



Universidad de Valladolid

**Facultad de Educación y
Trabajo Social**

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Educación Primaria
Mención Audición y Lenguaje

**Psicología Positiva y
Discapacidad**

Autora:

Dña. M^a del Pilar Nieto Rodríguez

Tutora:

Dra. Dña. María Teresa Crespo Sierra

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	4
1. JUSTIFICACIÓN	
1.1 Relación con las competencias del Grado.....	5
2. OBJETIVOS	6
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
3.1 Psicología positiva.....	7
3.1.1 Modelo Médico frente al Modelo Salugénico.....	7
3.1.2 Concepto de Psicología positiva.....	14
3.2 Discapacidad.....	18
3.2.1 Modelo Médico frente al Modelo Social.....	19
3.2.2 Clasificación.....	21
3.3 Aplicaciones de la Psicología Positiva en la educación de personas con discapacidad.....	26
3.3.1 El éxito en el aprendizaje.....	28
3.3.2 La resiliencia en la educación.....	29
3.3.3 La Satisfacción escolar.....	29
3.3.4 Relaciones con los iguales.....	30
3.3.5 La familia.....	30
3.3.6 El Modelo de crecimiento de “Las Cuatro Savias”.....	31
3.4 El papel de la familia y la escuela.....	33
3.4.1 Relaciones entre padres y profesionales.....	36
3.4.2 Relación familia y escuela.....	37

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER EL BIENESTAR Y EMOCIONES POSITIVAS TRABAJANDO CON UN COLECTIVO ESPECÍFICO	38
4.1 Propuesta de intervención con las familias.....	39
4.2 Propuesta de intervención con el alumnado.....	40
5. CONCLUSIONES	49
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
7. ANEXOS	56

RESUMEN

En la actualidad los conceptos de promoción de la salud y la adaptación del entorno a las personas con discapacidad parecen obvios y esenciales para garantizar un sociedad de bienestar, pero lo que muchas personas desconocen es que para llegar a esta realidad se ha producido un cambio de mirada en los modelos planteados desde los ámbitos de la psicología y la discapacidad. Esta evolución ha permitido el surgimiento de un nuevo paradigma, la Psicología Positiva, el cual se puede aplicar a muchos sectores, entre ellos a la educación de personas con discapacidad.

En el presente trabajo de fin de grado hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica con las aportaciones teóricas de varios autores y a partir de ella hemos elaborado un marco teórico y conceptual en el que pretendemos exponer y relacionar la evolución producida en los enfoques planteados desde la psicología y la discapacidad. También aportamos una argumentación teórica basada en el nuevo modelo de psicología, la Psicología Positiva que surge a finales del pasado siglo y su aplicación en la educación con personas con discapacidad. Además, nos parece importante destacar el papel de la familia en este ámbito, por lo que se ha reservado un apartado en el que se expone su intervención, dada la necesidad y utilidad de prestar atención a su papel y su relación con la escuela.

Todos los contenidos anteriores los hemos relacionado para poder establecer una propuesta de intervención que incorpore algunas de las aportaciones de la Psicología Positiva en la educación con alumnos con discapacidad dirigida tanto al alumnado, como a su entorno más cercano, (profesores y familia). Para finalizar, y a modo de resumen reflejamos unas conclusiones acerca de los temas abordados a lo largo de este trabajo; que son el fruto de nuestra reflexión personal tras este acercamiento a la Psicología Positiva y que nos ha servido además para dar mayor sentido a la experiencia práctica llevada a cabo durante este curso con colectivos discapacitados.

Palabras Clave: Psicología Positiva, Discapacidad, Educación, Familia, Enfermedad y Promoción de la Salud.

1. JUSTIFICACIÓN

1.1 RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL GRADO

Las competencias que una estudiante del Grado de Educación Primaria debe alcanzar son diversas, y algunas de ellas tienen relación con el planteamiento de este trabajo fin de grado.

De forma autónoma, a medida que avanzaba en mi experiencia de prácticas y en la elaboración de este trabajo de fin de grado, he llevado a cabo un aprendizaje significativo y una revisión teórica sobre una nueva corriente, la Psicología Positiva, aplicándola de manera creativa e innovadora a la educación, en concreto a las personas con discapacidad y a su entorno más cercano.

Hemos utilizado diversos procedimientos en la búsqueda y selección de información, llegando a utilizar recursos informáticos, libros, artículos, trabajos y revistas. Tras esta revisión teórica hemos planteado una serie de conclusiones en las que reflexionamos sobre los temas principales del presente trabajo. Además para su exposición y presentación ha sido necesario desarrollar las habilidades de comunicación oral y escrita.

Las prácticas educativas que he llevado a cabo en el aula de Audición y Lenguaje de un centro específico me han permitido adquirir diversas habilidades: planificar, cooperar con otras personas, resolver problemas educativos, analizar y tomar decisiones en la práctica diaria etc. Por todo ello, estas competencias me han servido de ayuda para poder relacionar la teoría con la práctica y permitirme enfocar de manera más realista la propuesta de intervención planteada en el presente trabajo.

Para finalizar me parece importante destacar las competencias de compromiso ético y el fomento de valores democráticos como la tolerancia, solidaridad e igualdad, tan necesarios e importantes en el desempeño profesional y, especialmente en el ámbito de la educación a la hora de trabajar con colectivos con necesidades educativas especiales. Por ello, en este trabajo hablamos sobre un colectivo específico, las personas

con discapacidad, y pretendemos una educación que garantice su igualdad y bienestar basándonos en un nuevo paradigma como es la Psicología Positiva.

2. OBJETIVOS

Todo trabajo, ya sea de investigación y profundización teórica, como de intervención, ha de partir siempre de una serie de objetivos que son, en definitiva, los que guíen el proceso. Y para comenzar a desarrollar este trabajo sobre la Psicología Positiva en relación con la discapacidad, la siguiente tabla refleja y señala los siguientes:

Tabla 1. Objetivos general y específicos del Trabajo Fin de Grado

OBJETIVO GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Profundizar en el conocimiento de la Psicología Positiva como nuevo paradigma y su aplicación y proyección al mundo de la discapacidad desde el ámbito educativo.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre las aportaciones de la Psicología Positiva a un futuro maestro. • Relacionar el cambio de modelo de la Psicología Positiva con el cambio de modelo respecto a la discapacidad. • Revisar las experiencias o la literatura al respecto (Ps. Positiva y discapacidad). • Profundizar en aportaciones de la Psicología Positiva a la hora de trabajar con alumnos con discapacidad intelectual y motóricos. • Plantear una propuesta de intervención del modelo de Psicología Positiva a un colectivo con discapacidad y a su entorno más cercano (profesorado, familia...).

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A lo largo de la historia el tema de la salud tanto mental como física, ha sido tratado desde diferentes puntos de vista. A continuación mostramos ese cambio de mirada que se ha producido en el concepto de salud desde las perspectivas de la psicología y de la discapacidad. Además explicaremos el nuevo paradigma que se ha producido tras esta evolución: La Psicología Positiva, y cómo influye ésta en la educación. Finalmente trataremos el papel de la familia en personas con discapacidad y su relación con la escuela.

3.1 LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Al considerar las aportaciones de la Psicología Positiva al mundo escolar se ofrece un enfoque diferente y complementario al aplicado tradicionalmente. En este sentido, la perspectiva tradicional de la escuela la considera como el contexto o escenario para aprender y enseñar a leer y escribir, adquirir habilidades instrumentales y adquisición de información y conocimientos, (*aprender a conocer y aprender a hacer*). Desde la perspectiva actual, complementada por la Psicología Positiva, la escuela supone una ecología disciplinar y un contexto que trasciende los pilares anteriores. Con ello se enfatiza especialmente el aprendizaje y enseñanza de actitudes que son primordiales para el desarrollo integral de todo el alumnado y especialmente para el alumnado con necesidades educativas especiales y discapacidad, (*aprender a ser y aprender a convivir*).

3.1.1 Modelo Médico frente al Modelo Salugénico

Para poder comprender mejor la aparición de la Psicología Positiva debemos observar la evolución en los modelos que ha habido en el campo de la Psicología. Se ha pasado de un modelo médico (enfoque patogénico) a un modelo salugénico. Este cambio se produjo en el siglo XX, exactamente en los años 80, al surgir el concepto de “promoción de la salud”.

Porque mientras el Modelo Médico, que hasta entonces había sido el eje de la psicología, se centraba en la *prevención de la enfermedad* y en la cura, siendo su punto

central la enfermedad y su patogénesis, con la aparición del Modelo Salugénico se completa al modelo médico convirtiéndose la *promoción de la salud* en el tema principal, el cual se centra en la salud y la salutogénesis tal como señalan Gancedo, (2008) o Seligman y Peterson, (2007).

“Por otra parte, desde la promoción no se busca simplemente la evitación de la enfermedad sino fundamentalmente el incremento de la salud y el bienestar general” (Gancedo, 2008a, p.15).

En los años 70 el médico sociólogo de Aaron Antonovsky (1971 y 1979) comenzó a desarrollar el modelo Salugénico que aportó las claves para el óptimo desarrollo de la salud e influyó en la medicina y en la ciencia del comportamiento. Su investigación comenzó tras la Segunda Guerra Mundial, centrándose su estudio en observar las terribles consecuencias que se habían producido en las personas (Antonovsky, 1987). Se inicia así el modelo salugénico que toma como temas principales el estudio de los orígenes de la salud y el bienestar, la preocupación por el mantenimiento y aumento del bienestar así como los factores estresantes que pueden tener consecuencias beneficiosas y saludables, dependiendo de las características y capacidad de las personas para afrontarlos.

De esta forma, Antonovsky rechaza el planteamiento del modelo médico en el que se trataban los conceptos de salud y enfermedad como excluyentes. En su modelo Salugénico plantea el estado de salud como un continuo de salud-enfermedad formado por dos extremos: Bienestar (Salud) y Malestar (Enfermedad), estableciendo que no es posible que alguien llegue a encontrarse en alguno de los dos polos (la salud perfecta o la completa enfermedad), ya que una persona aunque se encuentre saludable, siempre tiene alguna parte insalubre y lo mismo ocurre con una persona enferma, que por el hecho de seguir viviendo tiene alguna parte con salud que le permite continuar con vida.

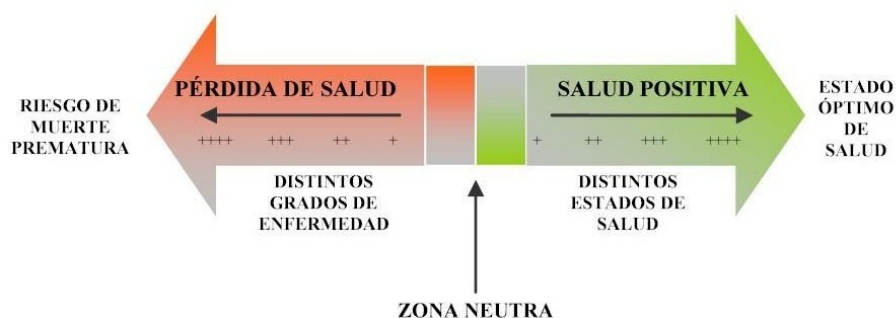


Figura 1. Continuo Salud/Enfermedad. (Cockburn, 1963) (Tomado y adaptado de Salleras, 1990)

Con esta explicación, Antonovsky se acerca a la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1969). Considera que el estado de salud no es pasivo, sino que varía, es dinámico e inestable. Utilizó el término de la termodinámica “entropía” para referirse a que el organismo humano desorganiza su estructura y puede volver a reordenarse de nuevo. A ello añadimos las aportaciones de Lindstrom y Eriksson (2006), que aclaran los conceptos fundamentales que Antonovsky desarrolla con esta teoría: *los Recursos Generales de Resistencia (RGRs)* y el *Sentido de Coherencia (SOC)*.

Los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) son los factores biológicos, materiales, psicosociales (dinero, inteligencia, experiencia, autoestima...) que permiten a las personas tener una vida más fácil y coherente. Pero aunque posean estos recursos lo importante es que sepan utilizarlos, es aquí donde entra el Sentido de Coherencia (SOC), formado por tres componentes clave: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad, (componente motivacional).

El enfoque salutígeno surge también gracias a la Psicología Humanista, la cual plantea las limitaciones del modelo médico y formula como objetivo fundamental el estudio de las capacidades y potencialidades humanas. En esta corriente destacan autores como Abraham Maslow (1954), quien formuló el concepto de autorrealización (selfactualization) y se le señala como el primero en hablar de una Psicología Positiva en su libro *Motivación y Personalidad*. También son importantes las aportaciones de Carl Rogers (1972) y su teoría del funcionamiento óptimo de la personalidad.

Además de la promoción de la salud, surgen investigaciones sobre otros, la resiliencia, las inteligencias múltiples, la inteligencia emocional y el bienestar psíquico entre otros (Gancedo, 2006, 2008a, 2008b). A continuación a modo de resumen presentamos un cuadro general con las diferencias esenciales entre ambos modelos:

Tabla 2. Resumen de las diferencias entre el Modelo Médico y el Modelo Salugénico (elaboración propia).

MODELO MÉDICO O ENFOQUE PATOGENICO	MODELO SALUGÉNICO
Prevención de la enfermedad.	Promoción de la salud.
Punto de mira: enfermedad y su patogénesis (Godoy, 1999; Gancedo, 2008a).	Punto de mira: salud y salutogénesis (Godoy, 1999; Gancedo, 2008a).
Cura y prevención de la enfermedad mental.	Incremento de la salud y el bienestar general (Gancedo, 2008). Creatividad, apego, resiliencia, inteligencias múltiples, inteligencia emocional, bienestar psíquico... (Gancedo, 2006, 2008a, 2008b).

Así pues, el enfoque salugénico se basa en la promoción de la salud. Este concepto fue establecido en el año 1986 en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (OMS, 1986), celebrada en Ottawa (Canadá), definiéndose como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Sin embargo no es hasta 1992, en un seminario celebrado en la Oficina Regional de la OMS en Copenhague, cuando se puede decir que comenzó de forma oficial el modelo salugénico. Antonovsky asistió presentando su enfoque como una dirección para la Promoción de la Salud. Además para comprender mejor las diferencias entre el modelo patogénico y el modelo salugénico planteó una metáfora basada en un río “*El río de la vida*”.

Para el modelo patogénico el río embravecido simboliza la enfermedad, y las personas que están en él deben ser salvadas, sin cuestionarse el por qué están ahí y por qué no saben nadar. En el modelo salugénico el río se ve desde otra perspectiva, ya que en este caso representa la vida. El río tiene zonas tranquilas y otras con corrientes peligrosas y remolinos. La finalidad no consiste en salvar a las personas sino en conseguir que naden bien para que no sean arrastrados por la corriente y puedan superar los obstáculos.

De manera más amplia, Eriksson y Lindstrom (2008) explican esta teoría con una representación gráfica “La salud en el río de la vida” (Figura 2). En la figura se muestra el desarrollo histórico de la salud pública hacia la Promoción de la Salud el cual presenta cuatro etapas:

1^a) *Curación o tratamiento de enfermedades*: en el río consistiría en salvar a la gente de ahogarse, empleando profesionales y herramientas caras.

2^o) *Protección de la salud y prevención de enfermedades*:

Protección: el objetivo sería evitar los riesgos de caer enfermo, otorgándole un papel pasivo en el proceso. En la metáfora, se trataría de colocar barreras al río para evitar que las personas caigan en él.

Prevención: consiste en prevenir las enfermedades interviniendo de forma activa en las propias personas. Es decir, se trata de administrar un chaleco salvavidas para evitar que las personas se ahoguen en el río.

3^o) *Educación para la Salud y la Promoción de la Salud*.

Educación para la salud: se trata de informar sobre los riesgos que hay para la salud, proporcionando consejos sobre cómo se debe vivir para mantener un buen estado de salud y evitar los peligros, en el ejemplo consistiría en enseñar a nadar a las personas.

En la promoción de la salud se apoya y ofrecen opciones para que las personas de forma activa puedan tomar decisiones bien fundamentadas sobre sí mismas. Volviendo a la metáfora del río esto sería que las personas que saben nadar

puedan decidir de forma autónoma hacia dónde quieren ir nadando.

4^a) *Mejorar la percepción de la salud, bienestar y calidad de vida*: creando o facilitando las condiciones previas necesarias para el desarrollo de una vida saludable; es decir, reflexionar sobre las opciones que existen en función de las situaciones que ocurren en la vida, sacando partido de aquellas que generan salud, las que mejoran la calidad de vida y las que desarrollan el SOC.

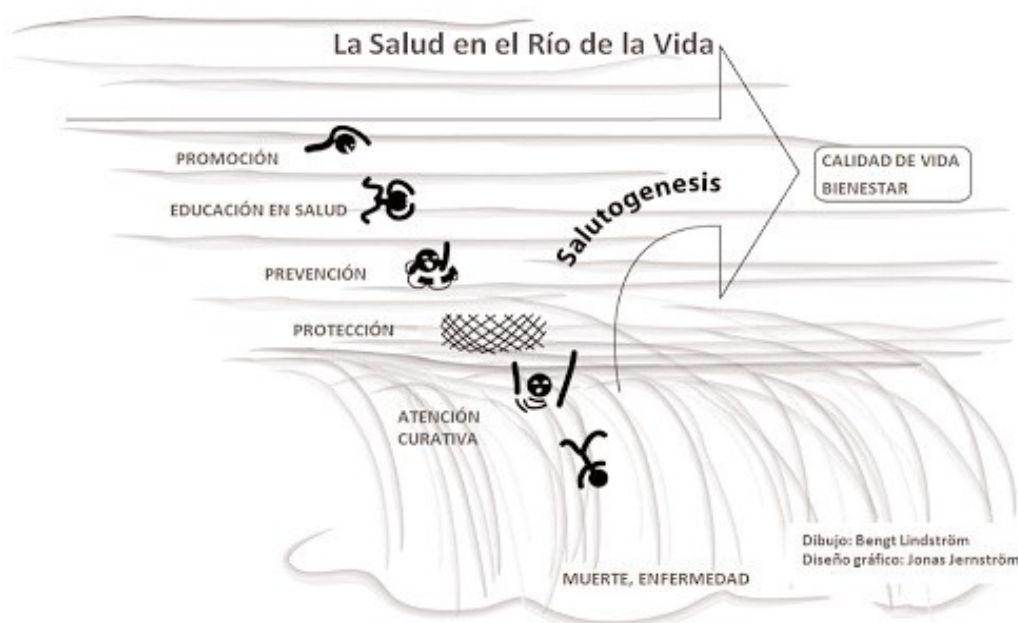


Figura 2. Salud en el río de la vida (Eriksson y Lindstrom, 2008)

Al igual que Antonovsky, con esta representación gráfica Eriksson y Lindstrom nos muestran los distintos puntos de vista de ambos modelos: Para el modelo médico el fluir hacia abajo del río termina en una cascada, la cual representa la muerte y la enfermedad. Es decir que sólo se podría ayudar a las personas que ya tienen problemas para escapar por sí solos de esa corriente que les guía hacia la cascada. En cambio, desde la perspectiva salutogénica, la metáfora del río es diferente. En este caso la dirección principal en el fluir del agua sucede de forma horizontal, a pesar de que a lo largo de todo su recorrido existe un salto vertical del agua, en forma de cascada. Según este planteamiento al nacer, las personas caen en el río y flotan con la corriente:

Las personas que se encuentran en el lado opuesto a la cascada, pueden flotar con facilidad, tienen buenos recursos y oportunidades, y un estado de bienestar duradero. Sin embargo, hay sujetos que están cerca de la cascada, en el malestar o enfermedad, y en su situación la lucha por la supervivencia es más difícil y el riesgo de estar por encima del borde de la cascada es mucho mayor.

Porque el río está lleno de riesgos, pero también de recursos. No obstante, la travesía a través del río de la vida se basa en buscar y utilizar los recursos necesarios para mejorar las opciones de salud y obtener una buena calidad de vida.

Con el Enfoque Salugénico nos acercamos cada vez más a la consolidación de lo que hoy se conoce como Psicología Positiva. Autores como Abraham Maslow (1954) con su libro “Motivación y Personalidad” o María Jahoda (1958) planteando las características de los componentes de la salud mental positiva (Actitudes hacia sí mismo; Crecimiento, desarrollo y auto-actualización; Integración; Autonomía; Percepción de la realidad y Control ambiental; a su vez estos criterios se dividen en una serie de dimensiones relacionadas (Jahoda, 1958)) son los antecedentes más claros de esta nueva corriente.

Por lo tanto se puede decir que el Enfoque Salugénico termina concretándose con la Psicología Positiva, definida por Vera (2008) como una rama de la psicología de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica los procesos que subyacen a las fortalezas y emociones positivas del ser humano.

“En un primer momento la Psicología Positiva se presentó como una radical novedad. Calificativos tales como «nueva ciencia» o «nuevo paradigma» abundan en los primeros manifiestos. Hoy queda claro que simplemente se trata de una corriente inscrita en el enfoque salugénico de la psicología (ES) que se venía gestando desde hace varias décadas, tanto desde las ciencias sociales en general como desde la psicología en particular. Este modelo –que hace énfasis en la promoción de la salud- aparece para completar el tradicional y hegemónico modelo médico que centra su interés en la resolución de los problemas o trastornos” (Gancedo, 2008b, p. 16).

3.1.2 Concepto de Psicología Positiva

Podemos decir que el origen de la Psicología Positiva fue establecido por Martin Seligman en su discurso inaugural (Fowler, Seligman y Koocher, 1999) como presidente de la Asociación Americana de Psicología (APA) celebrado en Estados Unidos en el año 1998.

“La psicología no es una mera rama del sistema de salud pública, ni una simple extensión de la medicina: nuestra misión es mucho más amplia. Hemos olvidado nuestro objetivo primigenio, que es el de hacer mejor la vida de todas las personas, no solo de las enfermas mentales. Llamo a nuestros profesionales y a nuestra ciencia a retomar esta misión original justo ahora que comienza un nuevo siglo”. Cierre del Discurso de Martin Seligman en la APA (Fowler, Seligman y Koocher, 1999).

Esta nueva corriente se encarga del estudio de distintas áreas (Figura 3) relacionadas entre sí, importantes para el bienestar y funcionamiento óptimo de las personas. Destacan: Felicidad, Creatividad, Fluir, Resiliencia, Optimismo, Humor, Inteligencia emocional y fortalezas personales.



Figura 3. Áreas principales de la Psicología Positiva

En este nuevo campo, Seligman (2002) establece **tres tipos de felicidad** (figura 4):

1. La “*Vida Placentera*” (*exterior*) nos aporta un bienestar momentáneo al disfrutar por ejemplo de una buena comida, bebida, una buena película, escuchar música... Este tipo de felicidad es de corta duración, y se consigue aumentando las emociones positivas y minimizando las negativas.

2. La “*Vida comprometida*” (*interior*) es aquella en la que las actividades que realizamos desarrollan nuestras fortalezas o talentos individuales. Por ejemplo tocar un instrumento, practicar un deporte determinado... En este tipo de felicidad se necesita aprender una serie de habilidades y técnicas. Al potenciar nuestras fortalezas incrementamos esta felicidad, pudiendo llegar a un estado de *flow*.
3. La “*Vida significativa*” (*sentido de la vida*) consiste en realizar aquello que da sentido a nuestra vida, lo vocacional. Este tipo de felicidad es la más duradera y supone sentirse parte de las llamadas instituciones positivas (democracia, familia, educación...)

Estos tres tipos de felicidad se encuentran en tres niveles pero se incluyen unos a otros. Todos los niveles deben tenerse en cuenta, pero debemos intentar no estancarnos en la vida placentera y llegar a alcanzar una vida más comprometida y significativa.

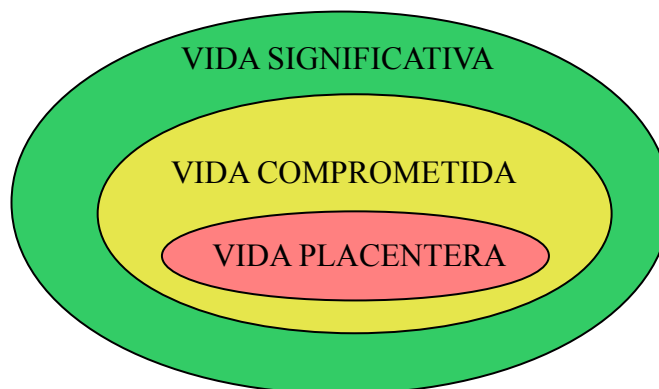


Figura 4. Tipos de felicidad según Seligman (2002)

Para promover los tres tipos de felicidad, Seligman (2002) estableció **tres pilares fundamentales**: emociones positivas, personalidad positiva e instituciones positivas, que son objeto de estudio y centran el interés de las investigaciones:

1. *Emociones positivas*: Este bloque se centra en las *Experiencias positivas subjetivas*. Para Seligman (2002) las emociones positivas pueden dividirse en tres grupos:
 - a) Pasado: emociones relacionadas con los pensamientos que tenemos sobre lo que hemos vivido (gratitud, orgullo, serenidad...)

- b) Presente: son emociones que se centran en el momento actual (alegría, tranquilidad, placer...)
 - c) Futuro: corresponden con los pensamientos que tenemos sobre lo que está por venir (esperanza, optimismo, confianza...).
2. *Personalidad positiva*: Se basa en el *individuo positivo*. En este bloque se tratan aspectos relacionados con la “vida comprometida” como el talento, genialidad, creatividad, resiliencia... Es estudiado por el Dr. Mihaly Csikszentmihalyi (1988,1990 y 1997) quien dio nombre e investigó la fluidez (*flow*) que es el estado en el que la persona se encuentra completamente absorta en una actividad para su propio placer y disfrute, durante la cual el tiempo vuela, y las acciones, pensamientos y movimientos se suceden unos a otros sin pausa. Existe una concentración muy intensa, no hay tiempo para preocuparse por los problemas y es fácil olvidarse incluso de uno mismo. (Vera, 2008).

Para alcanzar la “vida comprometida”, es necesario conocer y cultivar los rasgos personales que nos ayudan a ser mejores y más felices. Para ello, Christopher Peterson (2004) y Martín Seligman (2004) publicaron la: **Clasificación de las Fortalezas y Virtudes Humanas** (*Character Strengths and Virtues*), y en ella se describen veinticuatro fortalezas, las cuales se encuentran dentro de seis virtudes consideradas universales que permiten a las personas alcanzar mayores niveles de bienestar. (Tabla 3).

Los *criterios* que se han empleado para su clasificación son: que se valoren prácticamente en todas las culturas; que se valoren por derecho propio, no como medio para alcanzar otros fines y por último que sean maleables (Seligman, 2002).

3. *Instituciones positivas*: vivimos en una sociedad en la que se deben potenciar las emociones positivas y las fortalezas personales a través de instituciones positivas como la democracia, educación, la familia unida, redes de seguridad...

En los últimos años algunos autores como Peterson (2006) han añadido un elemento más: las relaciones positivas.

Tabla 3. Clasificación de fortalezas VIA (tomado de Peterson y Park, 2009).

1. SABIDURÍA Y CONOCIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Creatividad: pensar en formas nuevas y productivas de hacer las cosas • Curiosidad: tener interés sobre todas las experiencias que están teniendo lugar. • Apertura de mente: pensar en las cosas con profundidad y desde todos los ángulos. • Amor al aprendizaje: buscar el desarrollo de nuevas destrezas, temas y cuerpos de conocimiento. • Perspectiva: ser capaz de proporcionar sabios consejos para otros.
2. CORAJE.
<ul style="list-style-type: none"> • Autenticidad: decir la verdad y presentarse a uno mismo de una forma genuina. • Valor: no amedrentarse ante la amenaza, el desafío, la dificultad o el dolor. • Persistencia: finalizar lo que uno empieza. • Vitalidad: acercarse a la vida con excitación y energía.
3. HUMANIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Bondad: hacer favores y ayudar a los demás. • Amor: valorar las relaciones cercanas con los demás. • Inteligencia social: ser consciente de los motivos y sentimientos de uno mismo y de los demás.
4. JUSTICIA.
<ul style="list-style-type: none"> • Justicia: tratar a todo el mundo de la misma forma de acuerdo a las nociones de justicia y equidad. • Liderazgo: organizar actividades de grupo y conseguir que se lleven a cabo. • Trabajo en equipo: trabajar bien como miembro de un grupo o equipo.
5. CONTENCIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de perdonar: perdonar a aquellos que nos han hecho daño. • Modestia: dejar que los logros propios hablen por sí mismos. • Prudencia: ser cuidadoso acerca de las propias decisiones; no hacer o decir cosas de las que luego uno se podría arrepentir. • Autorregulación: regular lo que uno siente y hace.
6. TRASCENDENCIA.
<ul style="list-style-type: none"> • Apreciación de la belleza y la excelencia: percibir y apreciar la belleza, la excelencia, o la destreza en todos los ámbitos de la vida. • Gratitud: ser consciente y agradecido de las buenas cosas que suceden. • Esperanza: esperar lo mejor y trabajar para lograrlo. • Humor: gusto por la risa y la broma; generar sonrisas en los demás. • Religiosidad: tener creencias coherentes sobre un propósito más alto y un sentido en la vida.

Retomando las áreas relacionadas con la psicología positiva, podemos explicar de forma sintetizada algunas de ellas:

Optimismo: es una variable que incide sobre la salud física y mental de las personas, la explicación se encuentra por un lado en que el optimismo determina la manera en que las personas hacen frente al estrés y a los problemas y por otro en que lleva asociado hábitos de vida más saludables. (Vera, 2008). Se ha estudiado desde dos perspectivas:

- El optimismo disposicional (Scheier y Carver, 1985).
- El optimismo del estilo explicativo (Peterson y Seligman, 1984).

El sentido del humor: es beneficioso para la salud, ya que potencia la eficacia de nuestro sistema inmunológico, aumentando el número y el nivel de actividad de las células encargadas de detectar y luchar contra los agentes infecciosos que atacan al organismo. (Vera, 2008).

La resiliencia: es la capacidad natural que las personas tenemos de resistir los impactos de las experiencias más terribles. Desde este enfoque el ser humano no es vulnerable, sino resistente; no es débil, sino fuerte, y no es una víctima, sino un luchador que dispone de instrumentos para amortiguar los efectos de la experiencia traumática (Vera, 2008).

Inteligencia emocional: es la habilidad que nos permite percibir, comprender y regular nuestras emociones y las emociones de los demás. Daniel Goleman (1995) impulsó este nuevo concepto con su libro de “Inteligencia emocional”.

3.2 DISCAPACIDAD

Para entender el concepto de discapacidad debemos realizar una revisión de la evolución que ha tenido a lo largo de la historia (Verdugo, Gómez y Navas, 2013). En concreto, DeJong (1981) planteó una síntesis de la evolución histórica sobre la discapacidad y fue recogida en España por Puig de la Bellacasa (1990), diferenciando tres etapas: modelo tradicional, paradigma de la rehabilitación y paradigma de la

autonomía personal, que desarrollamos más ampliamente en la siguiente tabla:

Tabla 5. Resumen de los modelos que explican el concepto de discapacidad planteados por DeJong (1981). (Elaboración propia)

Modelo tradicional	P. de la rehabilitación	P. de la autonomía personal
Discapacidad: manifestación del mal y de lo sagrado.	Problema en la persona: deficiencias limitaciones y dificultades	Problema en el entorno: barreras físicas y sociales
Actitudes de rechazo y protección	Necesaria rehabilitación con un profesional	Supresión de barreras físicas y sociales
Dependencia y sometimiento, tienen un lugar marcado y un papel de marginación orgánico-funcional	Dependencia del profesional	Promueve la independencia de la persona con discapacidad y la toma de decisiones de su propia rehabilitación

El paradigma de la rehabilitación y el paradigma de la autonomía personal planteados por DeJong (1981), tienen cierta relación con el modelo médico y el modelo social respectivamente.

3.2.1 Modelo Médico frente al Modelo Social

El modelo médico fue predominante hasta prácticamente los años 70 del siglo XX. A partir de esa fecha, como contraposición, surge en Estados Unidos e Inglaterra el modelo social o constructivista.

Según la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF) creada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2001), ambos modelos se definen como:

“El *modelo médico* considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.” (OMS, 2001)

“El *modelo social* de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.” (OMS, 2001)

El modelo médico-biológico fue extendido tras comprobar que las consecuencias de la enfermedad producían una discapacidad que inhabilitaban al individuo a realizar cierto tipo de actividades de la vida cotidiana. Se centra en buscar medidas terapéuticas y en adaptar al individuo con discapacidad a la sociedad. Los profesionales sanitarios tienen un importante papel en este modelo ya que son los responsables de establecer el diagnóstico y elaborar una clasificación de los déficits.

El inconveniente de este paradigma es que se centra en las diferencias entre los individuos con y sin discapacidad, produciéndose una “marginación” y “estigmatización” de las personas.

Como contrapunto surge el *Modelo Social*, que aunque tiene en cuenta los déficits de las personas, explica que la incapacidad para realizar cualquier actividad es consecuencia de la mala adaptación del entorno a las personas. Es decir, la discapacidad no sólo surge del déficit sino de varios factores ambientales, que condicionan a la persona capacitándola o no para desenvolverse en el entorno.

En la siguiente tabla mostramos un breve resumen de las diferencias entre el Modelo Médico y el Modelo Social:

**Tabla 6. Resumen de las diferencias entre el Modelo Médico y el Modelo Social
(elaboración propia)**

MODELO MÉDICO	MODELO SOCIAL
Causa de la discapacidad: enfermedad	Causa de la discapacidad: entorno social
Objetivo: adaptar al individuo con discapacidad a las demandas y exigencias de la sociedad	Objetivo: adaptar el entorno ajustándose a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad.
Medidas compensatorias y terapéuticas que palien las deficiencias	Localizar y eliminar las limitaciones del entorno

Aunque existe una clara diferencia entre ambos modelos, la Organización Mundial de la Salud (2001) ha impulsado uno nuevo que combina los dos anteriores: “El Modelo Biopsicosocial”. Este paradigma plantea una visión integradora, estableciendo una relación entre los distintos niveles (biológico, psicológico y social), evitando la estigmatización y marginación, potenciando los aspectos comunes entre las personas y minimizando las diferencias.

“La CIF está basada en la integración de estos dos modelos opuestos. Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque “biopsicosocial”. Por lo tanto, la CIF intenta conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.” (OMS, 2001)

La sociedad tiene un papel importante para comprender la discapacidad, pero también hay que tener en cuenta al propio individuo y sus características.

3.2.2 Clasificación de la discapacidad

A lo largo de la historia se han utilizado múltiples conceptos y términos para referirse a la discapacidad, los cuales han ido cambiando en función de una serie de criterios y clasificaciones. Así, la OMS propuso desarrollar una clasificación de las discapacidades válida para que todos los profesionales de este campo se refiriesen a los mismos conceptos.

En el año 1980, y como clasificación complementaria a las Clasificaciones

Internacionales de la Enfermedad (CIE), la OMS publicó la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) cuyo objetivo principal fue clasificar las consecuencias de la enfermedad y no tanto la mera recopilación de cuáles son las causas de la misma. (Verdugo, Crespo y Campo, 2013).

La CIDDDM intentó simplificar y adoptar criterios comunes, facilitando así la comunicación entre profesionales de diferentes disciplinas. En esta clasificación se habla de tres niveles o dimensiones diferentes derivadas de la enfermedad que presentan una relación lineal y causal entre ellas: deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Tabla 7. Modelo lineal (Verdugo, 2013)

Enfermedad → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía
--

Tabla 8. Dimensiones de la CIDDDM (Verdugo, 2013)

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN
DEFICIENCIA	Dentro de la experiencia de la salud es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
DISCAPACIDAD	Dentro de la experiencia de la salud es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
MINUSVALÍA	Dentro de la experiencia de la salud es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

La OMS define a la salud como “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social de las personas y no meramente ausencia de enfermedad”. La CIDDDM recoge esta nueva concepción de la salud, y tiene en cuenta las tres dimensiones que forman a la persona (cuerpo, mente y entorno).

Sin embargo, en 1990 la OMS comienza a cuestionarse la validez de la CIDDM debido a varias limitaciones, tal como señala Verdugo, (2103):

- No proporcionaba una información adecuada sobre la relación entre los conceptos de enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía.
- Establecía un modelo causal entre las distintas dimensiones.
- Establecía un papel causal de la deficiencia.
- No reflejaba el papel del entorno, centrándose demasiado en el sujeto y en su minusvalía.
- Aparentemente clasificaba lo negativo del funcionamiento de la persona.
- Carecía de utilidad para la intervención educativa y comunitaria.

Existen momentos clave en el cambio de los términos, destacando entre ellos la nueva definición de retraso mental que aportó en 1992 la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR), basándose en el concepto de necesidades de apoyo y utilizando la palabra “persona” en lugar de ciertos adjetivos.

A partir de aquí comenzaron a realizarse borradores y revisiones, elaborando finalmente un nuevo modelo teórico que recoge aspectos como la salud, actividad y participación enmarcando de esta manera a la discapacidad en un contexto social.

Desde el año 2001 se utiliza la terminología propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Esta clasificación se utiliza en varias disciplinas y en diferentes sectores, y presenta una serie de objetivos relacionados entre sí (OMS, 2001):

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los “resultados” y los determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre los distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, gestores sanitarios y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.
- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre

los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.

- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Frente al esquema causal y lineal que presentaba la CIDDM de 1980, la CIF plantea otro en el que existen múltiples interacciones entre sus diferentes dimensiones. En la figura 4 se puede observar la importancia de los factores contextuales (ambientales y personales) ya que influyen en la persona y determinan su nivel de funcionamiento. La interacción funciona en ambas direcciones.

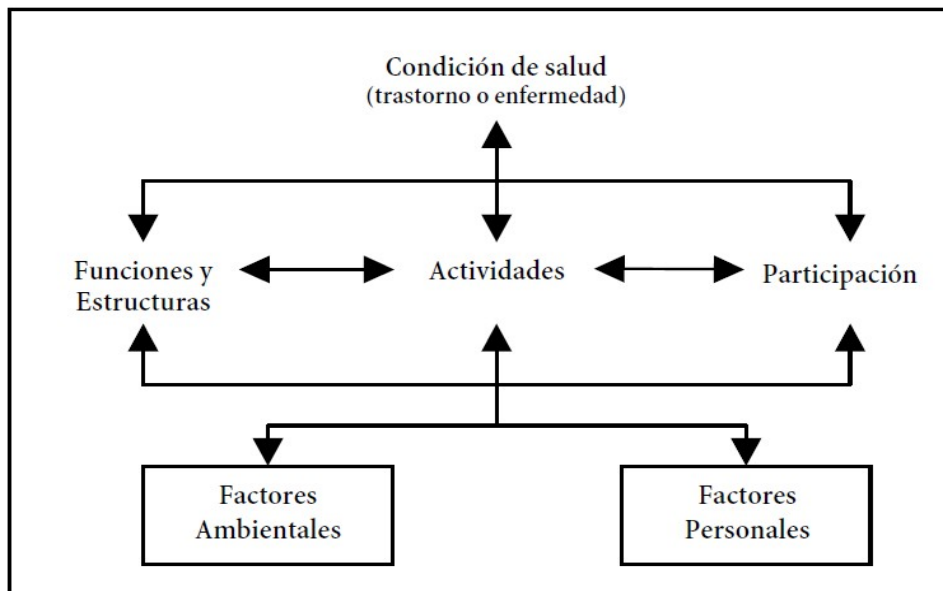


Figura 4. Interacciones entre los componentes de la CIF (OMS, 2001)

En esta clasificación, los tres ámbitos de la CIDDM (Deficiencia, discapacidad y minusvalía) cambian su nombre. En la siguiente tabla se recogen las definiciones de los nuevos componentes:

Tabla 9. Definición de los componentes de la CIF (Lou, 2011)

FUNCIONES CORPORALES	Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
ESTRUCTURAS CORPORALES	Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
DEFICIENCIAS	Son los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida.
ACTIVIDAD	Es el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo
LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD	Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
PARTICIPACIÓN	Es el acto de involucrarse en una situación vital.
RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN	Son problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
FACTORES AMBIENTALES	Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.

Existen tres componentes esenciales:

- Las funciones y estructuras corporales: su ausencia o alteración es lo que se entiende como deficiencias en las funciones y en las estructuras.
- La actividad: es el desempeño de una tarea por una persona
- La participación: es la implicación en una situación y los problemas que la persona experimenta constituyen las restricciones.

Por lo tanto como hemos dicho en el apartado anterior, la CIF se basa en la integración de los modelos médico y social, creando un enfoque biopsicosocial.

Desde el año 2007 existe una nueva clasificación: La Clasificación Internacional para la Infancia y la Adolescencia (CIF-IA) (OMS, 2011). Se basa en el marco conceptual de la CIF, pero se centra en descripciones precisas del estado de salud de los niños y los adolescentes.

A modo resumen se presenta la siguiente tabla comparando las clasificaciones CIDDM (1980) y CIF (OMS, 2001):

Tabla 10. Comparación de las clasificaciones CIDDM y CIF (elaboración propia)

CIDDM (1980)	CIF (OMS, 2001)
Basada en el modelo médico	Basada en el modelo bio-psico-social
Clasificación de consecuencias de enfermedades	Clasificación de componentes de la salud
Deficiencia	Estructuras y funciones corporales
Discapacidad	Actividad
Minusvalía	Participación

3.3 APLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA EN LA EDUCACIÓN

La tarea de la educación consiste en formar a los alumnos en una serie de conocimientos y habilidades que necesitarán para conseguir respeto y éxito en la vida. Su función es guiarles para alcanzar una buena vida de bienestar físico, psicológico y social. Para ello son necesarios recursos intelectuales, psicológicos pero también sociales como el optimismo, la cooperación, la inteligencia emocional, la motivación y la esperanza entre otros.

Uno de los objetivos de la educación es lograr la felicidad futura y el bienestar de los niños, ya que se les aportan recursos y conocimientos para que puedan ser felices. Pero no solo hay que centrarse en el futuro, sino también conseguir esa felicidad en el presente, haciendo de la etapa de aprendizaje una fase de bienestar y disfrute. Por ello los educadores debemos lograr que este periodo tenga una repercusión positiva tanto en sus resultados académicos como en su salud física y mental. Tengamos en cuenta que la promoción del bienestar y la práctica de la Psicología Positiva tiene múltiples beneficios, tales como:

- Mejora la salud física y mental
- Disminuye el riesgo de depresión.
- Amplia la atención, creatividad y cognición, mejorando el resultado académico.
- Aumenta la resiliencia.

- Fortalece el sentimiento de pertenencia, participación y conexión social.
- Se aprende mejor si se disfruta del aprendizaje.
- La educación es más eficaz si se trabaja sobre lo que funciona y sobre las fortalezas.
- Hay más rendimiento, compromiso y atención si hay motivación intrínseca.

En base a esto, varios estudios han confirmado que para obtener un aprendizaje óptimo se debe trabajar sobre las emociones positivas, las fortalezas y la experiencia de fluir:

- Disfrutar las emociones positivas
- Enseñar a aplicar las fortalezas para servir a los demás
- Fluir y crecer uno mismo desde las propias fortalezas.

La Psicología Positiva permite ampliar los objetivos de la educación hacia un aprendizaje exitoso basado en el crecimiento óptimo de las capacidades y fortalezas. Educando en relación con esta nueva corriente, se formará a personas resilientes, optimistas, que actúan según buenos valores, participativas con su comunidad y que alcanzarán el éxito y la felicidad.

Howard Gardner (2008) describe cinco tipos de mentes (figura 5) que deberemos desarrollar e identifica las habilidades que piensa que serán las más válidas en el mundo laboral del futuro. Estas son la mente disciplinada, la mente sintética, la mente creativa, la mente respetuosa y la mente ética.



Figura 5. “Las cinco mentes del futuro” (Gardner, 2008)

- *La mente disciplinada:* consiste en comprender las diferentes disciplinas (ciencias, matemáticas, historia, artes y filosofía). Además permite ampliar la

formación durante toda la vida, de una forma regular y sistemática.

- *La mente sintética*: Se basa en ser capaz de resumir con precisión, sintetizar de forma productiva y dar utilidad a la información. Se requiere un pensamiento de carácter interdisciplinario.
- *La mente creativa*: Permite ir más allá de la síntesis interdisciplinaria para descubrir nuevos fenómenos, plantear nuevas preguntas.
- *La mente respetuosa*: se fundamenta en aprender a convivir, respetando y progresando juntos.
- *La mente ética*: consiste en dar forma a esta sociedad creando un mundo marcado por la integridad.

En el ámbito educativo existen factores como el éxito, la resiliencia y la satisfacción escolar que deben ser tenidos en cuenta. Además las relaciones con los iguales y la familia son aspectos muchas veces determinantes en el buen desarrollo y aprendizaje del alumnado. A continuación, de forma más explícita, aclaramos cada uno de estos componentes:

3.3.1 El éxito en el aprendizaje

En relación con el éxito escolar, su percepción ha cambiado a lo largo del tiempo. Durante muchos años se ha utilizado la medida del coeficiente intelectual para diferenciar a los niños con y sin probabilidades de éxito. Esta medida trajo consecuencias negativas, y en muchos casos hubo desmotivaciones, pérdida de aspiraciones etc. Pero este pensamiento comenzó a cambiar gracias a Howard Gardner (2005) y su teoría de las inteligencias múltiples, la cual desplaza la creencia de que el coeficiente intelectual determina el aprendizaje y futuro profesional de los niños.

La mentalidad fija que había sobre la inteligencia como algo invariable ha ido cambiando hacia una mentalidad de crecimiento en la que se entiende como inteligente el resultado del esfuerzo, la estrategia y el conocimiento, que puede crecer de forma continuada.

Porque las personas con una *mentalidad de crecimiento* están constantemente en busca de desafíos, atentos a las señales mientras que las personas con *mentalidad fija*

están atentas también a señales, pero más a aquellas que les hace evitar aquello en lo que tendrían que aplicar sus inteligencias menos sobresalientes.

3.3.2 La resiliencia en la educación

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta en la educación ordinaria y ante alumnos con discapacidad tiene que ver con la promoción de la resiliencia, tanto en el alumnado como en el profesorado y la familia.

En los últimos años está teniendo importancia el aplicar la resiliencia en el ámbito educativo para saber afrontar situaciones adversas. En este sentido se trabajan los siguientes aspectos:

- Vivir orientado hacia las fortalezas
- Marcarse objetivos
- Disponer de soporte social
- Comportamiento pro-social
- Características de optimismo
- Fe y Sentido de trascendencia y significado vital

Incorporar la Psicología Positiva a la educación es esencial para el crecimiento óptimo de los niños, mejora su bienestar emocional y social y además de influye de manera positiva en su grado de satisfacción escolar. Con ello la educación emocional se está aplicando en diferentes entornos educativos, obteniendo excelentes resultados tanto en el comportamiento como en el rendimiento académico.

3.3.3 Satisfacción escolar

En el ámbito educativo, es esencial tener en consideración el grado de satisfacción del alumnado, que conforme se encuentre, va a influir de forma positiva o negativa en su rendimiento y desarrollo.

Baker y Maupin (2009) en sus estudios sobre el clima social en las escuelas, relacionan la satisfacción escolar con: la calidez, las relaciones interpersonales (apoyo emocional entre profesores y alumnos), actitudes de confianza entre los alumnos y la percepción de que se ofrecerá ayuda si es necesaria.

Aquellas aulas con un ambiente seguro y con un clima social saludable en el que el profesor apoya emocionalmente a sus alumnos va a afectar de forma directa a la satisfacción escolar en los estudiantes de primaria. Además existen otros aspectos relacionados con el ambiente positivo en la escuela:

- Ambiente libre de hostilidades orientado a una comunidad
- Desarrollar un aprendizaje auto regulado
- Claridad en las normas y rutinas del aula
- Potenciar la autonomía y sentimiento de competencia en los alumnos
- Fomentar el éxito en los estudiantes

3.3.5 Relaciones con los iguales

En concordancia con el éxito y la satisfacción escolar ya explicados, debemos tener en cuenta que estos también dependen de las relaciones con los demás. Como hemos comentado anteriormente, el vínculo que mantenga el alumnado con las personas, ya sea con los iguales o con la familia, tiene estrecha relación con un óptimo aprendizaje escolar.

El tipo y cantidad de amistades permiten una mejor o peor adaptación a la escuela. Está comprobado que aquellos alumnos con más amigos y amistades de calidad tienen mayor satisfacción con la vida, quizás debido a que cuantos más amigos, se tiene mayor apoyo social y más oportunidades para hacer actividades extracurriculares. Además si se relacionan con niños que tienen una actitud positiva hacia la escuela ellos también la tendrán.

Lo mismo ocurre al contrario, aquellos niños que tratan con hostilidad a sus compañeros presentan menores niveles de satisfacción con la vida. La victimización disminuye la satisfacción escolar.

3.3.5 La familia

Es importante destacar el papel de la familia en la educación y desarrollo integral del alumnado. La alta calidad de vida familiar está estrechamente relacionada con la satisfacción escolar. Por ello disponer de un buen ambiente familiar ayuda a la

adaptación positiva del niño a la escuela y predice expectativas positivas para el futuro del niño.

Las familias influyen en el niño ya que son el modelo de comportamiento académico (actividades de lectura), de socialización, expresan los valores, y pueden estructurar las actividades en casa de modo que complementen y se acomoden a las tareas de la escuela.

Dada la gran relevancia que tiene el papel familiar en la educación del alumnado, más adelante explicaremos en profundidad cuál es su actuación y relación con la escuela.

3.3.6 El modelo de crecimiento de “Las cuatro Savias” (figura 6)

A modo de resumen y como complemento a lo anteriormente abordado respecto a la Psicología Positiva, discapacidad, escuela y educación, el modelo de crecimiento de “Las Cuatro Savias” (planteado en el curso de *Psicología positiva aplicada a la educación* de la Fundación Fluir), nos permite sintetizar los aspectos importantes para el desarrollo global del alumnado.

Para lograr el desarrollo integral de las personas en la educación, tanto de los niños como de adultos, se deben descubrir todas las áreas de su vida. Para ello no sólo hay que aprender las materias intelectuales cognitivas (ámbito mental), sino que se deben desarrollar también los ámbitos físico, emocional y espiritual.

Diversos autores afirman que estos ambientes se combinan de forma dinámica y están conectados para el desarrollo armónico e integral de las personas. Deben estar relacionados para poder ir de uno a otro, es decir una actividad emocional nos llevará a una actividad física, y ésta a una intelectual y así sucesivamente.



Figura 6. Modelo de “Las Cuatro Savias”

La educación debe lograr que la persona encuentre su propia identidad, que es única y maravillosa. Implica una educación personalizada, con mucho respeto a las diferencias, a la manera de ser, sentir, pensar y vivir de cada uno. El modelo de las cuatro savias considera una serie de premisas básicas a aplicar en el trabajo educativo, con el objeto de conseguir unos resultados.

Tabla 11. Premisas básicas y resultados del modelo de las cuatro savias

Educación cuatro savias	Resultados
Se atienden las cuatro savias de forma constante en las actividades educativas.	Estudiantes equilibrados, sanos. Gozan de buena salud física, psicológica y social.
Presta atención a las características, fortalezas y necesidades de cada individuo.	Autoestima elevada Desarrollo pleno en base a fortalezas
La psicología positiva contempla el entorno, busca el bienestar de la comunidad.	Los profesores y padres también aumentan su bienestar y felicidad

Con este modelo se puede observar la multidimensionalidad del concepto de bienestar óptimo. Agrupa tanto los aspectos del bienestar propuestos por Keyes (2007), como las fortalezas desarrolladas por Seligman y Peterson, (2004).

Educando en base a este enfoque de las Cuatro Savias, se consigue un crecimiento óptimo, ya que se mejora la calidad de vida, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social.

3.4 EL PAPEL DE LA FAMILIA Y LA ESCUELA

El papel de la familia es esencial en el desarrollo del niño, aunque muchas veces queda en un segundo plano, adquiriendo más importancia la educación impartida por maestros, psicólogos y especialistas. La mayoría de las veces la intervención educativa se ha centrado en las dificultades del niño sin tener en cuenta el entorno que le rodea. Sin embargo, poco a poco la familia ha aumentado su participación en el proceso educativo del niño, teniendo cada vez más importancia sus decisiones y expectativas. (Paniagua,1999).

Cuando se tiene un hijo se viven emociones extremas de miedos e ilusiones y se tienen grandes expectativas para su futuro. Sin embargo, cuando el niño nace con alguna discapacidad las preocupaciones aumentan, los padres tienen que tomar múltiples decisiones de gran importancia sobre tratamientos médicos, elección de profesionales, educación... Esa toma de decisiones suele ser complicada, ya que reciben mucha información desde distintos ámbitos que muchas veces se contradicen.

Los niños con discapacidad necesitan bastante tiempo de dedicación, requieren muchos más cuidados físicos, revisiones médicas, orientación psicopedagógica, asistencia a servicios rehabilitadores, programas de estimulación temprana... Todo esto supone un esfuerzo considerable para la familia, llegando a sacrificar su tiempo de ocio y desarrollo profesional debido a que muchas veces no encuentran a personas que puedan atender de manera adecuada a su hijo.

En cuanto al tema económico estas familias tienen bastantes gastos extras

(ortopédicos, educativos, médicos, rehabilitadores...) y el problema se agrava aún más cuando alguno de los padres tiene que dejar el trabajo para dedicar más tiempo a su hijo.

Además el bombardeo de preguntas sobre cómo va a ser el futuro de su hijo y qué va a pasar les obliga a extender su dedicación a él más allá de la infancia, conviviendo con ellos prácticamente toda la vida.

Sin embargo todo tiene su lado positivo y la mayoría de las familias viven con intensidad los pequeños avances de sus hijos, sienten admiración, orgullo y valoran el esfuerzo de sus hijos por superarse. Además consideran su experiencia en el cuidado de su hijo como algo positivo e irremplazable. Por todo ello el proceso de asimilación de tener un hijo con discapacidad es largo y doloroso. Se ha comparado con el hecho de perder a un familiar y suele pasarse por las mismas etapas hasta llegar a la aceptación.

Al conocer la noticia los padres tienen que renunciar a muchas expectativas de futuro que tenían con su hijo, incluso si la discapacidad aparece después debido a una enfermedad o accidente el proceso es mucho más duro, ya que no renuncian sólo a las expectativas sino que se pierden las capacidades que el niño ya poseía.

Este modelo de adaptación (Seligman, 1979 y Hornby, 1995) citado por Paniagua (1999), describe las fases desde que los padres conocen la discapacidad hasta su aceptación:

1. *Fase de shock*: es un bloqueo o aturdimiento que se produce al conocer la noticia. Los padres no reaccionan, e incluso no llegan a comprender el mensaje. Puede durar desde unos minutos hasta varios días, dependiendo si sospechaban con anterioridad la presencia de alguna alteración.
2. *Negación*: Muchos padres optan por ignorar el problema, como si no hubiese sucedido nada, incluso llegan a cuestionarse el diagnóstico de los profesionales.
3. *Fase de reacción*: Tras el shock, aparecen una serie de emociones y sentimientos, muchas veces contradictorios pero que permiten ir adaptándose poco a poco a la situación. A veces son reacciones de sentimientos de fracaso, desapego,

ansiedad... algunas emociones son:

- **Enfado:** suelen ser reacciones de rabia y agresividad, a veces dirigidas hacia supuestos culpables (médicos, familiares...). Esta emoción no suele ser aceptada socialmente, se llega a tomar como un ataque personal, incluso muchos profesionales no entienden que esta reacción es un reflejo del sufrimiento que padecen.
- **Culpa:** sucede cuando la agresividad y la rabia no se expresan hacia el exterior en forma de enfado, sino que se la quedan hacia si mismos culpándose de lo sucedido, buscando respuestas en errores del embarazo, educación, cuidados físicos... se sienten culpables por estar ellos bien y a veces por el rechazo que les produce la discapacidad de su hijo.
- **Depresión:** consiste en la expresión de la profunda tristeza que sienten. La depresión es buena hasta cierto punto ya que les permite comprender mejor las dificultades, pero el estancamiento en esta fase perjudicaría la relación con el hijo.

4. *Fase de adaptación y orientación:* tras pasar por algunas de las fases anteriores, los padres llegan a una etapa de calma emocional, teniendo una visión ya más realista y práctica, buscan qué hacer y cómo ayudar a su hijo.

SHOK → NEGACIÓN → REACCIÓN → ADAPTACIÓN Y ORIENTACIÓN

Todas estas etapas describen el proceso por el que los padres pasan hasta aceptar la discapacidad de su hijo, pero hay que decir que no todos los padres pasan por las mismas etapas, ni en el mismo orden. Incluso los tiempos que dura cada fase dependen de varios criterios (características familiares, discapacidad, entorno social...)

Hay veces que se produce de forma cíclica repitiéndose alguna fase según las circunstancias y las personas.

3.4.1. Relaciones entre los padres y los profesionales

Los padres acuden a varios profesionales de distintos ámbitos (médico, psicológico, escolar, social...) para el diagnóstico e intervención de su hijo. En ocasiones esta interacción sirve de ayuda para las familias pero otras veces supone una dificultad añadida cuando el trato recibido no es el adecuado.

Los especialistas muchas veces tratan a los padres de cierto modo sin preguntarse si esa es la mejor forma de hacerlo. La falta de formación de los profesionales en el contacto con las familias suele producir conflictos desproporcionados, actitudes defensivas, malestar e insatisfacción en los padres por la manera en que son tratados.

Por todo ello existen una serie de modelos de interacción entre familiares y profesionales, marcos de referencia que establecen la relación y las tareas y funciones de cada uno. En la siguiente tabla se recoge un resumen de los cuatro modelos:

**Tabla 12. Resumen de los modelos de relación entre familia y profesional
(elaboración propia)**

MODELO DE EXPERTO	MODELO DE TRASPLANTE	MODELO DE USUARIO	MODELO DE NEGOCIACIÓN
La familia depende del profesional.	Familia más implicada. Trabaja con el niño.	Familia activa: Toman las decisiones.	Equilibrio entre familia y profesional. Negociación y consenso entre sus intereses y expectativas
Profesional: toma decisiones, lenguaje técnico y mantiene las distancias.	Profesional: toma las decisiones	Profesional: ayuda a comprender, informa, escucha...	Profesional y familia toman las decisiones conjuntamente
Familia solo es fuente de información.	Sobrecarga de trabajo en la familia	Familia: Sus intereses y expectativas tienen gran importancia.	Completa al modelo de usuario.

3.4.2 Relación familia y escuela

La relación entre los padres y el contexto educativo varía en función de la etapa escolar y la edad del niño. En los primeros años la escolarización supone un reconocimiento de la discapacidad del niño, le comparan con sus compañeros y observan cuál es su nivel de desarrollo. En esta etapa la familia tiene que superar el miedo de dejar a su hijo al cuidado de otras personas. Con el paso del tiempo las preocupaciones de los padres se encuentran en torno a la elección del centro, comunicación, la autonomía y el futuro escolar y laboral que pueden alcanzar sus hijos.

La colaboración entre los padres y la escuela debe basarse en el respeto mutuo y confianza: Los padres deben confiar en la profesionalidad de los maestros, informándose de forma periódica, dialogando y contrastando puntos de vista. Por otra parte los profesores deben respetar la forma de ser de los padres y su estilo de educación.

Para que esta colaboración sea satisfactoria debe de haber una constante negociación. Cada familia es distinta y no se puede imponer un modelo único de relación, por ejemplo lo que para unos padres es de gran ayuda (hacer las tareas del hogar con sus hijos), para otros es una sobrecarga. Por ello la escuela debe ser consciente de la situación personal de cada familia, convirtiéndose en una fuente de ayuda y no de estrés.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER EL BIENESTAR Y EMOCIONES POSITIVAS TRABAJANDO CON UN COLECTIVO ESPECÍFICO

La siguiente propuesta de intervención ha sido creada con la finalidad de potenciar las emociones positivas y el bienestar tanto en los niños con discapacidad como en los colectivos próximos a ellos.

Es importante tener en cuenta los sentimientos y el estado de ánimo de las personas cercanas a los niños con discapacidad, ya que además de ser modelos para ellos, su labor diaria provoca que muchas veces se sientan desmotivados y sin fuerzas para continuar. Por ello proponemos una serie de actividades y orientaciones que permitirán desarrollar el bienestar y emociones positivas en los colectivos cercanos a los niños con discapacidad.

Como hemos expuesto a lo largo de este trabajo, la visión del concepto de discapacidad ha evolucionado hacia un punto de vista más optimista, relacionado con el nuevo modelo de psicología, la Psicología Positiva. Por ello, el objetivo de la propuesta del presente trabajo fin de grado, es relacionar ambas ideas. En este sentido, planteamos una serie de actividades para acercar la Psicología Positiva a la educación de personas con discapacidad y así promover su bienestar y emociones positivas, no solo a ellos sino también a su familia y profesorado.

4.1 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

La familia, es el colectivo que más tiempo pasa con los niños. Es importante llevar a cabo planes de actuación para conseguir su bienestar, ya que todas las emociones que tengan se reflejarán y afectarán también a sus hijos.

4.1.1 Objetivos

Los objetivos que presentamos a continuación tienen relación con los planteados al principio del presente trabajo:

- Informar y orientar a las familias sobre conocimientos, actitudes y destrezas sobre su hijo.
- Fomentar la expresión de emociones y sentimientos
- Compartir experiencias y ayudar a otros padres que se encuentran en la misma situación.
- Crear situaciones de descanso para las familias en las que puedan disfrutar de su tiempo libre.

4.1.2 Actividades

Las asociaciones facilitan el contacto de las familias con otras con personas que se encuentran en su misma situación. La mayoría de las siguientes actividades son llevadas a cabo por distintas asociaciones, en concreto por la FEAPS.

Reunión informativa:

Se trata de reuniones privadas y periódicas con los profesionales para que los familiares puedan consultar dudas, aportar y recibir información, pedir consejos, plantear expectativas etc.

Cursos de orientación:

En él se impartirán temas relacionados con la familia y la discapacidad, los cuales pretenden mejorar las actitudes, ampliar conocimientos y destrezas de los familiares para afrontar distintas situaciones de su vida.

Taller colectivo-emocional

Consisten en agrupaciones con otras familias que les permiten compartir sentimientos, sensaciones, dudas y temores con otros padres que ya han pasado por esta misma experiencia y que se encuentran en situación de poderles ayudar, acompañar y guiar como “padres expertos”.

Descanso

Se trata de una serie de apoyos para atender a la persona con discapacidad de forma puntual, de esta forma los familiares podrán disponer de tiempo para conciliar su vida personal, familiar y laboral.

Las necesidades concretas que pueden plantear las familias para solicitar un “Respiro” son muy variadas: problemas de salud, motivos laborales, descanso (ocio, vacaciones, visitas...), fallecimientos, compromisos sociales o familiares, etc. Hay dos modalidades: estancias y apoyo por horas.

4.2 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La Psicología Positiva puede ser aplicada en cualquier ámbito, por este motivo planteamos una propuesta de intervención flexible para su puesta en práctica en alumnos con discapacidad, pudiéndose adaptar a otro colectivo, como la temporalización, niveles o actividades.

4.2.1 Tema

Las actividades propuestas tienen relación principalmente con dos áreas de la psicología positiva: la felicidad y las fortalezas.

4.2.2 Fuentes

La mayoría de las actividades planteadas se han obtenido de referencias y programas orientados a alumnos de primaria y secundaria (Arguís et. al, 2010) (Caruana, 2010). En algunas hemos realizado adaptaciones (cambiando el nombre o en su desarrollo) para que se puedan llevar a la práctica en el alumnado con discapacidad.

4.2.3 Metodología

Para poder aplicar esta propuesta es importante tener en cuenta la diversidad del alumnado, en cuanto a sus experiencias previas, su nivel madurativo, su ritmo y tiempo de aprendizaje, sus capacidades y fortalezas. Teniendo en cuenta estos aspectos debemos saber que no todos los niños reaccionarán de manera idéntica ante la misma tarea.

Además al trabajar en el campo de la discapacidad las actividades deberán adaptarse todavía más a cada alumno dependiendo de sus necesidades. Por este motivo, hemos delimitado aún más la propuesta enfocándola de manera más específica al alumnado con discapacidad intelectual, siempre teniendo en cuenta que cada niño es un mundo y que las tareas se deben adecuar a sus características y necesidades.

4.2.4 Actividades

En esta propuesta se exponen 10 actividades dirigidas a alumnos con discapacidad intelectual de todas las edades. En cada una de ellas se describen los objetivos, el desarrollo y materiales necesarios. Cada actividad puede ser modificada en función de las características y necesidades del grupo de alumnos con el que se trabaje.

A modo de síntesis presentamos la siguiente figura con las actividades que componen esta propuesta de intervención.

- | |
|--|
| Actividad 1: Compartimos nuestra alegría |
| Actividad 2: Sentimientos de colores |
| Actividad 3: Tú puedes, lo se |
| Actividad 4: Yo valgo mucho |
| Actividad 5: Deseos |
| Actividad 6: Caras emocionadas |
| Actividad 7: Nosotros sí que valemos |
| Actividad 8: El consejero |
| Actividad 9: Cuentos chistosos |
| Actividad 10: Somos mimos |

ACTIVIDAD 1. COMPARTIMOS NUESTRA ALEGRÍA

Objetivos

- Aprender a expresar nuestra alegría.
- Compartir nuestras emociones positivas con compañeros/as de clase.

Descripción

¿Qué nos produce risa?, ¿somos más comunicativos cuando nos sentimos más felices?, ¿por qué no aprendemos a reírnos juntos?

- Trabajamos con marionetas que tengamos en clase y practicamos formas distintas de reírse (el payaso, el robot, la oveja, la vaca, la niña aburrida, etc.)
- Con caretas de personajes interpretamos distintas situaciones que nos hagan sentirnos felices, inventarlas o simplemente relatarlas, por ejemplo, cuando marcas un gol en el partido de fútbol o has sido elegida para representar un papel en la obra del teatro. Es recomendable realizarla primero individualmente, luego por parejas o grupos.
- Hacer una pequeña representación con las marionetas de situaciones que provoquen risa.
- El maestro/a invitará a alumnos o alumnas de otras clases a que nos cuenten historias divertidas.

Material: Marionetas, caretas de personajes de dibujos animados, juegos, cuentos, cómics, películas que conozcan y que les hagan reír

ACTIVIDAD 2. SENTIMIENTOS DE COLORES

Objetivos:

- Fomentar la creatividad y la imaginación
- Desarrollar la expresión de sentimientos y emociones
- Trabajar la expresión artística

Descripción

Se plantean una serie de emociones y sentimientos diferentes: alegría, tristeza, miedo... Cada alumno representará en un papel con un dibujo aquello que les produce esa emoción (ya sea algo concreto o abstracto). Después se ponen en común todos los

dibujos explicando cada uno por qué han pintado eso.

Material: Papel, lápices y pinturas

ACTIVIDAD 3. TÚ PUEDES, LO SÉ

Objetivos

- Hacer uso de mensajes persuasivos por parte de la maestra.
- Aprender a aceptar y a resolver errores.
- Aprender a situar los errores en el momento en que han ocurrido.
- Estar orgullosos del aprendizaje realizado sobre el proceso.

Descripción

Durante el proceso se pueden desanimar porque tienen errores y no hay resultados inmediatos. Se plantea una dinámica con el fin de trabajar la importancia del proceso con la ayuda de mensajes persuasivos. Los mensajes que se pueden presentar son:

- “Venga, inténtalo de nuevo”.
- “Aprovecha todo lo que se te ocurra”.
- “Puedes buscar varias soluciones hasta que aciertes la correcta”.
- “Cuando pensamos algo nuevo, luego vienen pensamientos más creativos. *Ánimo.*”
- “Todos tenemos opiniones importantes”.
- “Todos podemos si queremos”.
- “Basta con desearlo para realizarlo”.

A cada equipo de trabajo se le proporciona una serie de piezas de un puzzle que deberán encajar entre todos. Una vez que encajan las piezas correctas aparece un mensaje donde se les felicita por todo el trabajo realizado (Anexo 1).

Se explica brevemente dónde comenzó todo: que inicialmente se hicieron conscientes de un problema, que decidieron solucionar de forma creativa, que cada vez se sentían mejor por sentirse útiles, y que los errores nos ayudaron a mejorar. En definitiva, nos debemos sentir orgullosos de toda la tarea.

Y, finalmente, como reconocimiento y agradecimiento por ser ellos y por estar ahí, con

carácter individual, se les dará un diploma (Anexo 2).

Material: 3 piezas gigantes del puzzle (anexo 1).

ACTIVIDAD 4. YO VALGO MUCHO

Objetivos

- Conocerse a sí mismo.
- Valorarse y valorar a los demás, reconociendo tanto sus habilidades como las propias.
- Considerar la posibilidad de poder aprender una habilidad de otra persona.
- Enseñar y aprender unos de otros.
- Valorar la importancia de hacer las cosas con brío y entusiasmo.

Descripción

Se puede introducir la actividad hablando de la cantidad de cosas que sabemos hacer y que no somos conscientes de ellas. Son habilidades muy personales que nos gusta realizar, que sabemos hacer bien y que hemos de valorar y potenciar. Esta actividad se desarrollará lo largo de dos sesiones:

1ª sesión. Se realiza una lista con una relación de cosas que saben hacer a partir de un torbellino de ideas. Se compone una lista en la pizarra con todas las ideas. Se confecciona una ficha individual con dos columnas. En la primera figurarán (de forma escrita o con pictogramas) todas las habilidades manifestadas, en la segunda cada cual expresará si es una de sus habilidades o no, por ejemplo: cantar una canción, contar chistes, hacer caricaturas, hacer el pino, dibujar cómics, hacer trucos de magia... Se forman parejas y se enseñan las fichas y cada uno elige de las habilidades del otro la que quiere que le enseñe.

2ª sesión. Se enseñan mutuamente las habilidades seleccionadas. Después se hace una reflexión en gran grupo sobre el proceso de enseñar y aprender unos de otros, y sobre los sentimientos personales al buscar sus habilidades, al enseñarlas y al aprenderlas de otros.

Material: depende de las habilidades de cada alumno (una baraja de cartas, papel, un chiste, una canción, poesía, colchoneta, grabadora...)

ACTIVIDAD 5. DESEOS

Objetivos

- Desarrollar la escucha de su Yo interior, dando prioridad a lo que desea su corazón.
- Desarrollar habilidad para generar emociones positivas.
- Crear visiones positivas y/o reales de los deseos.

Descripción

1. El alumnado se sienta en mesas, en grupo de cuatro. En una hoja grande de cartulina, anotarán o dibujará sus propios deseos o ajenos. Los demás comentarán qué es lo que piensan de él, que importancia tienen para ellos.

2. Pasado un tiempo, rodearán aquellos deseos que les parezcan más importantes.

3. Ahora, vuelven a sus sitios. Nos dirigimos a ellos, diciéndoles algo así como: “nuestra cabeza está repleta de deseos, seguramente podríamos pasarnos horas y horas escribiendo todos aquellos que se nos pasan por la cabeza, pero terminaríamos produciendo tantos que muy pocos de ellos acabarían cumpliéndose. Tenemos que aprender a buscar los que de verdad, son relevantes, los que deseamos de corazón. Por eso es por lo que los personajes de los cuentos los tienen limitados y sólo se les cumplen un número dado”.

Cierra los ojos y relájate. Imagínate que un hada buena, un genio, o un ángel invisible se te acerca y dice: “Te concedo tres deseos”. Piénsate muy bien qué es lo que deseas. Escucha a tu corazón y cuando sepas lo que éste quiere, escribe esos tres deseos... puede ser que tu corazón te sople tres, pero también que sólo tenga uno o dos. Ya lo averiguarás tu mismo,.. Cuando estés seguro de lo que quieres abrirás los ojos y los escribirás en las fichas que tienes. Ahora, te dejaré solo para que te lo pienses muy bien y te puedas concentrar...”

4. Seguidamente, el grupo recorta del cartón rojo un corazón para escribir o dibujar su deseo.

7. Después comentarán por qué tipo de deseos se han decidido y cómo han llegado a ese en concreto... De qué manera podemos diferenciar los deseos cotidianos de los que de verdad salen del corazón y son importantes.

Material: Cartón rojo, tijeras, rotulador negro

ACTIVIDAD 6. CARAS EMOCIONADAS

Objetivos

- Identificar emociones
- Expresar emociones y sentimientos

Descripción

Les mostramos fotos de caras que expresan diferentes emociones para comentar sobre ellas (alegría, tristeza, vergüenza, miedo, sorpresa, ira...). Mientras miramos las fotos pensamos en las emociones que expresan. Preguntamos: ¿Nosotros ponemos estas caras? ¿Cuándo? ¿qué les ocurre a estas personas? ¿qué os parece qué sienten?. A continuación podemos imitar las caras que aparecen en las fotos e intentar adivinar qué emoción tenemos.

Hablamos sobre cómo nos sentimos en ocasiones concretas (cuando nos regalan algo, cuando perdemos un juguete...) e intentamos poner cara a esa situación.

Material: fotos que inspiren diferentes emociones

ACTIVIDAD 7. NOSOTROS SÍ QUE VALEMOS

Objetivos

- Mejorar la autoestima.
- Pensar en características propias y de los demás que nos agradan

Descripción

Cada alumno se describe de forma oral con un adjetivo o varios, incidiendo en los aspectos positivos. A continuación en una cartulina cada alumno se describe a sí mismo por escrito o con un dibujo. Después de forma oral se les pide que digan algo positivo de cada compañero para posteriormente escribirlo y dibujarlo en la cartulina correspondiente. De esta forma cada niño tendrá su propio mural con sus características positivas, las cuales las han descrito los demás compañeros.

Material: Cartulinas, lápices, pinturas

ACTIVIDAD 8. EL CONSEJERO

Objetivos

- Ayudar a los demás a superar situaciones que causan problemas
- Comprender los sentimientos y emociones
- Promover la empatía

Descripción

En el aula se crea un espacio de forma permanente para que puedan acudir los alumnos cada vez que surge un problema. En este espacio se encontraría el “consejero” que puede ser el propio maestro, aunque es preferible que sea otro niño quien (con ayuda de la mascota de la clase) escuche, asesore y consuele al que se acerca al rincón (actuando siempre bajo supervisión del docente).

Material: Mascota de la clase (peluche, marioneta...)

ACTIVIDAD 9. CUENTOS CHISTOSOS

Objetivos

- Crear una situación que produzca diversión y risa
- Potenciar el humor y emociones positivas
- Estimular la atención

Descripción

Leemos un cuento en voz alta, pero con una dinámica especial, para que se produzcan situaciones de risa y diversión. Acordamos previamente que, cuando aparezcan determinadas palabras en el cuento, todos vamos a realizar una acción concreta. Por ejemplo: si sale la palabra “el”, levantamos las dos manos; ante la palabra “una” damos una palmada, etc.

Dependiendo de su capacidad lectora el cuento lo leerán o bien el maestro o los alumnos. A lo largo de la lectura se les pueden dar más instrucciones, introduciendo nuevos gestos asociados a otras palabras. De este modo, el juego se va complicando y las risas van en aumento.

Materiales: cuentos escogidos previamente por el profesorado

ACTIVIDAD 10. SOMOS MIMOS*Objetivos*

- Dramatizar situaciones graciosas a través de la mímica

Descripción

Preparamos una sesión de mimo, dramatizando una situación sencilla con gran apoyo gestual, para despertar la risa de nuestro alumnado. La elección de la situación será en función de las características de los niños. Podemos utilizar temas clásicos como caídas graciosas, seguir o imitar a alguien, que se te escapa un globo...

Podemos buscar ejemplos en Internet para poder prepara luego nuestra representación.

A continuación los alumnos representarán una situación graciosa que despierte las risas de sus compañeros. Tendremos en cuenta los siguientes elementos:

- Maquillaje: nos pintamos la cara de blanco y destacamos ojos, boca y cejas
- Vestimenta: sencilla con guantes y un sombrero
- Elección de una historia (sencilla y divertida)
- Dramatización: que hagan gestos claros y exagerados, ruidos graciosos, acompañar con una música adecuada...

Material: Vídeos de Internet de mimos. Pinturas de maquillaje, vestimenta, música.

5. CONCLUSIONES

La Psicología Positiva es una nueva corriente que se encuentra en expansión, la cual merece ser conocida y aplicada en todos los ámbitos, especialmente en el sector educativo y en el de la discapacidad. Por ello, y dado mi perfil formativo, como futura maestra especialista en Audición y Lenguaje, así como las diversas competencias adquiridas a lo largo de mi carrera, quiero finalizar este trabajo resaltando algunas de las ideas y reflexiones que más me han ocupado a lo largo de este proceso.

Con la elaboración de este trabajo fin de grado sobre “Psicología Positiva y discapacidad” se ha pretendido profundizar en el conocimiento de esta nueva rama de la psicología y proponer una intervención en el mundo de la discapacidad desde el ámbito educativo. Podemos observar el paralelismo en el cambio de mirada producido tanto en el ámbito de la psicología como en el de la discapacidad. En ambos se ha pasado de los modelos patológico y médico, respectivamente, centrados en la enfermedad y en su prevención, a los modelos salutogénico y psicosocial donde el eje central es la salud y su promoción.

Además, debemos destacar el papel relevante que posee la escuela para promover el estado de bienestar en el alumnado, y más cuando éste no se encuentra en un estado óptimo de salud. En este trabajo hemos recopilado algunas de las posibilidades existentes, basadas en la Psicología Positiva, para promover un buen estado de bienestar. Este cambio de modelo y de mirada, como futura profesional de la educación, ha supuesto en mí, no solo cambios en mi percepción y actitudes hacia la discapacidad sino que además me refuerza en la necesidad y utilidad de prestar mayor atención y valor a las fortalezas y puntos fuertes que cada alumno posee.

Es importante resaltar la limitación del presente trabajo, y es que debido a la falta de tiempo ha sido imposible llevar a la práctica las actividades propuestas, por lo que no se puede asegurar su eficacia en la realidad. De todas formas muchas de ellas han sido extraídas de programas que aseguran su efectividad e incluso algunas, en casos puntuales, han podido ponerse en práctica de forma personal. A pesar de ello, dada mi motivación, curiosidad e interés personal por el tema, estoy segura que en un futuro, esperemos que cercano, pueda ponerlo en práctica.

Finalmente, quiero destacar que la reflexión en este nuevo enfoque de psicología me va a permitir, como futura docente, aplicarlo a la escuela. De esta manera potenciaré todos los aspectos positivos de mis alumnos, centrándome en todas sus posibilidades y fortalezas para lograr alcanzar así su desarrollo integral.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N. y Wijsenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 6(4), 186-193.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Arguís Rey, R.; Bolsas Valero, A.P; Hernández Paniello, S. y Salvador Monge, M^a del M. (2010). Programa "Aulas Felices". *Psicología Positiva aplicada a la educación*. Zaragoza.

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

Baker, J. y Maupin, A. (2009). School satisfaction and children's positive school adjustment. En R. Gilman, E.S Huebner y M.J Furlong (Eds.), *Handbook of positive psychology in schools* (pp. 189-197). New York: Roudlegde.

Bertalanffy, L.V. (1969). *General System theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.

Caruana Vañó, A. (Coord). (2010). *Aplicaciones educativas de la Psicología Positiva*. Alicante: HISPANIA.

Cockburn, T.A. (1963). *The evolution and eradication of infectious diseases*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I.S. (Eds.) (1988). *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness*. Nueva York: Cambridge University Press.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Fluir. Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.

Csikszentmihalyi, M. (1997). *Aprender a fluir*. Barcelona: Kairós.

DeJong, G. (1981). *Environmental accessibility and independent living outcomes*. East Lansing, Michigan: Michigan State University Press.

Eriksson, M. y Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation on the Ottawa Charter. *Health Promot Int.* 23, 190-98.

FEAPS. <http://www.feaps.org/que-hacemos/familiares/apoyos.html>

Fowler, R.D; Seligman, M.E.P y Koocher, G.P. (1999). The APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, 54 (8), 537-568.

Fundación Fluir para la Innovación social, Educación y Felicidad. *Curso Psicología positiva aplicada a la educación. Tema 2 Aprendiendo sobre Psicología Positiva y educación*. http://www.fundacionfluir.org/pdf/c111/s2/1_aprendiendo_sobre_tema2.pdf

Gancedo, M. (2006). Virtudes y fortalezas: el revés de la trama. *Psicodebate*, 7, 67-80. Buenos Aires: Universidad de Palermo.

Gancedo, M. (2008a). Historia de la Psicología Positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M. Martina Casullo (Ed.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp.11-38). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Gancedo, M. (2008b). Psicología Positiva: Posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate*, 9, 15-26. Buenos Aires: Universidad de Palermo.

Gardner, H. (2005). *Inteligencias múltiples*. Barcelona: Paidós.

Gardner, H. (2008). *Las cinco mentes del futuro*. Barcelona: Paidós.

Godoy, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En M. Simón (Ed.),

Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones (pp. 39-65). Madrid: Biblioteca Nueva.

Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66, 23-41.

Jahoda, M. (1958). *Current concept of positive mental health*. Nueva York: Basic Book.

Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist*.

Lindstrom, B. y Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot. Int.*, 21(3), 238-244.

Lou Royo, M.A. (2011). Discapacidad: concepto y modelos explicativos. En M.A Lou Royo (Coord.), *Atención a las necesidades educativas específicas. Educación Secundaria* (pp.23-38). Madrid: Pirámide.

Mariñelarena-Dondena, L. y Gancedo, M. (2011). Psicología positiva: su primera década de desarrollo. *Revista Diálogos*, 1, 67-77.

Maslow, A. (1954). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*. Ottawa: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.

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

Organización Mundial de la Salud (2011). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Versión para la infancia y adolescencia: CIF-IA*. Madrid: OMS, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Paniagua, G. (1999). Las familias de niños con necesidades educativas especiales. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación*. 3. *Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales* (pp.469-493). Madrid: Alianza.

Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Revista Psychological*, 9, 347-374.

Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.

Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.

Peterson, C. y Park, N. (2009). El estudio científico de las fortalezas humanas. En C. Vázquez y G. Hervás (Coords.), *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 181-207). Madrid: Alianza.

Puig de la Bellacasa, R. (1990). Concepciones, paradigmas, y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. (Ed.), *Discapacidad e información* (pp. 63-96). Madrid: Autor.

Rivera de los Santos, F. et al. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Esp Salud Pública*, 85 (2), 130-139.

Rogers, C. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.

Salleras, L. (1990). *Educación sanitaria: principios, métodos, aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimismo, el afrontamiento y la salud: Evaluación y consecuencias de las expectativas de resultados generalizados. *Psicología de la Salud* ,4, 219-247.

Seligman, M.E.P. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.

Seligman, M. y Peterson, C. (2007). Psicología clínica positiva. En L. Aspinwall y U. Staudinger (Eds.), *Psicología del potencial humano* (pp. 409-425). Barcelona: Gedisa.

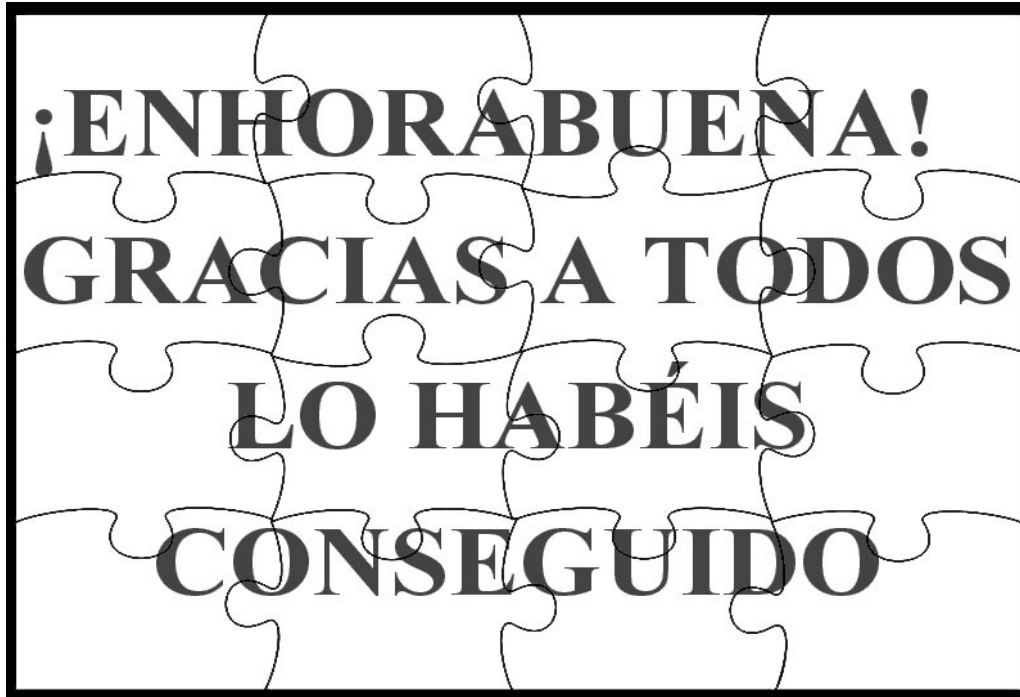
Vera, B. (2008). *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar ediciones.

Verdugo, M.A., Gómez, L.E. y Navas, P. (2013). Discapacidad e inclusión: Derechos, apoyos y calidad de vida. En M.A Verdugo y R.L Schalock (Coords.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp.17-41). Salamanca: Amarú.

Verdugo, M.A., Crespo, M. y Campo, M. (2013). Clasificación de la discapacidad. En M.A Verdugo y R.L Schalock (Coords.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp.43-60). Salamanca: Amarú.

7. ANEXOS

Anexo 1. Puzzle



Anexo 2. Diploma

