales: son experimentados por medio de los sentidos (se logran por medio de los sentidos) y superiores (surgen de actividades más complejas e incluyen sensaciones como la dicha, la alegría, el bienestar, el éxtasis y el entusiasmo).
 - b. Las gratificaciones: implican estados de absorción o fluidez que nacen de realizar actividades que requieren el empleo de nuestras fuerzas distintivas (rasgos personales asociados a unas virtudes concretas, navegar, enseñar, ayudar a los demás.)

A continuación ofrecemos una clasificación de algunas de las emociones positivas

Tabla6. Clasificación actual de las principales emociones positivas

PASADO	PRESENTE	FUTURO
<ul style="list-style-type: none"> - La satisfacción - La realización personal - El orgullo - La serenidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Dicha - La alegría - El bienestar - El éxtasis - El entusiasmo 	<ul style="list-style-type: none"> - El optimismo - La esperanza - La seguridad - La fe - La confianza

3.4.-RESILIENCIA

Para realizar un estudio generalizado de los antecedentes de la resiliencia nos basamos en la publicación de Crespo (2013). Tradicionalmente la psicología ha entendido a la persona como un sujeto pasivo tras un proceso traumático o una situación adversa, que tan sólo recibe estímulos del contexto en el que está inmerso.

El término de resiliencia, tal como lo conocemos en la actualidad, aparece en los años 70, anteriormente había sido utilizado en medicina, pero es en estos momentos, cuando las Ciencias Sociales lo aplican a la psicopatología. En sus orígenes fue utilizado únicamente para referirse a la infancia. Actualmente la resiliencia está siendo estudiada en todos los ámbitos e independientemente de la etapa vital del individuo.

Haciendo un recorrido por la historia de las investigaciones sobre resiliencia, destacamos dos generaciones de investigadores que siguen una línea común, el estudio de la resiliencia, pero cuyas divergencias determinan dos formas diferentes de entenderla.

Primera generación de investigadores: Dentro de los investigadores que siguen esta corriente destacamos a Werner y Smith (1982) conocidos por la realización de varios estudios relacionados con la infancia. Los sujetos sobre los que se aplicó esta investigación fueron niños pertenecientes a familias en situaciones desfavorables, es decir, ambiente de pobreza, alcohol, drogas...

Los autores se centraron en casos donde estas condiciones adversas no habían influido en la formación de los niños ya que en su etapa adulta mantienen unas condiciones de vida equilibrada. De esta manera, y partiendo de estos casos, definen a estas personas como personas resilientes. Manteniendo una perspectiva en la que aparte de ser personas sometidas a un alto riesgo, debido a las condiciones de salud y a la vida en un ambiente psicológico insano, la educación permite el desarrollo sano y positivo de estas personas compensando los déficits.

Desde este enfoque, los investigadores de esta generación basan sus estudios en la búsqueda de factores de riesgo y protectores con los que se había conseguido esta adaptación de las personas tras un hecho traumático o adverso, tales como los factores personales (genéticos y hereditarios), factores relacionados con el contexto y factores relacionados con la familia.

A modo de resumen, podemos concretar que esta generación se encarga de estudiar el cómo, es decir, las causas que han llevado a las personas a ser resilientes. Su estudio se basa en la definición de los factores que han permitido que la persona haya superado la situación de adversidad o el hecho traumático.

Segunda generación de investigadores: Los investigadores que forman esta nueva generación sitúan sus publicaciones a mediados de los años 90. Autores con publicaciones muy conocidas y actuales como Grotberg (1995) se encargan del estudio de los factores que favorecen la resiliencia y la interrelación de estos. Esta generación se diferencia de la anterior en que entienden la resiliencia como un proceso de promoción de dinámicas para alcanzar la superación de la adversidad y aplicarlo en casos similares, es decir, en elaborar un programa de intervención y siguiendo la línea de investigación de la segunda generación, ofrecemos una nueva definición del término resiliencia.

Resiliencia: capacidad del ser humano desarrollada para enfrentarse a las adversidades o procesos traumáticos, que nos permite aprender de ellas, superarlas, sin interrumpir la actividad considerada como normal. Esta definición está basada en las argumentaciones aportadas por Fernández-Abascal (2013) y Grotberg (2002).

Unas definiciones más generales son las que dan Bowlby (1992) que define la resiliencia como una cualidad propia de las personas que no se desaniman ante nada, o Neil (2006) que la define como la capacidad para reaccionar y salir adelante después de situaciones de estrés, vivencias marcadas por el temor o el trauma, durante el proceso vital.

Todas estas definiciones tienen tres aspectos comunes a la hora de definir el constructo, tal como señala Crespo (2013) destacando la resiliencia como un proceso no

acabado, como un proceso de aprendizaje, como un producto de interrelación entre la persona y el contexto y como la habilidad para superar situaciones adversas, de riesgo y/o exclusión.

La revisión de la literatura da cuenta de la evolución y cambios en su definición según los diferentes ámbitos y generaciones de investigación al respecto. El ámbito estadounidense: defensor de la resistencia y basado en el proceso de afrontamiento. Y el ámbito francófono que se ajusta más a lo que conocemos como acontecimiento postraumático y a partir de él la resiliencia se muestra como la capacidad no sólo para superar la experiencia adversa, sino también para aprender de ésta y mejorar en el futuro.

3.4.1.- FACTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA

Basándose en los estudios realizados por Grotberg (1995) los factores protectores que promueven la resiliencia son una serie de atributos personales como la inteligencia, la autoestima, la capacidad para resolver problemas o competencia social, unidos al apoyo social, de la familia y la comunidad. Siguiendo la investigación referida anteriormente, se destacan tres tipos de factores que influyen en la promoción de la resiliencia.



Figura2. Factores que influyen en la promoción de la resiliencia

A la hora de enfrentarnos a una situación adversa, los factores anteriores se combinan entre sí tomando de cada categoría aquellos que sean necesarios. La mayor parte de las personas que sufren la adversidad cuentan con alguno de los factores anteriores, pero no los suficientes o no conocen suficientemente como utilizarlos para hacer frente a la adversidad. Es por ello que los profesionales encargados de fomentar la resiliencia deben combinar estos factores, su interrelación con el contexto en el que la persona está inversa, (Grotberg, 2006).

3.4.2.- POTENCIAR LA RESILIENCIA

Para potenciar los factores que promueven la resiliencia tenemos que tener claros cuales son los ladrillos que sustentan esta cualidad, estos ladrillos son: la confianza, la autonomía, la iniciativa, la aplicación, la identidad, la intimidad, la capacidad para generar y la integridad. Por tanto, para empezar a trabajar debemos centrarnos en uno o varios de los factores resilientes ya nombrados para trabajar a través de ellos, comenzando por los que ya están desarrollados, (Erikson, 1985).

Basándonos en la publicación de Grotberg (2006) y centrándonos en el ámbito de intervención, cuando un especialista se propone potenciar la resiliencia se presenta para él un desafío, encontrar la manera de aplicarlo a cada persona, porque aunque todos podemos ser resilientes, la aplicación puede variar al promoverla individualmente, en las familias o en comunidades, por ello se encuadra en un modelo de apoyo personalizado, concepto que trabajaremos más adelante, centrándonos en la discapacidad.

Otro de los puntos clave para promover la resiliencia (además de los factores) es la *confianza*, como ya hemos citado anteriormente. Crear una base de confianza, es esencial para el proceso, no sólo aprender a confiar en los demás, sino aprender a confiar en nosotros mismos, ya que si no lo hacen pueden convertirse en personas dependientes de otras, lo que les hará sentirse inferiores y protegidos sólo en compañía de la otra persona. A la hora de trabajar con personas adultas, estas muestran un mayor grado de escepticismo, es decir, que se muestran resistentes a crear relaciones de confianza con los demás. Una buena indicación para trabajar bajo estas condiciones es que no tienen que contar sus detalles personales, que ellos mismos pueden decidir cuál es el momento más indicado para compartir sus vivencias, y sobretodo hacerles ver que tanto la alegría como el bienestar que producen las relaciones de confianza, merece la pena.

La *autonomía*, es también un punto esencia que trabajar con las personas que van a potenciar su nivel de resiliencia. Centrándonos en los factores anteriormente citados, la autonomía, promueve nuevos factores resilientes y refuerza los que ya han aparecido podríamos definir la autonomía como la independencia y libertad, la capacidad de tomar nuestras propias decisiones.

Por último destacamos la característica de la *Iniciativa* que podríamos definirla como la voluntad de probar nuevos proyectos. Esta característica debe ser trabajada porque potenciarla, ayuda a reforzar las relaciones de confianza, a reconocer nuestras

limitaciones, nos proporciona tranquilidad y predisposición dando lugar a hacernos más responsables de nuestras propias conductas y a nuevas ideas o nuevos modos de llevar a cabo las cosas, un modo basado en la confianza, el optimismo y manejando nuestros sentimientos y conductas. Para intentar desarrollar la iniciativa, podemos incentivar a decidir qué es aquello que les gustaría hacer. Podemos hablar sobre las maneras de organizar planes de ocio y ayudarles a conocer diferentes posibilidades para esos planes, considerando las consecuencias y cambiando lo necesario. Podemos orientarles para que vean en caso de fracaso una gran experiencia de aprendizaje, que les permita crear nuevas ideas para el éxito.

3.4.3.- RESILIENCIA Y FAMILIA

“Un miembro de la familia con discapacidad se considera como una adversidad dentro del ámbito familiar”, (Grotberg, 2006 pp. 18).

A continuación vamos a mostrar una pequeña relación entre la condición de familia y lo que la resiliencia implica en ella. Neil (2006) define a una familia resiliente como aquella que tiene la capacidad de seguir creciendo a pesar de la adversidad y las situaciones críticas que ésta puede llegar a producir.

“La familia resiliente experimenta el entusiasmo y esperanza reales con el deseo de generar cambios, y funciona como un sistema familiar abierto, recibiendo con agrado los cambios inevitables y buscando permanentemente las relaciones basadas en la cooperación y la ayuda como un modo eficaz de vivir en este mundo” (Neil, 2006 p. 93). Por su parte, Satir (1976) va más allá de esta definición y nos dice que para que una familia sea resiliente debe manifestar cinco libertades:

1. Ver y escuchar lo que está aquí y ahora, en lugar de aquello que debería haber sido, fue o será.
2. Decir lo que uno siente y piensa, en lugar de aquello que uno debería sentir.

3. Sentir aquello que uno siente, en lugar de lo que debería sentir.
4. Pedir aquello que uno desea, en lugar de esperar que le den permiso siempre.
5. Correr riesgos en beneficio propio, en lugar de elegir siempre sentirse seguro y no perturbar la armonía.

3.5.- DISCAPACIDAD: CAMBIO DE UN MODELO MÉDICO A UN MODELOS SOCIAL

El modelo que históricamente ha predominado en el tratamiento de la discapacidad ha sido el modelo médico basado en la rehabilitación, en las limitaciones, en las deficiencias y la mejorara del proceso de adaptación. Este modelo plantea a la persona con discapacidad como un sujeto pasivo en la intervención o rehabilitación, (Oliver, 1990).

En las últimas décadas y con la nueva forma de entender la psicología, desde la Psicología Positiva, el modelo en que se inscribe la discapacidad ha sufrido también cambios. Desde el modelo médico, que se planteaba anteriormente, a un modelo social que pretende entender la discapacidad como *“construcción social impuesta, y plantea una visión de la discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico”*, (Verdugo, 2003 p. 1).

Este cambio de modelo pretende un cambio político capaz de romper con las barreras sociales, ambientales y actitudinales. Basándose en la inclusión de la propia experiencia de las personas con discapacidad para que socialmente sean capaces de satisfacer sus propias necesidades. Pero este modelo, no sólo pretende tener en cuenta las necesidades de la persona con discapacidad, sino también los derechos civiles que han sido ignorados desde siempre, (Oliver, 1998).

Tabla8. Comparación entre el modelo medico y el modelo social

MODELO MÉDICO	MODELO SOCIAL
La discapacidad es una deficiencia o anomalía	La discapacidad es una diferencia.
Tener una discapacidad, como algo negativo.	Tener una discapacidad no es ninguna connotación
La discapacidad es propia de la persona, no de su entorno.	El concepto de discapacidad deriva desde la persona y la sociedad.
La solución es la ayuda del profesional	La solución es la interacción entre el individuo y la sociedad.
El remedio a los problemas es la normalización o cura de la persona con discapacidad	El agente para solucionarlo es el propio individuo con la ayuda de una persona que medie entre la persona y la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) publica en su página la Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad de la salud, definiendo discapacidad de la siguiente manera: como un término de carácter genérico en el que están incluidas las deficiencias y las limitaciones en la participación de actividades y entendiendo la discapacidad como una interacción entre la enfermedad de la persona y los factores personales y ambientales del contexto en el que están inmersos.

3.5.1- SINDROME DE DOWN

Nuestro trabajo está centrado en contextos sociofamiliares con Síndrome de Down por ello, debemos conocer en qué consiste el Síndrome de Down y cuál es su principal característica. (Down 21, consultado el 25 de mayo de 2014). Síndrome de Down o trisomía 21, es causado por una anomalía cromosómica, la cual provoca que los núcleos de las células posean 47 cromosomas en vez de 46. El cromosoma extra pertenece a la pareja 21. Esto produce que en lugar de dos copias de cada gen, en el cromosoma 21 haya tres copias, provocando un desequilibrio y/o organización en la dirección de las células para la conformación del cuerpo. Causando anomalías visibles y

diagnosticables que pueden ser congénitas o aparecer a lo largo del desarrollo. La parte del desarrollo del cuerpo más afectada es el Sistema Nervioso Central, concretamente el cerebro y cerebelo, dando lugar al desarrollo de una discapacidad intelectual, leve o moderada.

La afectación de la trisomía no es igual en todas las personas con Síndrome de Down, sino que cada uno de ellas tiene una base genética diferente, lo que provoca una afectación diferente de los órganos, así como la discapacidad intelectual que posean, repercutiendo en el grado de manifestación de la discapacidad en su influenciado desarrollo. Por ello centrándonos en el ámbito educativo, destacamos como característica principal de las personas con Síndrome de Down, la discapacidad intelectual.

3.5.2.- DISCAPACIDAD INTELECTUAL: EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO

Al igual que en los otros ámbitos de la psicología que hemos visto anteriormente, la discapacidad intelectual fue ignorada durante varios siglos. Para realizar este recorrido por la historia hemos profundizado en la investigación de Fierro (2009), que nos muestra como idea fundamental que hasta el siglo XVIII la discapacidad intelectual no fue entendida como objeto de atención médica y pedagógica.

Hasta llegar a lo que hoy se entiende por Discapacidad Intelectual (en lo sucesivo DI), se han usado diferentes terminologías, dando lugar a una evolución en el entendimiento de la DI y llegando una mejora en la definición del término, así como en la clasificación de las personas con discapacidad y en la proporción de un nuevo modelo de educación basada en la comunidad y en apoyos personalizados.

El primer término usado fue “oligofrenia” procedente del griego y que significa “escasa mente”. Era diagnosticado por un conjunto de síntomas, anomalías con causas variables, pero en las que había un aspecto común, un déficit irreversible de la actividad

mental superior, la actuación frente a ello, era sólo como diagnóstico, nunca de tratamiento.

Consultando las investigaciones de las de Verdugo, Schalock, Thompson y Guillén (2013), a nivel mundial, el término utilizado para referirse a las personas con discapacidad intelectual ha ido variando. Entre los años 1908 y 1958 el término utilizado fue “deficiencia mental”, el cual deja de utilizarse en el año 1959, cuando aparece el término “retraso mental”, utilizado hasta el año 2009 momento en el que se instaura el uso de *discapacidad intelectual*. A nivel nacional, este estudio también destaca la evolución producida en España entre los años 60 y 90 cuando se utilizaron términos como “subnormalidad”, “minusvalía mental”, “disminuido mental...” Esta evolución a la que nos referimos ha llevado a utilizar cómo término más apropiado: discapacidad intelectual, la “elección” de éste viene dada por varias razones:

- Construcción de un término socio-ecológico.
- Está fundamentado en la práctica profesional basada en la relación con el contexto y las conductas funcionales.
- Tiene un marco de referencia ecológico-social que ayuda a la formación de apoyos individualizados a estas personas.
- Es un término menos ofensivo para las personas que tienen esa discapacidad.
- Utilizado mundialmente, incluido en todas las publicaciones.

Pero además de la evolución referida al término más apropiado para referirnos a este colectivo, la discapacidad ha evolucionado bajo un nuevo modelo en el que se deja de lado las limitaciones propias de la persona con discapacidad para centrarse en su interrelación con su contexto. Este cambio lo podemos observar en las publicaciones de los manuales de la Asociación Americana sobre Retraso Mental.

En el año 1992 se publica la 9ª edición del manual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM) que provoca un brusco cambio en el paradigma tradicional, dejando a un lado la concepción de la DI como un rasgo de la persona y comenzando a trabajar con un modelo ecológico. Una nueva visión de la concepción de la DI basada en la interacción entre la persona y su contexto, donde aparece un nuevo término los “apoyos”. Pero este nuevo paradigma es completado con 10ª edición del manual, con la presentación de un enfoque multidimensional que ya había sido introducido en la edición anterior y ahora mejorado, donde se presentan los criterios que se utilizarán para clasificar la DI según la finalidad que tengan (Luckasson et, al., 1992 y 2002). La unión de estos conceptos: interacción de las características de la persona con su contexto, los apoyos y en enfoque multifuncional es lo que conocemos como *el Modelo Ecológico-social*.

3.5.2.1-MODELO ECOLOGICO-SOCIAL

Para entender la DI tal, como la conocemos ahora, debemos centrarnos en tres conceptos:

- *Modelo socioecológico de la discapacidad:* basado en la interacción entre la persona y su ambiente dejando de lado la visión basada en los defectos centrados en la persona y centrándonos ahora en un desajuste entre las capacidades de la persona y las demandas de su ambiente. En este modelo juega un papel importante el apoyo individualizado que puede proporcionar una mejora. Con este nuevo modelo podemos observar nuevos conceptos relacionados con la psicología positiva como son: autoestima, bienestar subjetivo, orgullo...

- *Enfoque multifactorial de la etiología:* como hemos citado anteriormente, este enfoque aparece en el año 1992 con la publicación de la 9ª edición del Manual de la AARM en el que aparece el enfoque multidimensional, que explicaba la etiología de la condición, los factores típicos de riesgo.

Prenatal

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

Perinatal

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

Postnatal:

- Biomédico: daño cerebral traumático, malnutrición, trastornos degenerativos/ataques, toxinas.
- Social: falta de estimulación adecuada, pobreza familiar, enfermedad crónica, institucionalización.
- Conductual: abuso y abandono infantil, violencia doméstica, conductas de niños difíciles.

- Educativo: retraso diagnóstico, intervención temprana inadecuada, servicios de educación especial inadecuados, apoyo familiar inadecuado.

Además de unas casusas definidas por unos factores de riesgo, encontramos una nueva clasificación de la DI basada en la multifuncionalidad.

3.5.2.2- CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL BASADA EN UN SISTEMA MULTIDIMENSIONAL

Verdugo, Schalock, Thompson y Guillen. (2013) en su investigación nos ofrecen una clasificación basada en la multidimensional que presente el modelo ecológico social.

- Habilidades intelectuales: se trata de forma generalizada de la capacidad mental, en la que incluimos, el razonamiento, la planificación, la resolución de problemas, el pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas y aprender mediante la experiencia.
- Conducta adaptativa: capacidades referidas a conceptos, al ámbito social y al ámbito práctico, las cuales son aprendidas y desarrolladas en la vida cotidiana.
- Salud: estado completo de bienestar, incluyendo los tres ámbitos, físico, mental y social.
- Participación: desarrollo del rol de la persona en el ámbito social, familiar y laboral.
- Contexto: interrelación de la persona con el contexto en el que vive, incluyendo factores ambientales, como físico o social, y factores personales, como la motivación o su estilo de vida.

Basándonos en esta clasificación multifuncional, si nos centramos en el ámbito de la educación debemos destacar el modelo multifuncional en el funcionamiento humano en el que la figura de los apoyos constituye una nueva forma de intervención, el sistema de apoyos.

- *Apoyos: recursos y estrategias que se dirigen a promover el desarrollo de la educación, intereses, bienestar personal de un individuo, así como para mejorar su funcionamiento individual.* (Verdugo y Schalock, Thompson, Guillen, 2013 p. 99)
- *Sistema de apoyos: uso planificado e integrado de las estrategias de apoyo individualizadas y de los recursos que acompañan los múltiples aspectos del funcionamiento humano en múltiples contextos.* (Verdugo y Schalock, Thompson, Guillen, 2013 p. 99)

3.5.2- CAMBIO Y EVOLUCIÓN DE LA PERSONA CON SÍNDROME DE DOWN

Como en el resto de los apartados de este TFG, realizamos también una evolución referida a la concepción social de la persona con Síndrome de Down centrada en un cambio de modelo en el que el individuo deja de ser únicamente una persona con una discapacidad, es decir, socialmente centrada en las limitaciones para centrarse en el desarrollo de un modelo basado en la integración y la autodeterminación que se consiguen mediante: la incorporación de los aspectos positivos, teniendo en cuenta el cambio y la adaptación de las personas con Síndrome Down, dando una mayor importancia y potenciando la autonomía personal, dejando de lado y cuestionando los estereotipos y el concepto antiguo de la discapacidad intelectual, potenciar al máximo la formación e integración educativa y laboral y hacer partícipes de una forma esencial a las familias, formando parte de la normalización social. Y por tanto, dando lugar a una evolución del concepto de persona con Síndrome de Down con la reivindicación de su autonomía personal, su presencia en el mundo laboral, la necesidad de una formación permanente, hacerse partícipes de la sociedad del ocio, destacando que tienen

derechos y deberes de ciudadanía teniendo en cuenta una visión de futuro para ellos (Sancho y Rufián, 2013).

3.5.4.- FAMILIA Y DISCAPACIDAD

Basándonos en el estudio realizado por Paniagua (1999), vamos a realizar un análisis de la relación entre la familia y la condición de discapacidad. Desde el momento en que los padres conocen la discapacidad de su hijo aumenta considerablemente la preocupación por el presente y sobre todo por el futuro. Una preocupación presente durante todo el proceso evolutivo del hijo, aunque será más débil o más intensa dependiendo del momento en que se encuentren, de los recursos personales y de las condiciones de vida. Los padres tienen que tomar múltiples decisiones que en muchos casos no se diferencian de las decisiones que toman unos padres en una situación más normalizada. Por ejemplo, deben decidir sobre el tratamiento, los profesionales con los que tratar, escolarización y ofertas educativas para su hijo. Estas decisiones pueden causar en los padres la sensación de gozar de poca capacidad de decisión, ya que no se ven capacitados para tener todos los elementos de juicio que les ayuden a la toma de estas decisiones.

Al igual que la toma de decisiones, la discapacidad de un hijo implica en las familias enfrentarse a muchas dificultades que provocan cambiar su vida por completo. Por ejemplo, tiempo de dedicación a sus hijos, pues son múltiples los cuidados físicos y los programas de ayuda (como el programa de atención temprana), los que necesitan de la ayuda y confianza de los padres para desarrollarse sacrificando en muchos casos su tiempo de ocio y desarrollo profesional.

Por otro lado, el aspecto económico es algo a tener en cuenta, las familias se encuentran con gastos médicos, rehabilitadores, educativos... Pero si hay un aspecto elevadamente preocupante para las familias es la preocupación por el futuro de sus hijos: ¿será capaz de valerse por sí mismo?, ¿podrá trabajar?, ¿necesitará cuidados toda su vida?, ¿Cómo asegurar su bienestar cuando ellos falten o no los puedan atender?

El momento de la recepción de la noticia de la discapacidad de un hijo es para los padres el comienzo de un proceso de aceptación. Al igual que cualquier suceso doloroso, la asimilación y aceptación de la discapacidad es un proceso largo e incluso en ocasiones no llega a completarse nunca. Las fases por las que pasan los padres podrían compararse con las fases del duelo. De forma general los padres sufren un sentimiento de pérdida, pues tendrán que renunciar a la expectativa de tener un hijo ideal o perfecto que sea mejor que sus padres.

3.5.4.1.-REACCIONES EMOCIONALES DE LA FAMILIA ANTE UN MIEMBRO CON DISCAPACIDAD

Este modelo destacado por Seligman (1975) describe las reacciones más frecuentes desde la noticia del diagnóstico hasta la aceptación.

1. *Fase de shock*: bloqueo, aturdimiento general, llegando a producir la incomprensión de lo que se les está comunicando. Esta fase varía dependiendo de las familias, en algunos casos puede durar unos minutos o varios días, puede ser menor si la familia lleva tiempo bajo la sospecha de que su hijo tenga una discapacidad.
2. *Negación*: olvidar o ignorar la noticia. En esta fase los padres continúan su día a día como si no hubieran recibido la noticia, es bastante común que atribuyan el diagnóstico de los profesionales como un error. La paralización del proceso de aceptación en esta fase puede ocasionar, no tomar las medidas médicas y educativas necesarias.
3. *Fase de reacción*: emociones y sentimientos desajustados en sus comienzos, pero como algo esencial en el camino de la adaptación. Algunas de las reacciones que aparecen son:
 - a. Enfado: hacia médicos, familiares portadores de la enfermedad.

- b. Culpa: el sentimiento de culpa preguntándose por los errores que creen haber cometido o preguntarse por qué ellos están bien mientras que su hijo tiene algún tipo de déficit.
 - c. Depresión: debemos plantear como un pequeño grado de tristeza como algo positivo, pues nos ayuda a comprender las dificultades, pero nunca llegando al extremo del estancamiento, ya que podría producir una interacción poco estimulante en torno a la relación padres e hijo.
4. *Fase de aceptación y orientación*: tras la vivencia de las fases anteriores, la mayoría de los padres llegan a un punto de calma emocional para dar una nueva visión a la situación en la que están. Pues ahora deben centrarse en el qué hacer y cómo ayudar a su hijo de una forma progresiva.

Estas fases son una visión general de lo que los padres sienten, pero no todos los padres pasan por ellas, ni en el mismo orden, al igual que el tiempo que requieren para avanzar en el proceso, que no es el mismo para todos.



Figura2. Reacciones emocionales hasta la aceptación

Pero a pesar la adversidad las familias deben mostrarse fuertes en el desarrollo de sus hijos, es por ello muy importante potenciar la capacidad de la resiliencia en estas familias. La resiliencia es un aspecto muy importante ante la discapacidad, es por ello

que la familia lleva la responsabilidad ante la diversidad. Mantenerse fuerte ante la diversidad es algo complicado ya que la familia debe darle mayor atención a largo plazo. Ven a esa persona como una parte esencial de sus vidas, además todo esto provoca en la mayor parte de las familias una gran incertidumbre por no sentirse del todo preparados y muestran cierta desconfianza ante sus propias capacidades para criar al niño. Pero para las familias no es todo negativo, son capaces de darse cuenta de que esta persona les produce nuevas y positivas oportunidades como familia (Ramey, Echols, y Newell, 2006).

3.5.4.2.- LA DISCAPACIDAD Y LA RELACION CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

En una familia en la que hay un miembro con una discapacidad, cada uno de los miembros desempeña un papel importante, a continuación desarrollamos de forma más concreta el papel que desempeñan cada uno de los miembros de la unidad familiar ante la discapacidad de uno de sus miembros.

Papel que desempeña la madre

La investigación realizada por Sancho y Rufián (2013) nos expone que es muy común relacionar a la madre como la cuidadora principal del hijo con una discapacidad, varios estudios demuestran que muchas de las madres que tienen hijos con una discapacidad son personas resilientes sí muestran la capacidad de adaptación y afrontamiento a la situación, sí aprenden de la experiencia que supone tener un hijo con una discapacidad, sí siempre está en una constante búsqueda de apoyos y descubriendo nuevos valores procedentes de ese proceso de desarrollo en la vida de su hijo. Además es una mujer comprometida en el movimiento de asociacionismo que defiende la calidad de vida de las personas con discapacidad.

En la vida de una madre con un hijo con discapacidad se presentan varios momentos claves, el primero es el *nacimiento y diagnóstico* de tener un hijo con una discapacidad. La mayoría de las madres se refieren a él como un “momento crítico”, debido, por un lado, a la falta de sensibilidad de las personas encargadas de dar la

noticia y a que, desde el momento del diagnóstico, aparecen infinidad de cambios en la vida de las madres.

El impacto de la noticia suele provocar crisis familiares y personales, presentan una gran frustración con intensas emociones en los primeros momentos de la crianza de sus hijos, ya que son muchos los cambios que se producen tanto en su vida como en las expectativas que tenía para sus hijos, su cuidado está ahora basado en un modelo de cuidados constantes, dependencia, gastos económicos y en la inversión de la mayoría de su tiempo, renunciando al tiempo de ocio debido a los cuidados, terapias, consultas con especialistas...etc.

El rol que suele desempeñar la madre es, como hemos mencionado anteriormente, el de cuidador principal de su hijo con discapacidad desarrollando cuidados durante todo el periodo vital, dando apoyo emocional y social. Pero esta visión negativa de renuncias es complementada con una visión más positiva, ya que muchas de las madres con hijos con discapacidad afirman que es posible llevar una vida valiosa, rica y plena. Para completar esta visión positiva, damos una definición de discapacidad cuya fuente es una madre con un hijo con discapacidad: *conjunto de aprendizajes y fortalecimiento de lazos familiares, cambios de valores, conciencia de fortalezas como familia y la transformación en las relaciones con los demás pero sobretudo en la fortaleza del cuidado*, (Sancho y Rufián, 2013 p.17).

Durante el desarrollo del periodo vital de los hijos con discapacidad, los padres se preguntan por el futuro. Otro de los momentos clave de la vida de una madre con un hijo con discapacidad, qué ocurrirá cuando ellos no estén o si se produce un cambio económico como la pérdida de trabajo de uno de los progenitores. Muchos ven como una opción posible llevar a sus hijos a una residencia, pero no es una opción que convenza a muchas familias.

Otra de las incertidumbres sobre el *futuro* es la inserción al mundo laboral de sus hijos, la mayoría de las madres creen que el mundo laboral actual no está del todo preparado para la inserción de sus hijos en él. Por todas estas necesidades e

incertidumbres las madres destacan que debería ampliarse el apoyo de los servicios sociales dando una mayor atención social, económica y sobretodo terapéutica.

El papel de los padres

La pareja es el mayor apoyo para un padre o una madre con un hijo con discapacidad. Pero en las familias monoparentales el trabajo es mayor, al igual que la sensación de sentirse solos frente a la educación de su hijo. Es muy importante que estos padres puedan rodearse de amigos y familiares que les ayuden a conseguir un mayor grado de aceptación de la discapacidad, así como la satisfacción ante los logros y avances del hijo, (Paniagua, 1999).

El destacado papel de los hermanos con Síndrome Down

Nuestro TFG sigue una línea de evolución acerca de los modelos que ha desarrollado la psicología, hasta llegar al modelo que lleva a cabo la Psicología Positiva. Como todos los apartados tratados de este trabajo, el papel de los hermanos con discapacidad también ha ido evolucionando. Basándonos en la publicación realizada por Lizasoain (2006) hasta los años 80 fue ignorado y visto por la sociedad como algo negativo que provoca limitaciones en los hermanos que no tenían discapacidad.

Habitualmente, los padres destacan que en la etapa de la infancia se pueden mostrar celos por parte de los hermanos sin discapacidad debido a los cuidados extras que sus hermanos necesitan (Agustín SanJuan, 2012). Por ello, los profesionales destacan que los padres deben satisfacer las necesidades de ambos hermanos, con ello conseguirán la colaboración para desarrollar las fortalezas de sus hermanos y cómo éstas actúan de forma positiva en los hermanos sin discapacidad y les ayudan a crecer con ello. Contar con la actuación de los hermanos es muy importante porque son un modelo de referencia para sus hermanos que facilita el aprendizaje y su comunicación, favoreciendo la empatía, ayudando a la formación de su autoconcepto, pero como todos los hermanos, son compañeros de juego con los que mantienen un fuerte vínculo afectivo. La implicación de los hermanos en el proceso vital de las personas con

discapacidad recogida por Lizasoain (2006) destaca el enfrentamiento a retos y toma de decisiones parecidas a las de sus padres, como por ejemplo:

- La escolarización: asumiendo si están en el mismo centro, el rol de cuidador, que podría cambiar su vida escolar.
- Estos hermanos manifiestan una mayor implicación en el ámbito doméstico que otros hermanos sin hermanos con discapacidad.
- Los hermanos que no tienen discapacidad están obligados a afrontar solamente la dinámica de tener un hermano con discapacidad.
- Sentirse responsable de la discapacidad y la tristeza de los padres.
- Recorta su vida social, renunciando a sus amistades debido a las reacciones que les puede producir la discapacidad de su hermano.
- Responsabilidad ante los padres, deben conseguir los logros que su hermano no podrá conseguir.
- Sentimiento de abandono a su familia y ante la reacción de una futura pareja.
- Preocupación por el futuro, ¿Qué ocurrirá cuando los padres falten?

Después de esta pequeña introducción a modo general del papel de los hermanos, nos centramos en el contexto del Síndrome de Down, donde concretamente en España, los hermanos de estas personas juegan un papel muy importante desde la Red Nacional de Hermanos con Síndrome de Down. En las conclusiones expuestas en el congreso realizado por esta agrupación realizado en el año 2010, se reafirma el cambio de modelo y concepción de la persona con Síndrome de Down desde una visión más positiva en la que los hermanos con discapacidad no son vistos como una carga o un problema, sino como un perfecto desafío en el que ayudar a su hermano supone un

aprendizaje mutuo. (Grupo de hermanos de la Asociación Patagónica para el Síndrome de Down, 2010).

La Red Nacional de Hermanos, al igual que los padres, se plantea una serie de incertidumbres ante la vida adulta de sus hermanos, ya que comparten gran parte de su proceso vital con ellos (Agustín y Pirla, 2010) y por tanto luchan conjuntamente con la reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad para que consigan realizar lo más satisfactoria mente su proyecto vital (Down España, 2010 y 2011). De este modo se plantean una serie de objetivos que se pretenden conseguir asumiendo riesgos, sin mostrar miedo al fracaso y bajo una voluntad clara de superación y cambio:

- Crear vínculos entre los propios hermanos de personas con Síndrome de Down.
- Hacer oír y valer la opinión de los hermanos dentro de las asociaciones.
- Ser un canal de comunicación hacia las asociaciones.
- Conseguir la mayor autonomía de sus hermanos mediante el desarrollo de sus capacidades, dejando de lado la concepción de hermano sobreprotector.
- Destacar la posición central de las personas con Síndrome de Down y sus decisiones.
- Ayudar a sus hermanos a la búsqueda de nuevas experiencias como facilitarles entrada en círculos y redes sociales ya existentes.

3.6.- ASOCIACIONISMO

Las familias realizan su labor social habitualmente desde las Asociaciones, es por ello que el papel que éstas juegan en la sociedad es verdaderamente importante. Concretamente, el colectivo de personas con Síndrome de Down y sus familias cuentan

en España con la asociación Down España, la cual trabaja en todo el país mediante sus comunidades autónomas con sede en cada una de las provincias. Estas asociaciones pretenden dar apoyo y orientación a las familias, desde programas de atención temprana con los más pequeños hasta programas para facilitar la inserción laboral con el programa de Empleo con Apoyo. (Down España, consultado el 3 de mayo de 2014).

PARTE II: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Utilizando herramientas desde la Psicología Positiva para la intervención en contextos sociofamiliares con Síndrome de Down.

A continuación se muestra una propuesta para intervenir en el contexto sociofamiliar de una la asociación que atiende a personas con Síndrome de Down y sus familias.

1.- JUSTIFICACIÓN

Tras haber realizado el periodo de prácticas de Audición y Lenguaje en una asociación de Síndrome de Down y haber observado y trabajado con las personas con Síndrome de Down y sus familias se propone la siguiente propuesta de intervención, en la que trabajaremos los aspectos que hemos tratado en el marco teórico de este trabajo sobre Psicología Positiva. A continuación se muestra una justificación del contexto donde se realizaría la propuesta y una justificación sobre la población, pues esta propuesta podría estar incluida en los programas que la asociación trabaja con las personas con Síndrome de Down y sus familias.

1.1.- JUSTIFICACIÓN CONTEXTUAL

La asociación en la que se realizaría la propuesta sería una entidad sin ánimo de lucro declarada de utilidad pública que actúa por provincias, como declara la Federación

Española de Síndrome de Down donde se integran todas las asociaciones que trabajan con este colectivo por provincias. Estará formada por personas con Síndrome Down, sus familias y todos aquellos que deseen colaborar en la mejora de las condiciones de vida de las personas con Síndrome Down. Trabaja en áreas como educación, reeducación y formación de las personas con Síndrome Down, así como la orientación y apoyo a las familias.

Los profesionales trabajan programas específicos que cumplen con las condiciones necesarias para alcanzar el principal objetivo del centro: conseguir la mayor autonomía posible de las personas con Síndrome de Down, desarrollando su vida dentro de la sociedad a la que pertenecen. Para la realización de nuestra intervención proponemos un número hipotético de familias y socios, en este caso 65 familias.

La propuesta que nosotros queremos llevar a cabo se sitúa en torno a las necesidades de la población a la que la asociación atiende, además se incluye dentro del objetivo general de las asociaciones que se incluyen en Down España, en el que se destaca de forma importante el papel del desarrollo de la autonomía en ellos.

La Asociación promueve una serie de programas para trabajar durante todo el año, entre los cuales destacaremos los siguientes, los que están relacionados con nuestra propuesta:

Programa de “Habilidades sociales”: con él se pretende mejorar la integración social y que sean capaces de desenvolverse de forma normal en su entorno. Además de las personas con Síndrome Down de edades de superiores a 10 años, este programa está destinado también a las familias, de una manera orientativa. Se plantea una serie de objetivos:

Programa de “Ocio y Tiempo libre”: Aerobic: participan personas mayores de 15 años. Se pretende potenciar el interés por las actividades físicas y deportivas, mejorar la condición física y postural y trabajar la expresión corporal. Además de esta actividad, que se realiza los viernes, el programa de ocio y tiempo libre cuenta con un club de ocio para los fines de semana, y actividades de forma puntal con las familias.

2.-TABLA RESUMEN DE LA PROPUESTA.

PROPUESTA DE INTERVENCION: Psicología Positiva: emociones positivas y resiliencia en contextos sociofamiliares con Síndrome de Down	
Destinatarios:	Personas con Síndrome de Down y sus familias.
Objetivo general de la intervención	Aplicar y trabajar las herramientas y técnicas aportadas por la psicología positiva orientadas a promover Resiliencia y Emociones positivas en familias y personas con Síndrome Down.
Contenidos	Generar emociones positivas y promoción de la resiliencia mediante: conocimiento de las propias emociones, control emocional, empatía y desarrollo de las competencias socioemocionales.
Metodología	Modelo de apoyos, disposición grupal, ambiente de ocio.
Temporalización	Desarrollado en tres fases
Contenidos previos	Creación de un perfil con el paso de las escalas.
Evaluación	Cuestionario, escalas y observación

3.- OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Nuestro objetivo general se centra en aplicar y trabajar las herramientas y técnicas aportadas por la psicología positiva orientadas a promover Resiliencia y Emociones positivas en familias y personas con Síndrome Down.

Objetivos Intervención para con las Familias

Generales:
Promover y mejorar el nivel de resiliencia de las familias mediante el reconocimiento, la comprensión y el trabajo de las emociones positivas.
Colaborar en la adquisición de las habilidades para la vida de sus hijos o hijas con Síndrome Down.
Específicos:
Conocer estrategias y habilidades para afrontar las situaciones de adversidad en el ámbito de la familia.
Reconocer y clasificar las emociones positivas y negativas de nuestra vida cotidiana, así como los aspectos que nos producen esas emociones.
Reflexionar sobre la propia actividad emocional.
Orientar a los familiares de las personas con Síndrome de Down en la toma de decisiones, así como en los aspectos cotidianos de la vida.
Analizar las situaciones o aspectos que producen nuestras emociones y sentimientos.
Identificar las manifestaciones del cuerpo.
Identificar las emociones que se nos producen ante situaciones positivas y negativas así como valorar la posibilidad de plantear nuevas situaciones que puedan resultar positivas en el ámbito sociofamiliar

Objetivos de la Intervención para con los sujetos con Síndrome de Down

Generales:
Potenciar el desarrollo de las emociones positivas en contextos de ocio que mejoren sus relaciones sociales y a su vez el desarrollo del lenguaje.
Conocer y utilizar las habilidades para la vida en las personas con Síndrome Down.
Específicos:
Fomentar el pensamiento crítico pensando y razonando indicaciones.
Reconocer y clasificar las emociones positivas y negativas relacionadas con las situaciones que las pueden provocar.
Reconocer las expresiones que hacen que tengamos un estado de ánimo, para trabajar de un modo indirecto la empatía, así como el reconocimiento de emociones.
Fomentar la comunicación asertiva mediante la expresión de nuestros sentimientos y derechos
Aprender pautas para solucionar problemas con los que las personas con Síndrome de Down se encuentran en su vida cotidiana.
Aprender a formar su propio autoconcepto de una forma adaptada a sus necesidades.
Distinguir lo que podemos permitir en nuestras relaciones interpersonales y lo que no podemos permitir.
Fomentar la capacidad lectora y oral con las personas con Síndrome Down y comprender que las emociones positivas nos ayudan

Trabajar de forma divertida el fomento de las emociones positivas a la vez que fomentamos el manejo de las nuevas tecnologías.

4.- CONTENIDOS

Trabajo de la psicología positiva desde sus dos principales temas: resiliencia y emociones positivas.

Basándonos en el programa que Down España propone para el trabajo de las emociones se destacan los siguientes contenidos:

1. Autoconciencia emocional: conocimiento de las propias emociones.
2. Control emocional: la capacidad de controlar las emociones.
3. Empatía: reconocimiento de las emociones ajenas.
4. Habilidades sociales. habilidades para la vida que propone la OMS. Competencias socioemocionales.

5.- METODOLOGÍA

El desarrollo de esta propuesta pretende ser realizado bajo un modelo de apoyos, ya desarrollado en la primera parte referida a la fundamentación teórica. Esta forma de trabajo supone un apoyo individualizado adaptado a las características de cada uno de los alumnos con los que trabajemos. Además esta nueva forma de trabajo converge con la forma de trabajo que la Asociación lleva a cabo en el desarrollo habitual de sus sesiones, resaltando el refuerzo positivo ante el esfuerzo y el desarrollo de la tarea. Las sesiones, tanto para las familias como para las personas con Síndrome de Down, se llevarán a cabo en disposición grupal, ya que es una forma distendida y de ocio para

trabajar con personas con discapacidad intelectual y en el caso de las familias, facilitando que puedan compartir experiencias.

6.- TEMPORALIZACIÓN

Primera fase:

Contacto con la asociación presentación del proyecto. En esta fase nos ponemos en contacto con la asociación de Síndrome de Down con la que vamos a trabajar. En una primera toma de contacto planteamos la propuesta de intervención a la dirección y junta directiva de la asociación, en la que explicamos los objetivos que se pretenden trabajar con esta propuesta y como se llevará a cabo la misma.

Tras llegar a un acuerdo con la asociación, ellos se pondrán en contacto con las familias mediante un correo electrónico, medio que la asociación utiliza para comunicarse con los padres. Este correo irá destinado a informar sobre los objetivos de la propuesta y a buscar familias interesadas en el proyecto. Las familias interesadas recibirán un enlace on-line donde encontrarán los instrumentos de evaluación de la Resiliencia Connor-Davidson (2003), La Escala de Satisfacción con la Vida (1985) y la Escala de Aspectos Positivos y Aspectos Negativos (1988) deberá cumplimentar con amplia sinceridad, de forma anónima y devuelta a la Asociación de nuevo por correo ordinario, en un plazo de 10 días aproximadamente.

Segunda fase:

Análisis de los datos del cuestionario, que nos proporciona la información básica. Tras analizar las diferentes escalas obtendremos un perfil de las personas con las que vamos a trabajar, es decir, sabremos el nivel de resiliencia que tienen, cual es el grado de satisfacción que tienen con la vida y los aspectos positivos y negativos de su vida. Este perfil nos orienta a la hora de llevar a cabo la propuesta en cual serán los aspectos en los que más debemos incidir.

Tercera fase:

Llevaremos a cabo la intervención, desarrollada a continuación en el apartado sesiones, ésta estará basada en: charlas, llevadas a cabo por profesionales, talleres y en el trabajo de las habilidades para la vida. Por último, finalizaremos con la etapa de la Evaluación. Concretamente marcamos las siguientes indicaciones para la temporalización de las sesiones:

1. Las sesiones que se llevaran a cabo con los padres serán de 45 minutos y las de los sujetos variarán según el espacio establecido por otras actividades.
2. Las sesiones con las familias serán de una hora y tendrán lugar los viernes de 19.00 a 19.45, hora en que la Asociación utiliza para reuniones informativas y actividades con las familias.
3. Las sesiones llevadas a cabo por los sujetos de 15 años en adelante, irán desde los 30 minutos a los 60 minutos y se llevarán a cabo durante el periodo de actividades de ocio que la Asociación realiza los sábados por la tarde, en el espacio llamado “Club de Ocio”.

7.- CONTENIDOS PREVIOS

Antes de comenzar a trabajar debemos tomar conciencia de las necesidades que nos requieren, tanto las personas con Síndrome de Down como sus familias. Con las familias para trabajar el nivel de resiliencia haremos una evaluación previa con las escalas CONNOR (2003), PANAS (1988) y ESV (1985) y partir de ellas trabajar en los aspectos que las familias más necesitan. Con los sujetos nos basamos en la observación realizada durante el periodo de prácticas, donde observamos que los profesionales con los que se trabaja en esta asociación llevan a cabo sus sesiones bajo un modelo de

promoción trabajando desde las capacidades de las personas con discapacidad y no desde sus limitaciones.

8.- EVALUACIÓN

Para la evaluación volveremos a utilizar como instrumento la escala CONNOR (2003), PANNAS (1998) y ESV (1985) con las que analizaremos si el nivel de resiliencia de las familias ha aumentado. Esta evaluación se llevaría a cabo dos o tres meses después de la realización de la intervención, al igual que en la primera ocasión con un enlace en la red para asegurar el anonimato de los instrumentos.

Cada sesión mantiene unos objetivos. Tras finalizar el desarrollo de las cuatro sesiones programadas para las familias, se proporcionará un nuevo enlace en la red donde encontrarán un cuestionario (Anexo1) y como hicimos en la primera fase de la propuesta volveremos a poner en contacto a las familias con un enlace en la red con las escalas iniciales. Con ello conseguiremos averiguar si han alcanzado los objetivos que perseguíamos o si tenemos que incidir de una forma más concisa en ellos, todo ello, de guardando el anonimato de las familias. Además de ello, a modo de síntesis y evaluación realizaremos una tabla en la que resumimos la actividad emocional.

Con los sujetos trabajaríamos de nuevo con la observación, con la ayuda de los padres nos situaremos en situaciones cotidianas que nos produzcan emociones, y comprobaremos si son capaces de reconocerlas, identificarlas, que las produce...etc.

9.- CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

<u>FAMILIAS: dos viernes al mes durante dos meses.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>DURACIÓN</u>
<u>SESIÓN 1:</u>	Charla “Alegría en la adversidad”	45 min
<u>SESIÓN 2:</u>	“Taller emocional”	45 min
<u>SESIÓN 3:</u>	Charla “Familia y discapacidad” y tabla síntesis emociones.	45 min
<u>SESIÓN 4:</u>	“Role Playing” y Cuestionario.	45 min
<u>PERSONAS S.D: dos sábados al mes, durante dos meses.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>DURACIÓN</u>
<u>SESIÓN 1:</u>	Autoconcepto y comunicación asertiva.	30 min
<u>SESIÓN 2:</u>	Empatía, pensamiento crítico y clasificación de emociones.	45 min
<u>SESIÓN 3:</u>	Manejo de problemas y toma de decisiones.	45min.
<u>SESIÓN 4:</u>	Mural	1 hora

10.- DESARROLLO DE LAS SESIONES

FAMILIAS

SESIÓN 1: Charla “Alegría en la adversidad”

La sesión se llevará a cabo en la sala de usos múltiples de la Asociación. Los familiares acudirán a recibir una charla sobre la Alegría en la Adversidad, en la que se tratarán los contenidos:

- Afrontamiento a la adversidad
- Alternativas a la ansiedad y tristeza
- Superar la amenaza

La charla será expuesta por un profesional, un psicólogo especializado en Psicología Positiva.

Tras la charla los familiares podrán realizar ruegos y preguntas.

Materiales: Díptico de la charla (Anexo2), soporte audiovisual (ordenador y proyector)

Objetivo: conocer estrategias y habilidades para afrontar las situaciones de adversidad en el ámbito de la familia.

Duración: 45 min.

SESIÓN 2: “Taller emocional”

Actividad 1: Escribimos en papel 10 emociones, de forma individual.

Materiales: material fungible.

Duración: 5 min

Actividad 2: Entre todos, clasificamos las emociones escritas como positivas o negativas.

Materiales: material fungible.

Duración: 10 min

Actividad 3: Nos plantemos las siguientes cuestiones: ¿Qué nos produce?, ¿Por qué nos afecta?, ¿Qué ocurre tras la emoción?

Materiales: no son necesarios.

Duración: 15 min

Actividad 4: Tras contestar a estas preguntas entre todos, volvemos a intentar clasificarlas entre todos.

Materiales: no son necesarios.

Duración: 15 min.

Objetivo: reconocer y clasificar las emociones positivas y negativas de nuestra vida cotidiana, así como los aspectos que nos producen esas emociones.

Como tarea para casa les encargamos la realización de un diario emocional: pretendemos que todos los días antes de dormir, escriban en un papel las emociones que han tenido a lo largo del día y que intenten clasificarlas en positivas y negativas. Con este diario pretendemos: Reflexionar sobre la situación emocional que viven en su contexto sociofamiliar.

SESIÓN 3: Charla “Familia y discapacidad”

La sesión se llevará a cabo en la sala de usos múltiples de la Asociación. Los familiares acudirán a recibir una charla sobre “Familia y discapacidad”, en la que se tratarán los contenidos:

- Modelo de adaptación de las familias ante la adversidad
- La toma de decisiones en el presente y futuro de los hijos con discapacidad.
- La importancia de las relaciones en la familia, el papel destacado de todos los miembros.

La charla será expuesta por un profesional, un psicólogo especializado en Familia y Discapacidad.

Materiales: Díptico de la charla (Anexo3), soporte audiovisual (ordenador y proyector)

Duración: 40 min.

Objetivo: orientar a los familiares de las personas con Síndrome de Down en la toma de decisiones, así como en los aspectos cotidianos de la vida.

Actividad complementaria: *Tabla de síntesis sobre el diario emocional*. Se le pasará a cada miembro de la familia que trabaja en nuestra propuesta un modelo de tabla, la cual deben completar teniendo en cuenta lo que han ido experimentando en las sesiones anteriores y con el diario emocional. Deben realizar y si están de acuerdo con lo que han escrito la tarea ha finalizado, en el caso de que no estén de acuerdo con lo que han expuesto en su tablas continuaran una semana más con la escritura del diario emocional y de la tabla.

EMOCIONES Y SENTIMIENTOS	ASPECTOS EXTERNOS	REACCIONES DE NUESTRO CUERPO
¿Qué emociones en este momento de tu vida?	¿Qué ha podido contribuir a que estés así?	¿Cómo se manifiesta tu cuerpo ante esta situación?

Objetivos que se pretenden:

- Reflexionar sobre la propia actividad emocional.
- Analizar las situaciones o aspectos que producen nuestras emociones y sentimientos.
- Identificar las manifestaciones del cuerpo.

Materiales: tabla y material fungible.

Duración: 5 min.

SESIÓN 4: “Role Playing”

Planteamos a las familias una serie de situaciones cotidianas, en las que se manifiestan emociones, tanto positivas como negativas. Los familiares tienen que expresar que realizan cuando se presentan estas situaciones en su ámbito sociofamiliar, o si nunca se han dado estas situaciones ¿Qué plantea, sería positivo para su hijo y la relación familiar?, ¿Que emociones nos produce? Se les entregará a modo de sorteo un papel con una de las siguientes situaciones:

Rabieta de nuestro hijo en casa con el motivo, de no querer acudir al colegio.	Ayuda a hacer las tareas en casa.
Bailamos todos juntos en casa.	Recibes un regalo de tu hijo el día de tu cumpleaños.
Comunicar a nuestro hijo la enfermedad o pérdida de un ser querido.	Rabieta en el supermercado.
Tras una visita a la maestra del colegio, nos dan buenas o malas noticias.	Visitamos a un ser querido en su casa.
Antes de acostarnos nuestro hijo nos cuenta que ha hecho en el día.	Le gusta un chico o una chica de su clase.
Vemos juntos la televisión en casa.	Compartimos una afición.
Se produce una situación que te resulta graciosa, pero tenemos que explicarle que no es educado	Pelea con uno de sus hermanos

Materiales: tarjetas en las que están escritas las diferentes situaciones.

Duración: 35 min.

Objetivo: identificar las emociones que se nos producen ante situaciones positivas y negativas así como valorar la posibilidad de plantear nuevas situaciones que puedan resultar positivas en el ámbito sociofamiliar.

Tras las sesiones realizamos el cuestionario, a modo de evaluación y control de nuestra propuesta (Anexo1) en el que las familias tienen que evaluar lo aprendido en estas sesiones. La forma de hacer llegar el cuestionario a las familias será de nuevo un enlace on-line donde será completado de forma anónima. La realización de este cuestionario será útil para nosotros como profesionales para una posible nueva intervención.

PERSONAS CON SINDROME DOWN

SESIÓN 1: “Autoconcepto y comunicación asertiva”

Actividad 1: Realizamos un dibujo del cuerpo de la persona, también podemos realizar la actividad con una foto de las personas que van a realizar la actividad. Cada persona tendrá su propio dibujo o foto, lo pegaremos en una cartulina y en los laterales escribimos: que nos hace estar contentos, que nos hace estar triste, que nos gusta y lo que no nos gusta, quien nos gusta que nos ayude, con quien estamos a gusto.

Materiales: dibujo del cuerpo humano o una fotografía de la persona y material fungible.

Duración: 15 min

Objetivo: aprender a formar su propio autoconcepto de una forma adaptada a sus necesidades.

Actividad 2: Construimos bocadillos como los de los comics, en ellos escribiremos una opinión y un derecho que tenemos. Por ejemplo: “Me gustan los lunes y tengo de derecho a estudiar”, estos bocadillos los pegaremos junto a nuestra foto o dibujo.

Materiales: cartulina y material fungible.

Duración: 15 min

Objetivo: fomentar la comunicación asertiva mediante la expresión de nuestros sentimientos y derechos.

SESIÓN 2: Empatía, pensamiento crítico y clasificación de emociones.

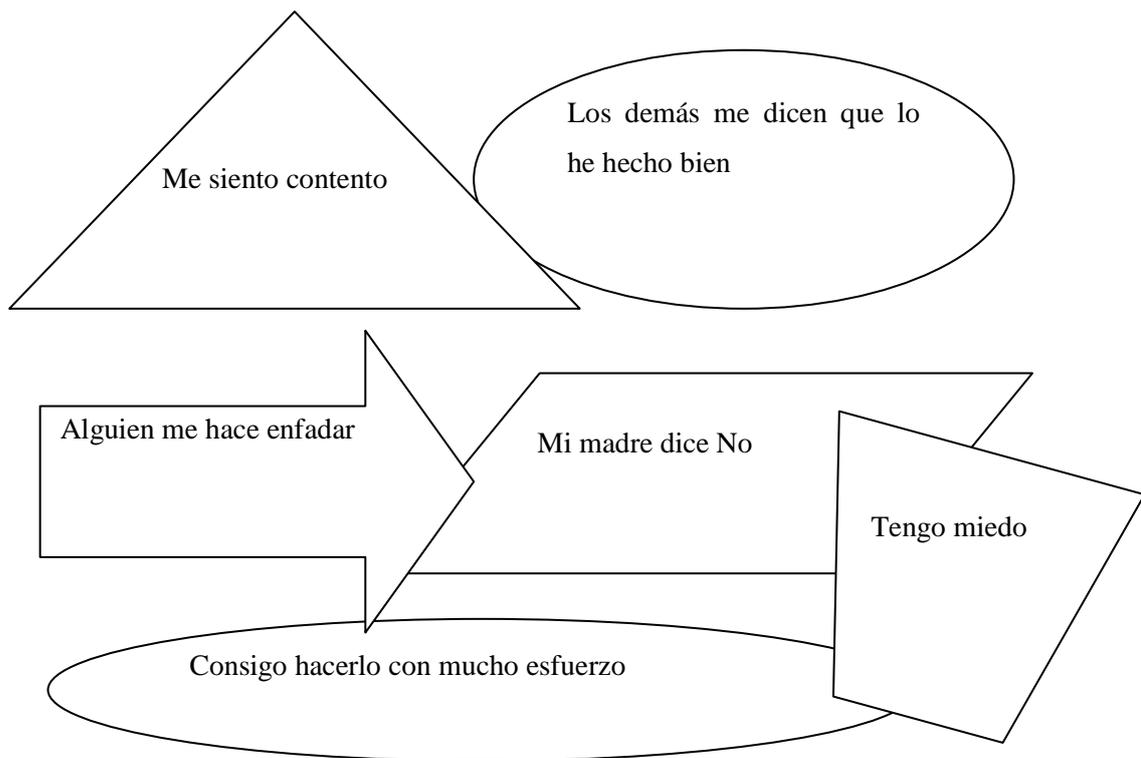
Actividad 1: Exponemos a las personas con Síndrome Down una serie de fotografías en las que las personas manifiestan diferentes expresiones: Sonrisa, enfado, tristeza...etc. Ellos nos tienen que indicar, el estado de ánimo de estas personas, y decirnos el porqué, ¿Qué manifestaciones tiene su cara que nos indique que está enfadado?

Materiales: fotografías con expresiones.

Duración: 15 min

Objetivo: reconocer las expresiones que hacen que tengamos un estado de ánimo, para trabajar de un modo indirecto la empatía, así como el reconocimiento de emociones.

Actividad 2: Clasificar las emociones en positivas y negativas. ¿Qué me digo a mi mismo cuando...?



¿Cuál son emociones negativas? Las relacionamos con las situaciones negativas.

Materiales: dibujo esquemático de clasificación de emociones y material fungible.

Duración: 15 min

Objetivo: reconocer y clasificar las emociones positivas y negativas relacionadas con las situaciones que las pueden provocar.

Actividad 3: Buscamos un objeto mediante pistas que nos haga pensar y razonar. Pistas sencillas, busca debajo del árbol más grande contando siete pasos.

Materiales: pistas construidas con cartulina y objeto para buscar, una recompensa.

Objetivo: fomentar el pensamiento crítico pensando y razonando indicaciones.

SESIÓN 3: Manejo de problemas y toma de decisiones.

Actividad 1: Exponemos dos situaciones cotidianas que pueden suponer un problema para las personas con Síndrome de Down a la hora de tomar una decisión:

- Situación 1: Vamos a coger el autobús para ir a la Asociación, pero en la parada nos damos cuenta, de que hemos olvidado el “bonobús” y que no tenemos. ¿Qué hacemos? Dejamos un espacio para el debate, para ver qué harían ellos.

A continuación les vamos planteando posibles soluciones, con sus consecuencias:

- Pido dinero a alguien de la parada: puede que sea una persona desconocida simpática que nos lo deje, pero lo más habitual es que no nos dejen dinero.
- Vuelvo a casa a por ello, pero llegaré tarde a la Asociación y se preocuparán si llego tarde.

A modo de resumen y reflexión determinamos las siguientes pautas tras debatir entre todos.

1. Pido ayuda a quien conozco, familiares o amigos cercanos.
2. Vuelvo a casa a por mis cosas.

3. Aviso de mis cambios de planes para no preocupar a los demás.
 4. Revisar todo lo necesario para salir de casa.
- Situación 2: Leo un libro en casa. Una historia sobre una madre y un hijo que viven solos, aparecen palabras que no conozco como divorcio, custodia compartida. ¿Qué hacemos?

Dejamos un espacio para el debate.

A continuación les vamos planteando las posibles soluciones al problema con diferentes consecuencias.

- Buscamos las palabras en Internet, pero es posible que no entendamos la explicación que aparece.
- Pedimos una explicación más clara a nuestros familiares o a nuestros profesores o voluntarios.
- Para ampliar nuestro vocabulario de palabras nuevas, vamos construyendo nuestro propio diccionario. Con un cuaderno apuntamos estas nuevas palabras y nuestra propia definición, con lo que hemos aprendido.

Materiales: planteamiento de las situaciones y un cuaderno.

Duración: 25 min.

Objetivo: aprender pautas para solucionar problemas con los que las personas con Síndrome de Down se encuentran en su vida cotidiana.

Actividad 2: Construimos una tabla.

Mis amigos deciden a que jugamos; Mis amigos me dan un consejo; Mis padres me mandan recoger mi cuarto; Me exigen que les de mi bocadillo; Mis amigos me ayudan a realizar mis tarea; Papa y mamá hacen mis tareas en casa; Debo responder cuando mis amigos me preguntan; No puedo decirles a mis amigos que este juego no me gusta
--

¿Qué podemos permitir?	¿Qué no podemos permitir?

Materiales: tabla y material fungible.

Duración: 20

Objetivo: distinguir lo que podemos permitir en nuestras relaciones interpersonales y lo que no podemos permitir.

SESIÓN 4: Construcción de un decálogo.

Leemos las siguientes indicaciones para fomentar las emociones positivas entre todos:

1. No te compares con los demás, todos somos diferentes cada uno tenemos nuestras cualidades.
2. No te envíes mensajes negativos, eres capaz de lo que te propongas.
3. Recuerda no presionarte, tienes que darte mensajes de apoyo “yo puedo con este trabajo”, “yo lo conseguiré”....
4. Rodéate de las personas que te quieren y deja que tus amigos y familiares te quieran, recibe sonrisas, abrazos, besos de los demás.
5. Recuerda todo lo bueno que tienes, “se me da genial colorear”
6. Acuérdate que ser feliz ayuda a desaparecer las dificultades.
7. Date un capricho, “hoy me haré mi desayuno favorito”

8. Cuenta aquello que te preocupa e intenta solucionarlo, recuerda que tienes que seguir adelante.
9. Toma decisiones de acuerdo con lo que te apetece, no con todo lo que te digan los demás.
10. Acéptate como eres y acepta a los demás como son.

Materiales: 1 decálogo por cada uno de las personas participantes en la actividad.

Duración: 10 min.

Objetivo: fomentar la capacidad lectora y oral con las personas con Síndrome Down y comprender que las emociones positivas nos ayudan.

Actividad 2: Escribimos en grupos las frases en el ordenador, ponemos letras bonitas y buscamos fotos relacionadas con las frases después las imprimimos.

Materiales: Ordenador e impresora.

Duración: 20 min

Objetivo: Trabajar de forma divertida el fomento de las emociones positivas a la vez que fomentamos el manejo de las nuevas tecnologías.

Actividad 3: Construimos un mural. Con estas diez frases y sus imágenes construimos un gran mural. Lo decoramos a nuestro gusto y lo colocamos en el aula, para recordar todos los días que tenemos las capacidades para conseguir lo que nos proponemos.

Materiales: cartulinas y material fungible.

Duración: 35 min

Objetivo: reconocer el papel positivo de la visión positiva de la vida teniendo en cuenta los aspectos que nos rodean habitualmente.

11.- EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES DE LA PROPUESTA

En la primera fase de nuestra propuesta de intervención las familias reciben on-line una serie de escalas que nos informarán del nivel de resiliencia, de satisfacción con la vida y de aspectos positivos y negativos de las familias con las que se realiza la intervención. De la misma manera, en la última fase de nuestra propuesta de intervención, las familias cumplimentarán estas escalas además de un cuestionario (Anexo1) sobre las charlas y talleres realizados. Con ello obtendremos la evolución que las familias han conseguido con la intervención, con lo que podríamos concluir que utilizando la Psicología Positiva, trabajando sobre la promoción de las emociones positivas se generaría mayores niveles de resiliencia en estas familias y por tanto, un mayor nivel de satisfacción con la vida.

12.- CONCLUSIONES

Este trabajo de Fin de Grado es una propuesta de intervención en contextos socifamiliares con Síndrome de Down, su finalidad se centra en una orientación para los profesionales que deban enfrentarse al trabajo mediante en el ámbito asociativo, y como a través de dos de los principales temas tratados por la Psicología Positiva (promoción de emociones positivas y resiliencia) podemos mejorar la satisfacción de la vida de las familias en las que la discapacidad de uno de sus miembros ha centrado el curso de sus vidas.

Destacamos que es posible educar, formar y orientar a las familias teniendo como base la Psicología Positiva. Es posible educar centrándonos en el cambio de modelo que esta nueva disciplina propone, es decir, centrándonos en las capacidades y dejando de lado las limitaciones de las personas con Síndrome de Down, realizando una formación personalizada para cada alumno mediante los apoyos oportunos que cada persona necesita. De igual forma, podemos orientar a las familias, a pesar de la adversidad, bajo un modelo de promoción de la resiliencia (uno de los temas principales de la Psicología Positiva) con el que pretendemos que las familias con un miembro con Síndrome de

Down sean capaces de llevar de un vida muy satisfactoria en la que disfruten de todas las capacidades de sus hijos.

Haber realizado prácticas como especialista en Audición y Lenguaje, trabajar con personas con Síndrome de Down y sus familias nos ha servido como motivación para la realización de este trabajo. Ya que desde la Asociación de Síndrome de Down en la que fue realizado el periodo de prácticas se trabaja centrándose en las capacidades de los alumnos para dar un apoyo educativo, así como una formación integral centrándose en el desarrollo de la mayor autonomía para estas personas. Al mismo tiempo, desde la asociación se trabaja bajo un modelo del refuerzo positivo ante las tareas de los alumnos. Todo este trabajo no sería posible sin la ayuda de las familias, la asociación cuenta constantemente con la implicación de las familias en el proceso educativo de sus hijos, pero también las familias son orientadas desde la asociación y son participes de las múltiples actividades y programas realizados desde la misma.

Todos estos aspectos observados en la asociación han motivado la realización de este trabajo, como especialistas y maestros da una gran importancia al refuerzo positivo en los logros que obtienen los alumnos necesarios para progresar en el ámbito educativo y sobretodo en el desarrollo de la autonomía de estas personas. Creemos que el nuevo modelo que presenta la Psicología Positiva podría ayudar en la labor docente de los especialistas que trabajan con personas con discapacidad. Como hemos citado anteriormente, la promoción de los aspectos positivos de las personas con discapacidad genera resultados mejores en la tarea que están realizando.

Destacamos la intención de llevar a la práctica esta propuesta de intervención, aunque en estos momentos no hemos podido realizarla. A pesar de ello, creemos que la asociación habría tenido gran implicación para llevarla a cabo y los resultados obtenidos habrían corroborado lo citado anteriormente, que basarnos en el déficit de las personas no ayuda a la evolución educativa y la autonomía de estas personas tanto, como si nos centramos en el trabajo de los aspectos positivos y la mejora las capacidades de los alumnos.

Por último, reiterar que esperamos que en una futura experiencia docente nos gustaría llevar a cabo esta propuesta, basar nuestra intervención en colectivos con discapacidad en el nuevo modelo de promoción que presenta la Psicología Positiva, ya que como nos han demostrado cada uno de los alumnos y las familias con los que hemos trabajado en Síndrome de Down, la discapacidad no está reñida a la felicidad.

13.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agustín SanJuan, P (2010). *Los hermanos, su participación en el presente y futuro de la persona con síndrome de Down*. I Congreso Patagónico de Down. Cipolletti-Neuquén.

Agustín, P y Pirla, D. (2010). “*El papel de los hermanos de personas con síndrome de Down. Experiencias de la Red Nacional de Hermanos*”. II Congreso Iberoamericano sobre síndrome de Down, Granada: Red Nacional de Hermanos DOWN ESPAÑA (RNHER).

Agustín SanJuan, P (2012). *Papel de los hermanos en las familias*. XII Encuentro Nacional de familias de Down España. Madrid: Down España.

Antonovsky A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco USA: Jossey-Bass.

Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.

Asociación de Síndrome de Down Valladolid (ASDOVA) (2012): *Memoria de intervención*. Valladolid: Down España.

Avía, M. D y Vázquez, C (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza.

Berzosa, G. (2009). *Hermanos y Hermanas ¿Espectadores o protagonistas?* .I encuentro Nacional de Hermanos. Disponible en http://www.sindromedown.net/adjuntos/cEnlacesDescargas/417_1_hermanosy.pptx

Bowlby, J. (1992). Continue et discontinuite : Vulnerabite et Resiliencie. *Devenir*, 4 (1), 7-31.

Carr, A. (2007). *La ciencia del bienestar*. Barcelona. Paidós.

Connor, K. y Davidson, M.D. (2003). Development of the new resilience scale the Connor-Dadvison resiliencie scale (CD-RISC). *Depression and anxiety* 18, 76-82.

Crespo, M.T. (2013). Resiliencia y educación: su promocion en la escuela desde el cambio de mirada. En M.C. Pérez y M.M. Molero (Comp.), *Variables psicológicas y educativas para la intervención en el ámbito escolar* (pp.461-467).Almeria: AVEP.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*,49(1), 71-75.

DOWN ESPAÑA, (2010). *Conclusiones finales*. II congreso iberoamericano sobre Síndrome de Down. Granada: Down España.

DOWN ESPAÑA, (2011). Guía de propuestas de la Red Nacional de Hermanos con síndrome de Down. *Hermanos y su asociación: un compromiso*. Madrid: Down España

Down21 disponible en http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=article&id=115:ique-es-el-sindrome-de-down-&catid=76:conceptos-biologicos&Itemid=2040 (Acceso 25 de mayo de 2014)

Erikson, E. H. (1985). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.

Fernández-Abascal, E.G. (2013): Emociones positivas, psicología y bienestar. En E. G. Fernández-Abascal (Coord), *Emociones positivas*. (pp. 27-45), 2013. Madrid. Pirámide.

Fierro, A. (1999). Los alumnos con retraso mental. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Comp.). *Desarrollo psicológico y educación. 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales* (pp.273-302). Madrid: Alianza.

Fredrickson, B.L. (1998): What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. Gedisa.

Fredickson B.L. (2001): "The Role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-built theory of positive emotions" *American Psychologist*, 56, 218-226.

Fredickson B.L (2006). En M. Csikzentmihalyi y S. Csikzentmihalyi (eds.), *A life worth living. Contributions to positive Psychology* (pp.85-1003). Oxford: Oxford University Press.

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The international resilience project. La Haya: Bernard van Leer Foundation.

Grotberg, E. H. (2000). International resilience research project. En Comunian, A. L. y Geilen, U. (Comps.). *International Perspectives on Humann Développement*. (pp. 379-399) Viena: Pabst Science.

Grotberg, E. H. (2002). From de the terror to triumph: the path to resilience. En Stout, C. E (comp.), *The psychology of Terrorism*. Westport, CT: Prager, pp. 167-189.

Grotberg, E. H. (Comp.) (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.

Grupo de hermanos de la Asociación Patagónica para el Síndrome de Down, (2010): *Conclusiones*. Primer Congreso Patagónico de Down: Cipolletti-Neuquén.

Habilidades para la vida. (2013). <http://habilidadesparalavida.net/habilidades.php>

Hervás, G. (2006). Psicología positiva: una introducción. *Revista universitaria de formación del profesorado*. N° 66 (23,3), pp. (23-41).

Isen, A. M. (1987). Positive affect, cognitive processes, and social behavior. En L. Berkowitz (ed). *Advances in experimental social psychology* (vol, 20, pp.203-253). Nueva York. Academic Press.

Lizasoain, O. (2009). Discapacidad y familia: el papel de los hermanos. El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días. *XV Coloquio de Historia de la Educación. Pamplona-Iruñea: Universidad Pública de Navarra*, 653-60.

Luckasson, R, Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et al. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (9th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Luckasson, R, Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et al. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación. 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales* (pp.469-493). Madrid: Alianza.

Mariñelarena-Dondena, L. (2008). Psicología Positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades Año IX 2(18)*, pp.55-69.

Mcguire, J. M Y Thomas, M. H. (1975). Effects of sex, competence, and competition on sharing behavior in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32 (3), 490-494.

Neil, S. E. S. (2006). Intensificar la resiliencia en el grupo familiar: un enfoque transgeneracional hacia el cambio positivo en las familias disfuncionales. En GROTERG, E. H. *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades.* (pp. 91-131), 2006. Barcelona: Gedisa.

Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Londres: Macmillan.

Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Comp.). *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58). Madrid: Morata.

Organización mundial de la Salud, (2009). Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/> (Acceso 25 de mayo de 2014)

Paniagua, G. (1999). Las familias de niños con necesidades educativas especiales. En A.

Ramey, S.L.; Deluca, S. y Echols, K. (2006): La resiliencia en familias con niños con capacidades diferentes. En GROTERG, E. H. *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. (pp.131-161), 2006. Barcelona: Gedisa.

Sancho, I. y Rufián, A. (2013): *¡Me tengo que levantar! Relato de una madre cuidadora de su hijo con discapacidad intelectual y necesidades de apoyo generalizado*. Universidad de Granada.

Satir, V. (1976): *Making Contact*. Berkeley, CA: Celestial Arts.

Seligman, M. E. P. (1998): Prologo en M.D Avía y C. Vázquez (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid, Alianza Edición editorial.

Seligman, M. E. P. y Csikszentmilyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychology*, 55(1), 5-14.

Seligman, M.E.P. (1975) *Learned helplessness: on depression, development and death*. San Francisco, CA: Freeman. Ed. Cost (1981). Indefensión. Madrid: Debate.

Seligman, M.P.E. (1999). The president address. APA 1998. *Annual Report*. American Physiologist 54: 559- 562.

Seligman, M.E.P. (2003). *La autentica felicidad*. Barcelona. Ediciones B (Orig. 2002).

Vázquez, C y Hervás, G (Coords). (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid. Alianza.

Vázquez, C. (2009). “La psicología positiva en perspectiva”. *Papeles del psicólogo*, 27, 1-2.

Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), pp. 3-8.

Verdugo, M. A. (2003). “La concepción de discapacidad en los modelos sociales”, Mesa Redonda: *¿Qué significa la discapacidad hoy? Cambios conceptuales*. Disponible en: <http://www.um.es/discatif/TEORIA/Verdugo-ModelosSoc.pdf> (Acceso 25 de mayo de 2014).

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Thompson, J y Guillén, V. (2013). Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo. En Verdugo y Schalock (Coords.), *Discapacidad e inclusión. Manual para docencia*. (pp. 89-109). Salamanca: Amarú Ediciones.

Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation and brief measures of positive and negative affect: *The PANAS scales*, *Journal of Personality and Social Psychology* 54 1063-1070.

Werner, E. y Smith R. (1982). *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

14.- ANEXOS

ANEXO1. CUESTIONARIO DE EVALUACION FINAL PARA LAS FAMILIAS

Evalúa del 1 al 5, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la más alta.

	1(muy poco)	2(poco)	3(bastante)	4(mucho)	5(Excele nte)
Tras la charla con el profesional ¿Ves más positiva la situación en la que se encuentra tu familia?					
Eres capaz de reconocer y clasificar la mayor parte de las emociones que se producen en tu día a día?					
En la forma en la que se han llevado a cabo las sesiones ¿Te has sentido cómodo?					
¿Crees que tu familia goza o más que sufre una situación especial?					
¿Han cambiado en algo tus rutinas o hábitos sociofamiliares tras las sesiones llevadas a cabo?					
Observaciones:					

ANEXO2. TRIPTICO DE LA PRIMERA CHARLA CON LAS FAMILIAS.



Charla informativa:

**“ALEGRIA EN LA
ADVERSIDAD”**

Felipe Alonso González. *Psicólogo
especialista en Psicología Positiva.*

26/ 09/ 2014 19.00 H

**INSTALACIONES DE LA
ASOCIACION**



DESTINATARIOS: Familiares de personas con Síndrome de Down y miembros de la asociación.

DESARROLLO DE LA CHARLA:

PRESENTACIÓN.

CONTENIDOS:

- Afrontar la adversidad
- Alternativa a la ansiedad y la tristeza
- Superar la amenaza

RUEGOS Y PREGUNTAS

ANEXO3: TRIPTICO DE LA SEGUNDA CHARLA CON LAS FAMILIAS



Charla informativa:

“FAMILIA Y DISCAPACIDAD”

*María Martín Álvarez. Psicóloga
especialista en orientación familiar.*

24/ 10/ 2014 19.00 H

**INSTALACIONES DE LA
ASOCIACION**



DESTINATARIOS: Familiares de personas con Síndrome de Down y miembros de la asociación.

DESARROLLO DE LA CHARLA:

PRESENTACIÓN.

CONTENIDOS:

- Modelo de adaptación de las familias ante la adversidad
- La toma de decisiones en el presente y futuro de los hijos con discapacidad
- La importancia de las relaciones en la familia: el papel destacado de todos los miembros,

RUEGOS Y PREGUNTAS.