

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

**Facultad de Formación del Profesorado y Educación**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN INTERVENCIÓN E  
INVESTIGACIÓN SOCIOEDUCATIVA**

**Curso 2020-2021**

---

**Bienestar emocional en personas con  
discapacidad intelectual en proceso de  
envejecimiento en tiempos de pandemia.**

**Estudio caso único.**

Emotional well-being in aging people with  
intellectual disabilities in times of pandemic.  
Single case study.

---

**Autor/a: Vanessa Fernández González**

**Tutor/a: M<sup>a</sup> Teresa Iglesias García.**

**Junio de 2021**

## **Resumen:**

Actualmente, el envejecimiento es una etapa de la vida de las personas con discapacidad intelectual sobre la que existen pocos estudios e investigaciones. Del mismo modo, el bienestar emocional pese a ser una dimensión fundamental en la calidad de vida de las personas, ha sido recientemente objeto de estudio para la psicología. Si unimos ambos conceptos, los estudios e investigaciones sobre el bienestar emocional en personas con discapacidad intelectual en proceso de vejez son muy escasos. La finalidad principal que persigue este estudio es comprobar si la actual situación de pandemia en la que estamos inmersos ha afectado al bienestar emocional de la usuaria del Centro Ocupacional ADEPAS en la que se centra dicho estudio. Para ello, durante el periodo de prácticas en el Centro Ocupacional ADEPAS (Asociación Pro Ayuda a Deficientes Psíquicos de Asturias) se ha analizado el bienestar emocional y el estado anímico de la usuaria protagonista de este estudio utilizando dos instrumentos de recogida de información. Por un lado, la Escala INICO-FEAPS (Verdugo Alonso *et al.*, 2013) compuesta por dos subescalas, el “Autoinforme” contestado por la usuaria y el “Informe de otras personas” que ha sido completado por la psicóloga del Centro Ocupacional. Por otro lado, la Escala de Depresión Geriátrica (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2002) que ha sido contestada por la usuaria y que recoge información sobre su estado anímico. Finalmente, se han analizado los resultados obtenidos en ambas escalas en el presente año 2021 y se ha hecho una comparación con los resultados obtenidos en el año 2019 en ambas escalas, para comprobar si realmente la pandemia ha afectado al bienestar emocional de esta usuaria en el presente año.

Palabras clave: envejecimiento, bienestar emocional, discapacidad intelectual, Pandemia.

## **Resume**

Currently, aging is a stage in the life of people with intellectual disabilities about which there are few studies and research. In the same way, emotional well-being, despite being a fundamental dimension in people's quality of life, has recently been the object of study for psychology. If we unite both concepts, studies and research on emotional well-being in elderly people with intellectual disabilities are very scarce. The main purpose of this study is to verify whether the current pandemic situation in which we are immersed has affected the emotional well-being of the user of the ADEPAS Occupational Center on which said study is focused. To this end, during the internship period at the ADEPAS Occupational Center (Association Pro Ayuda a Deficient Psíquicos de Asturias) the emotional well-being and state of mind of the user who was the protagonist of this study was analyzed using two information collection instruments. On the one hand, the INICO-FEAPS Scale (Verdugo Alonso *et al.*, 2013) composed of two subscales, the “Self-report” answered by the user and the “Report of other people” that has been completed by the psychologist of the Occupational Center. On the other hand, the Geriatric Depression Scale (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2002), which has been answered by the user and which collects information about her mood? Finally, the results obtained in both scales in the current year 2021 have been analyzed and a comparison has been made with the results obtained in 2019 in both scales, to verify if the pandemic has really affected the emotional well-being of this user in the present year.

Keywords: aging, emotional well-being, intellectual disability, Pandemic.

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. MARCO TEORICO.....	7
3.1. Evolución del concepto de discapacidad .....	7
3.2. Concepto de discapacidad intelectual .....	10
3.3. Discapacidad intelectual y envejecimiento.....	14
3.4. Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.....	16
3.5. Bienestar emocional en personas con discapacidad intelectual.....	18
4. MARCO NORMATIVO.....	20
4.1. Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).....	22
4.2. Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).....	23
4.3. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).....	24
4.4. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto REfundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LGD). .....	25
5. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIAL Y/O INSTITUCIONAL.....	27
6. BIENESTAR EMOCIONAL: ESTUDIO DE CASO ÚNICO.....	31
6.1. Diseño metodológico .....	31
6.2. Objetivos.....	32
6.3. Población y Muestra .....	33
6.4. Procedimientos de recogida de información.....	34
6.4.1 Escala Inico-Feaps.....	35
6.4.2. Escala de Depresión Geriátrica (GDS).....	36
6.5. Desarrollo del proceso .....	37

6.6. Recursos.....	38
7. RESULTADOS DEL ESTUDIO.....	38
7.1. Resultados dimensión Bienestar Emocional.....	39
7.1.1. Escala Inico Feaps: Informe de otras personas.....	39
7.1.2. Escala INICO FEAPS. Autoinforme.....	42
7.2. Resultados Escala de Depresión Geriátrica (GDS).....	47
8. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN .....	50
8.1. Conclusiones.....	50
8.2. Propuesta de Intervención.....	52
9. REFERENCIAS .....	62
10. ANEXOS .....	66

## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Esquema conceptual del funcionamiento humano.....	12
Figura 2: Estructura General Existente Centro Ocupacional ADEPAS.....	28
Figura 3: Organigrama ADEPAS.....	29
Figura 4: Relación entre población y muestra .....	33

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Dimensiones e indicadores de calidad de vida en el modelo de Shalock y Verdugo (2003) .....	17
Tabla 2: Resultados dimensión bienestar emocional S: Informe de otras personas 2021-2019.....	40
Tabla 3: Contraste de puntuaciones dimensión bienestar emocional caso S: Informe de otras personas 2021-2019.....	40
Tabla 4: Resultados dimensión bienestar emocional caso S: Autoinforme 2021-2019.....	43

Tabla 5: Contraste de puntuaciones dimensión bienestar emocional caso S: Autoinforme 2021-2019.....	44
Tabla 6: Resultados Escala de Depresión Geriátrica 2019-2021.....	48
Tabla 7: Cronograma Programa de Intervención meses Septiembre y Octubre 2021.....	55

## 1. INTRODUCCIÓN

El Trabajo Fin de Máster que se presenta a continuación está basado en un estudio de caso único sobre la dimensión de calidad de vida “Bienestar emocional”. Como protagonista del mismo, por acceso y circunstancias personales se ha seleccionado a una usuaria con discapacidad intelectual en proceso de vejez que acude al Centro Ocupacional ADEPAS.

La finalidad principal que persigue dicho estudio es comprobar si la actual situación de pandemia en la que estamos inmersos ha afectado al bienestar emocional de dicha usuaria y para ello, durante el periodo de prácticas en el Centro Ocupacional ADEPAS (Asociación Pro Ayuda a Deficientes Psíquicos de Asturias) se ha analizado el bienestar emocional y el estado anímico de la usuaria protagonista de este estudio utilizando dos instrumentos de recogida de información. Por un lado, la Escala INICO-FEAPS (Verdugo Alonso *et al.*, 2013) compuesta por dos subescalas, el “Autoinforme” contestado por la usuaria y el “Informe de otras personas” que ha sido completado por la psicóloga del Centro Ocupacional. Por otro lado, la Escala de Depresión Geriátrica (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2002) que ha sido contestada por la usuaria y que recoge información sobre su estado anímico. Finalmente, se han analizado los resultados obtenidos en ambas escalas en el presente año 2021 y se ha hecho una comparación con los resultados obtenidos en el año 2019 en ambas escalas, para comprobar si realmente la pandemia ha afectado al bienestar emocional de esta usuaria en el presente año.

En cuanto a la estructura del presente estudio, en primer lugar, nos encontramos con la justificación e interés del mismo. A continuación, encontramos el marco teórico, donde se realiza un análisis de la evolución de los conceptos de discapacidad general y discapacidad intelectual, para centrarse posteriormente en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento, concretamente, en su “Bienestar emocional”. Seguidamente, se presenta el marco normativo que recoge la legislación vigente y derogada en el ámbito de la discapacidad.

A continuación, se dedica un apartado para explicar el contexto social/institucional en el que se enmarca esta investigación, el Centro Ocupacional ADEPAS situado en Noreña-Asturias, del que se realiza una descripción detallada.

En los apartados siguientes, se recoge el desarrollo del estudio de caso único, abarcando su diseño metodológico con todos los aspectos que ello conlleva (objetivos, población y muestra, instrumentos de recogida de información, procedimientos de recogida de información, desarrollo del proceso y recursos). Una vez analizada la información recogida, se presentan los resultados obtenidos y se muestran las conclusiones obtenidas en esta investigación.

Seguidamente, se esboza una propuesta de intervención basada en unas actividades dirigidas a mejorar las necesidades detectadas en el presente estudio y, por tanto, para mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de la usuaria en la que se centra el mismo.

Finalmente, se incluyen el apartado de bibliografía donde aparecen reflejadas todas las fuentes de información consultadas y un apartado de anexos.

## 2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual supone un reto social debido al aumento de la esperanza de vida de este colectivo. Esta es una realidad emergente que se debe a los avances sanitarios y sociales que han ido aconteciendo a lo largo de los años y que ha supuesto una mejora en la calidad de vida de estas personas.

En esta línea, el presente estudio toma como base el **Programa de Buena Vejez** que se desarrolla en el Centro Ocupacional ADEPAS cuyo fin es favorecer que las personas con discapacidad intelectual en proceso de vejez, vivan esta etapa de su vida de forma digna y feliz. En concreto, la investigación que se expone a continuación parte del área emocional de dicho programa y para ello se centra en el concepto de calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, concretamente en una de sus dimensiones, el Bienestar Emocional.

El envejecimiento es una etapa de la vida de las personas con discapacidad intelectual sobre la que existen pocos estudios e investigaciones. Del mismo modo, el bienestar emocional pese a ser una dimensión fundamental en la calidad de vida de las personas, ha sido recientemente objeto de estudio para la psicología. Si unimos ambos conceptos, los estudios e investigaciones sobre el bienestar emocional en personas con discapacidad intelectual en proceso de vejez son muy escasos.

Partiendo de esta realidad y centrándonos en el contexto social de pandemia en el que estamos inmersos, se ha querido conocer si el bienestar emocional de las personas con discapacidad intelectual en proceso de vejez se ha visto afectado por esta nueva realidad social y para ello, se ha aprovechado las prácticas realizadas en el Centro Ocupacional ADEPAS para analizar el bienestar emocional de este colectivo. Finalmente, por acceso y circunstancias personales, se ha centrado este estudio en un caso único con el que se ha trabajado en profundidad.

Posteriormente, una vez desarrollada la investigación y analizados todos los resultados, se han detectado una serie de necesidades en relación al bienestar emocional de la usuaria protagonista del mismo. Para solventar dichas necesidades, el estudio se cierra con una propuesta de intervención compuesta por una batería de actividades cuyo fin es ayudar a mejorar el bienestar emocional y por tanto, la calidad de vida de la usuaria protagonista del mismo y de otros/as compañeros/as del Centro Ocupacional que se encuentren en una situación similar.

### 3. MARCO TEORICO

En este apartado nos centraremos en el marco teórico que sustenta la investigación realizada durante el periodo de prácticas en el Centro Ocupacional ADEPAS con personas con discapacidad intelectual.

Remontándonos muchos años atrás, en las culturas antiguas se creía que la discapacidad se debía a intervenciones relacionadas con “poderes sobrehumanos” o “castigos divinos”. Este tipo de pensamientos provocaban el aislamiento y rechazo de las personas con discapacidad, que eran encerradas en manicomios, una práctica segregadora que se realizaba para alejarlas del resto de la sociedad. Afortunadamente, esta percepción de la discapacidad ha ido cambiando paulatinamente hasta nuestros días.

Para desarrollar este marco teórico, en primer lugar, realizaremos un análisis de la evolución que ha tenido el concepto de discapacidad a lo largo de los años. Posteriormente, nos centraremos en el concepto de discapacidad intelectual y en las peculiaridades que se presentan en estas personas al llegar a la etapa de envejecimiento. Finalmente, abordaremos el concepto de calidad de vida en las personas con discapacidad intelectual, centrándonos en la dimensión bienestar emocional que es el objeto del presente estudio.

#### 3.1. Evolución del concepto de discapacidad

A lo largo de la historia, se han ido produciendo una serie de cambios en la conceptualización de la discapacidad y en la terminología empleada para designar a las personas con discapacidad.

La terminología es la primera barrera en la lucha contra la discriminación, por ello, utilizar términos que no sean despectivos o limitantes a la hora de referirnos a las personas con discapacidad, supone un gran paso para avanzar hacia su inclusión social.

El caos conceptual y terminológico que existía hace años, dio lugar a que la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) decidiera elaborar una clasificación que sería de gran utilidad para aquellas personas que desarrollaran su actividad profesional en el campo de la discapacidad. Así la OMS publica en el año 1980 la “**Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías**”, conocida como CIDDM (Ministerio de Asuntos Sociales, 1997, citado en Berjano Peirats y García Burgos, 2010).



LA CIDDM (OMS 1980, citado en Aparicio Agreda, 2009) “es una clasificación que gira en torno al concepto de enfermedad y en la dificultad que ésta presenta con respecto a la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que socialmente se esperan de él” (p. 130). En este sentido, establece un esquema cuyo principal objetivo es clasificar las consecuencias de la enfermedad en tres niveles: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.

Estos tres conceptos fueron definidos por la OMS en la CIDDM de la siguiente manera:

- **Deficiencia:** es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad:** es toda restricción o ausencia (debida 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:** es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). (Berjano Peirats y García Burgos, 2010, p. 25-26)

Pese al empeño de la OMS por crear una clasificación que contribuyera a la utilización de una nueva terminología positiva en torno a la discapacidad, dicha clasificación recibió múltiples críticas. Como consecuencia de estas críticas, en el año 2001 la OMS publicó una nueva versión de esta clasificación, bajo el nombre “**Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud**”, conocida por sus siglas (CIF) (OMS, 2001).

Esta nueva clasificación, tiene como objetivo central “brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud” (OMS, 2001, p.3).

Por otro lado, uno de los cambios más significativos que introduce esta nueva clasificación, es la sustitución del término hasta ahora utilizado “minusvalía”. Así mismo, ofrece una nueva definición de los términos “deficiencia” y “discapacidad”.

- **Deficiencia:** es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con "anormalidad" se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. La desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.
- **Discapacidad:** es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). (OMS, 2001, p.231)

En nuestro país, estas dos clasificaciones han sido de gran utilidad en el ámbito de la discapacidad. Así mismo, los términos empleados en ellas para referirse a las personas con discapacidad, se han ido incorporando a lo largo de los años en las diferentes legislaciones que tratan este ámbito, tal y como se refleja en el apartado normativo de este estudio.

En la actualidad, siguiendo a Canimas Brugué (2015) disponemos de tres paradigmas para entender la discapacidad: el médico, el social y el biopsicosocial.

**El paradigma médico:** considera la discapacidad como un problema de la persona originado por una enfermedad, trauma o problema de salud. En este sentido, el tratamiento para tratar la discapacidad se centra en alcanzar el mejor cuidado, adaptación y respuesta de la persona ante su situación.

**El paradigma social:** entiende que la discapacidad no es una cualidad de la persona, sino más bien un problema social y político causado por las barreras impuestas por la propia sociedad hacia las personas que no son consideradas “normales”. El tratamiento que se propone desde esta perspectiva, se centra en promover cambios sociales, políticos y culturales para conseguir la plena participación de todas las personas en las diferentes áreas de su vida, sin importar cuales sean sus capacidades.

**El paradigma rehabilitador:** esta perspectiva combina los dos enfoques anteriormente explicados. Esta nueva visión se centra en diferenciar los términos deficiencia y discapacidad, entiendo el primero de ellos como una anomalía en las funciones corporales de la persona que dificulta la realización de actividades básicas. Por otro lado, entiende la discapacidad como la interacción de la deficiencia con el mundo.

Por otro lado, si nos centramos en el análisis del término discapacidad, existen autores que rechazan su utilización por reflejar una condición negativa. En esta línea, siguiendo a Rodríguez Díaz y Ferreira (2010):

El simple concepto alude a una falta, una carencia, una condición negativa; el concepto cualifica a ciertas personas que se entiende que carecen de algo que la mayoría de las personas, las no discapacitadas, sí poseen: se las califica, así, como deficitarias, por tanto imperfectas, en consecuencia, sujetas a una desviación respecto de cierta “normalidad. (p.290)

En esta línea, el término discapacidad es el último de una larga sucesión de expresiones negativas y despectivas utilizadas para referirse a este colectivo a lo largo de los años, tales como “idiotas”, “subnormal”, “retrasado”, “minusválido” y un largo etc. Dichos conceptos son el reflejo del desprecio, segregación y exclusión que este colectivo de personas ha sufrido a lo largo de la historia.

Siguiendo esta misma línea, con el fin de dejar atrás connotaciones negativas aplicadas a las personas con discapacidad, surge en el año 2005 a través del Foro Vida Independiente (FVI) un nuevo término, “diversidad funcional”.

Con el fin de ir más allá del modelo médico y social, surge el modelo de diversidad funcional. Este modelo considera que las personas no tienen una deficiencia o discapacidad, sino más bien una diversidad que les lleva a ser víctimas de exclusión y marginación.

Según Romañach Cabrero y Lobato (2007):

El término “diversidad funcional” se ajusta a una realidad en la que una persona funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad. Este término considera la diferencia del individuo y la falta de respeto de las mayorías, que en sus procesos constructivos sociales y de entorno, no tienen en cuenta esa diversidad funcional. (p.325)

Este nuevo concepto ofrece una nueva visión positiva alejada de nomenclaturas negativas. En la actualidad, este término se ha ido integrando en el ámbito educativo y social, sin embargo, aún queda mucho camino por recorrer para alcanzar el respeto, la igualdad y la plena inclusión de las personas con diversidad.

### 3.2. Concepto de discapacidad intelectual

A lo largo de los años, al igual que ha ocurrido con el concepto general de discapacidad, para llegar a lo que hoy se conoce bajo el concepto “discapacidad intelectual”, se ha recorrido un largo trayecto motivado por la existencia de diferentes enfoques y paradigmas de intervención.

Puig de la Bellacasa (1990, citado en Berjano Peirats y García Burgos, 2010) establece la existencia de tres modelos o etapas en la atención de las personas con discapacidad:

**Modelo tradicional:** La sociedad mantiene una actitud tradicional de marginación hacia las personas con discapacidad. Desde esta concepción, las personas con discapacidad son consideradas personas dependientes que están sometidas al criterio de sus cuidadores.

**Paradigma de la Rehabilitación:** desde esta percepción, el problema se centra en el individuo y en sus deficiencias y dificultades para integrarse en la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de personas. Desde este modelo, se busca la rehabilitación del individuo con discapacidad por medio de la intervención de diferentes profesionales.

**Paradigma de la Autonomía Personal:** aparece con la finalidad de luchar por la defensa de los derechos civiles de colectivos marginados socialmente. En España, se inicia con la promulgación de la Constitución de 1978 y de la posterior legislación que lucha por la integración de las personas con discapacidad en la sociedad.

Un año más tarde, Casado (1991, citado en Berjano Peirats y García Burgos, 2010) propone cuatro etapas en la atención a las personas con discapacidad intelectual:

- **La integración utilitaria:** Se refiere a que tradicionalmente se aceptaba a las personas con discapacidad con menoscabo y con una resignación providencialista o fatalista. Se situaba a estas personas en el hogar, o se intentaba que colaboraran en alguna empresa de tipo familiar, surgiendo en algunos casos verdaderas situaciones de explotación.

- **La exclusión aniquiladora:** Se encierra al sujeto en el domicilio o en un lugar oculto a las demás personas.
- **La atención especializada y tecnificada:** Se trata de una etapa en la que dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios.
- **La accesibilidad:** Esta última etapa, que recoge los movimientos actuales e inmediatos referidos a la integración de las personas en un ambiente comunitario a fin de desarrollar sus capacidades de forma autónoma, tiene sus inicios en el proceso de “normalización” en el que se postula que las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como los demás. (p.39)

Tradicionalmente, en nuestro país uno de los términos más empleados ha sido “retraso mental”. La definición de este concepto y su clasificación han sido abordadas a lo largo de los años por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM). Dicha asociación, goza de un gran reconocimiento en el ámbito de la discapacidad fruto del profundo trabajo de investigación en el retraso mental. Desde su fundación en el año 1876, una de sus principales metas ha sido conseguir una delimitación terminológica clara y no discriminatoria de las personas con retraso mental, de ahí que a lo largo de sus 11 ediciones haya ido modificando la terminología, hasta alcanzar lo que hoy conocemos como “discapacidad intelectual”.

En el año 1992, se recoge la siguiente definición de retraso mental en la novena edición de la AARM:

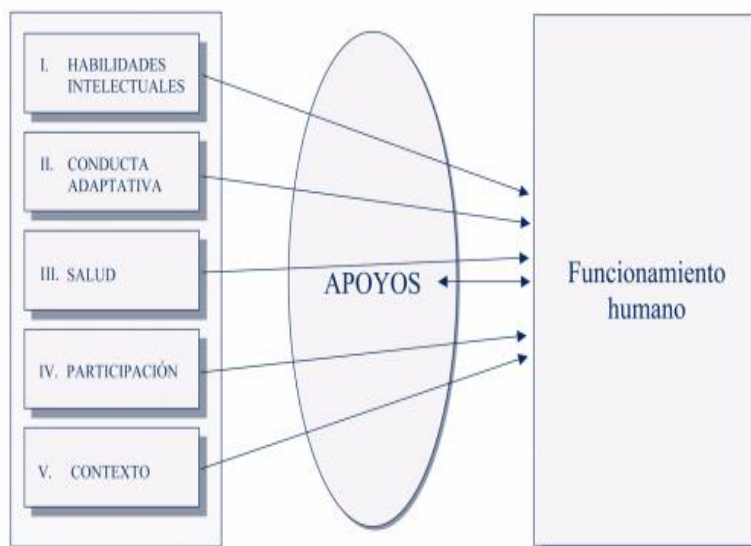
El retraso mental hace referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años. (Citado en Berjano y García, 2010, p.31)

Esta definición se alejaba del paradigma tradicional que consideraba el retraso mental como una característica del individuo, para plantar un punto de vida diferente basado en la interacción de la persona en su contexto. En esta línea, la AARM establece cuatro dimensiones para entender el concepto de “retraso mental”: funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas, condiciones psicológicas y emocionales, condiciones físicas y de salud y finalmente, condiciones ambientales.

Diez años más tarde de esta novena edición, en el año 2002 la AARM publica su décima edición en la que realiza una revisión y mejora de la propuesta de la edición anterior. Siguiendo a Egea García y Sarabia Sánchez (2004), la nueva definición de retraso mental dice así: “El retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años.” (p. 14-15)

Esta nueva definición propone un modelo teórico multidimensional tal y como se muestra en la figura 1.

Figura 1: Esquema conceptual del Funcionamiento humano.



Fuente: Verdugo Alonso y Schalock (2010.p.17).

Este esquema representa las cinco dimensiones que intervienen el funcionamiento humano, las cuales, con los apoyos necesarios, favorecen un funcionamiento adecuado. Siguiendo a Verdugo Alonso y Schalock (2010) dichas dimensiones son:

- **Habilidades intelectuales:** capacidad mental general que incluye razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia.
- **Conducta adaptativa:** el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que se han aprendido y se practican por las personas en su vida cotidiana.
- **Salud:** un estado de completo bienestar físico, mental y social.
- **Participación:** el desempeño de la persona en actividades reales en ámbitos de la vida social que se relaciona con su funcionamiento en la sociedad; la participación se refiere a los roles e interacciones en el hogar, trabajo, ocio, vida espiritual, y actividades culturales.
- **Contexto:** las condiciones interrelacionadas en las que viven las personas su vida cotidiana; el contexto incluye factores ambientales (por ejemplo, físico, social, actitudinal) y personales (por ejemplo, motivación, estilos de afrontamiento, estilos de aprendizaje, estilos de vida) que representan el ambiente completo de la vida de un individuo. (p.11)

Así mismo, Siguiendo a Egea García y Sarabia Sánchez (2004), se definen los apoyos como “Recursos y estrategias que persiguen promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual. Los servicios son un tipo de apoyo proporcionado por los profesionales y agencias” (p.18).

En el año 2006 la AARM modifica su nombre y pasa a llamarse Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD). Así mismo, también realiza una modificación en la terminología que utilizaba y en el año 2010 en su 11ª edición, cambia el término “retraso mental” por lo que hoy se conoce como “discapacidad intelectual”. Este concepto se define como: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (AAIDD 2011, citado en Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra, 2021).

Esta definición va acompañada de cinco premisas que ayudan a entender el contexto en el que se plantea y a su vez indican cómo debe ser aplicada:

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
3. En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.
4. Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
5. Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad. (Verdugo, 2002, p.4-5)

Finalmente, siguiendo a Stefanini (2004, citado en Cutiño Quinteros *et al.*, 2009) la Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea una clasificación psicopedagógica de la discapacidad intelectual basada en cinco tipos:

- **Discapacidad Intelectual límite:** Su Coeficiente Intelectual está entre 68-85. En la realidad cuesta catalogarlos como Discapacitados Intelectuales, ya que son personas con muchas posibilidades, que manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje.
- **Discapacidad Intelectual ligera:** Su Coeficiente Intelectual está entre 52-68. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación y, tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras.

- **Discapacidad Intelectual moderada o media:** Su Coeficiente Intelectual se sitúa entre 36-51. Pueden adquirir hábitos de autonomía personal y social. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales.
- **Discapacidad Intelectual severa:** Su Coeficiente Intelectual se sitúa entre 20-35. Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor.
- **Discapacidad Intelectual profunda:** Su Coeficiente Intelectual es inferior a 20. Presentan un grave deterioro en los aspectos sensorio-motrices y de comunicación con el medio.

### 3.3. Discapacidad intelectual y envejecimiento.

Hoy en día, el proceso de envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual aparece como un problema social que ha emergido en las últimas décadas, debido al aumento de la esperanza de vida de este colectivo gracias a los avances sociales, sanitarios, etc.

Cuando se habla de las personas con discapacidad intelectual es necesario tener en cuenta la heterogeneidad de este colectivo, es decir, no se puede concebir a este grupo de forma unitaria, sino que es necesario tener en cuenta que cada persona con discapacidad presenta un grado y unas características individuales cuya atención requerirá unos apoyos específicos. La diversidad del colectivo de personas con discapacidad intelectual se extiende a todas las etapas vitales de la vida de estas personas, por ello, la etapa de vejez se ha de entender como un proceso que varía en función de cada persona.

En esta línea, siguiendo a del Barrio *et al.* (2016) el envejecimiento debe entenderse como un proceso que engloba múltiples aspectos biológicos, psicológicos y sociales, cuya interacción constituye el factor más importante en la adaptación o inadaptación de las personas con discapacidad intelectual que envejecen.

Así mismo, el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual puede verse influido por una serie de características. Siguiendo a Berjano Peirats y García Burgos (2010) dichas características son las siguientes:

- En las personas con discapacidad intelectual el proceso de envejecimiento se presenta con mayor rapidez que en la población general.
- El proceso de envejecimiento se inicia en la población general entre los 65-70 años, mientras que en las personas con discapacidad intelectual aparece entre los 45-50 años.
- En las personas con discapacidad intelectual el proceso de envejecimiento se encuentra supeditado a las vivencias que ha tenido la persona a lo largo de su vida.

- El proceso de envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual se manifiesta de diversas formas.
- En las personas con discapacidad intelectual se intensifican los problemas de salud derivados del proceso de envejecer.
- A diferencia de la población general que goza de unos servicios sociosanitarios bien delimitados durante su proceso de envejecimiento, las personas con discapacidad intelectual en esta etapa no cuentan con los recursos necesarios para su adecuada atención.
- Dificultad para diagnosticar y evaluar a las personas con discapacidad intelectual debido a la falta de instrumentos para desarrollar tal fin.
- En España se carecen de estudios que permitan investigar los diferentes problemas derivados del proceso de envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual.(p.51-52)

Por otra parte, siguiendo de nuevo a los autores Berjano Peirats y García Burgos (2010) durante el proceso de envejecimiento las personas con discapacidad al igual que el resto experimentan una serie de cambios en sus vidas. Estos cambios son los siguientes:

- Cambios físicos: arrugas, canas, pérdidas de cabello. Deterioro de las funciones sensoriales y perceptivas (pérdida de vista, oído...), problemas respiratorios o cardiovasculares, disminución de la fuerza y tendencia a coger peso.
- Cambios a nivel cognitivo: dificultad para mantener la atención, aprender nuevas habilidades y aprendizajes, pérdidas de memoria, disminución de la atención, disminuye la capacidad de retención, las habilidades lingüísticas, comprensivas y dificultad para realizar tareas cotidianas.
- Cambios a nivel emocional: disminución de la autoestima, cambios en las rutinas diarias, en el estado anímico, miedo ante enfermedades, inseguridad, síntomas depresivos... etc.
- Cambios a nivel social: ausencia de apoyo o interacción con el grupo de iguales, cambios en las actividades rutinarias. En este sentido, son necesarios los apoyos socio-sanitarios para que las personas mayores envejecan con dignidad.

Para finalizar, el incremento en la longevidad del colectivo de personas con discapacidad es un desafío que tiene la sociedad hoy en día en materia de envejecimiento. La atención a este colectivo en esta etapa de sus vidas supone un reto tanto para el desarrollo de políticas de servicios sociales como para el campo de investigación y atención, ya que existe un conocimiento escaso sobre las características y necesidades que las personas con discapacidad intelectual presentan a lo largo de su vida y en particular durante el proceso de vejez.

En este sentido, para favorecer un mejor proceso de envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual, tanto las familias como los profesionales que trabajen con este colectivo deben tener en cuenta una serie de recomendaciones.



Siguiendo a Flórez (s.f., citado en del Barrio *et al.*, 2016) algunas de esas recomendaciones a tener en cuenta para la atención de calidad de estas personas son:

- Esforzarse en conservar sus habilidades, sobre todo las que afectan a su propia dignidad (comida, aseo personal), más que enseñarle otras nuevas.
- Reducir al mínimo los cambios en el ambiente y en la rutina diaria.
- Simplificar las rutinas y reducir las posibilidades de elección para minimizar la ansiedad y la frustración.
- Tener paciencia, volver a dirigir y que las órdenes verbales sean sencillas, que se note que toda la atención va dirigida a apoyar.
- Mantener su conciencia en lo posible, trayéndole recuerdos y conversando sobre experiencias pasadas. (p.53)

### **3.4. Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.**

El concepto de “calidad de vida” se utiliza con mucha frecuencia en el ámbito de la discapacidad intelectual para realizar una evaluación de resultados y promover los servicios adecuados para cubrir las necesidades de este colectivo. Por tanto, es un concepto estrechamente vinculado a la atención de las personas con discapacidad intelectual.

Siguiendo a Schalock y Verdugo (2007), el concepto de calidad de vida se define como: "un estado deseado de bienestar personal que es multidimensional, tiene propiedades éticas, universales, y énicas, ligadas a la cultura, tiene componentes objetivos y subjetivos y está influenciada por factores personales y ambientales" (p.22).

El modelo de calidad de vida más consensuado es el propuesto por Schalock y Verdugo en 2003, que se configura a través de dimensiones, indicadores y resultados personales. Siguiendo a Schalock y Verdugo (2003, citado en Verdugo Alonso *et al.*, 2013):

- Las dimensiones básicas de calidad de vida se entienden como “un conjunto de factores que componen el bienestar personal” (p.16).
- El concepto de indicador como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” (p.17).
- Por último, se realiza una evaluación de la situación de cada persona con discapacidad intelectual a partir de los resultados personales obtenidos en cada dimensión. Estos resultados se definen como “aspiraciones definidas y valoradas personalmente” (p.17).

En este modelo las dimensiones son ocho y aparecen recogidas en la tabla 1 junto con los indicadores que las componen:

Tabla 1: Dimensiones e indicadores de calidad de vida en el modelo de Shalock y Verdugo (2003).

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	Salud Atención medica Actividades de la vida diaria ocio Nutrición Movilidad
<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>	Ambiente residencial Apoyos inclusión social Actividades de voluntariado Roles
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	Bienestar psicológico Satisfacción Salud Mental Autoconcepto
<b>DESARROLLO PERSONAL</b>	Competencia personal Educación habilidades
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	Apoyos Interacciones Amistades
<b>DERECHOS</b>	Derechos
<b>BIENESTAR MATERIAL</b>	Empleo Nivel socioeconómico Vivienda finanzas
<b>AUTODETERMINACIÓN</b>	Autonomía Elecciones Metas/ Valores personales

Fuente: Berjano Peirats y García Burgos (2010,p.47).

Cuando en la propia familia o círculo social cercano hay una persona con discapacidad intelectual es necesario adquirir un nivel de compromiso para que esa persona con independencia de su edad, se desarrolle y viva de forma adecuada. Para ello, es fundamental ofrecerle la atención y apoyos que requiera para que pueda disfrutar de la mayor calidad de vida posible.

En esta línea, en el ámbito de la discapacidad el concepto de calidad de vida se establece como un eje central para el desarrollo de intervenciones de apoyo y orientación. Así mismo, también es un indicador de gran utilidad para valorar acciones y programas cuyo fin es atender las necesidades detectadas en las personas mayores con discapacidad intelectual.

Centrándonos en la etapa de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual y siguiendo a Flórez (s.f., citado en del Barrio *et al.*, 2016):

La calidad del envejecimiento de una persona en general, y de una persona con discapacidad intelectual en particular, depende en buena parte de la calidad que haya tenido a lo largo de su vida, del grado en que su vida haya tenido un proyecto y éste haya sido seguido con constancia. Cuanto más se haya poseído, más retendrá o más se tardará en perderlo. Y esto sirve para conseguir que continúen en la realización de algunas actividades, en el arreglo personal, en el mantenimiento de la comunicación, etc. (p.54)

En este sentido, del Barrio *et al.* (2016), con respecto a las personas con discapacidad intelectual en proceso de vejez, señalan que “tenemos que tener muy presente que independientemente de la edad mental o del nivel de habilidades que hayan alcanzado, siguen gozando del beneficio de vivir y de aprender” (p.54).

Finalmente, para hablar sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual en proceso de vejez, es fundamental contar en la medida de lo posible con la propia percepción que tiene cada una de estas personas sobre su propio envejecimiento. De este modo, los programas, actividades e intervenciones que se realicen con este colectivo durante esta etapa de su vida responderán a las necesidades detectadas por las propias personas con discapacidad. Este es un aspecto que se ha tenido en cuenta a la hora de elaborar el presente estudio, por ello, se ha contado con la participación en primera persona de la usuaria, a la que denominaremos S, del Centro Ocupacional ADEPAS para conocer su bienestar emocional.

### **3.5. Bienestar emocional en personas con discapacidad intelectual**

La psicología recientemente ha puesto interés en el bienestar emocional como objeto relevante de estudio. En esta línea, centrandó la atención en las personas con discapacidad intelectual, las investigaciones referidas al bienestar emocional de este colectivo son muy escasas.

Siguiendo a Dickens (2006, citado en Paredes, 2010), tradicionalmente se ha hecho una valoración de la discapacidad intelectual desde una perspectiva negativa, centrandó los esfuerzos en reducir las limitaciones desde las condiciones externas de este colectivo. Desde esta perspectiva, los aspectos emocionales y afectivos han recibido muy poca atención pese a tratarse de experiencias cotidianas en las personas con discapacidad intelectual.

En esta línea y siguiendo a Paredes (2010):

El bienestar emocional es una dimensión clave e irremplazable de la calidad de vida (Arostegui, 2002; Schalock y Verdugo, 2003). Es obligado, por tanto, tener en cuenta esta dimensión personal y subjetiva en el diseño y realización de los planes de apoyo orientados a potenciar el desarrollo personal y las competencias del individuo. Para ello es preciso contar con instrumentos de medida capaces de valorar las distintas situaciones emocionales en las que pudiera estar inmersa la persona. (p.52)

Partiendo de esta base, este estudio se ha centrado en conocer el bienestar emocional de una usuaria del centro Ocupacional ADEPAS con discapacidad intelectual en proceso de vejez, ante un contexto social de pandemia provocado por el Covid-19. Para realizar este estudio se emplearán dos escalas, una para medir la dimensión de calidad de vida “bienestar emocional” y otra que servirá para conocer el estado anímico de la usuaria.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bienestar emocional se define como “un estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad” (Bienestando, 2020).

El bienestar emocional como su propio nombre indica va muy ligado a las emociones que se definen del siguiente modo:

Las emociones son mecanismos que nos sirven para reaccionar rápidamente ante los acontecimientos que tienen lugar en nuestro día a día. Son impulsos automáticos para que actuemos según el entorno y tienen como misión que logremos adaptarnos a todo lo que nos sucede (Bienestando, 2020).

La expresión de las emociones en las personas está muy ligada a la funcionalidad del lenguaje. Centrándonos en las personas con discapacidad intelectual, muchas de ellas tienen problemas para comunicarse, lo que genera importantes limitaciones para que estas puedan expresar o percibir sus propias emociones y las de las demás personas.

En esta línea, siguiendo la Guía “Buenas Prácticas en la atención a personas con discapacidad intelectual” elaborada por el Centro de Documentación y Estudios SIIS (2012) los estudios apuntan que las personas con discapacidad intelectual:

- Tienen cierta dificultad para adaptarse a emociones muy intensas, las cuales, suelen generar en estas personas confusión.
- Presentan dificultad a la hora de percibir, reconocer y comprender las emociones que los demás transmiten a través de sus expresiones faciales.
- Presentan cierta dificultad a la hora de percibir sus propias emociones.
- Para el resto de personas, resulta difícil detectar las emociones de las personas con discapacidad intelectual, debido a la dificultad de estas últimas para expresar lo que están sintiendo.

Para facilitar la detección de problemas en el bienestar emocional de las personas con discapacidad intelectual **leve o moderada**, se puede recurrir al uso de instrumentos como los autoinformes en los que la propia persona informa de sus propias emociones. Así mismo, siguiendo a Helm (2000, citado en Paredes, 2010):

Las limitaciones para comunicar a otros un estado afectivo personal no eliminan en sí mismo el evento privado ni su experiencia conductual, la observación parece ser el procedimiento metodológico más adecuado para abordar el estudio de las emociones en las personas con discapacidad intelectual moderada o grave. (p.53)

En esta investigación haremos uso tanto de la técnica de observación como del autoinforme, para obtener información sobre el bienestar emocional de la usuaria del Centro Ocupacional ADEPAS en la que se centra este estudio.

Por otro lado, en las personas que presentan discapacidad intelectual **severa, profunda y múltiple** es más complicada la detección de sus emociones, sin embargo, ciertas conductas pueden indicar cambios en su bienestar emocional, como por ejemplo, cambios de apetito, en la expresión facial, autolesiones, aislamiento, llanto...etc.

Para finalizar este apartado, insistimos en que es fundamental trabajar el bienestar emocional y las competencias emocionales con las personas con discapacidad intelectual, no solo para que sean capaces de percibir y expresar sus emociones y las de los demás, sino porque es una oportunidad de sentirse escuchadas, valoradas y apoyadas en las distintas situaciones que se van desarrollando en su vida diaria; de este modo también se empodera a este colectivo.

#### **4. MARCO NORMATIVO**

Antes de iniciar el desarrollo del presente estudio, es fundamental conocer la legislación vigente en el tema que se va tratar. Por ello, en este apartado se recogerán los diferentes textos legislativos que actualmente se encuentran vigentes y aquellos que han sido derogados, pero que han sido de vital importancia para entender la concepción y atención de las personas con discapacidad.

Uno de los hitos importantes en España ha sido la promulgación de la **Constitución Española en el año 1978**. En el ámbito de la discapacidad, cobra especial relevancia ya que con ella se inicia un largo camino en el tratamiento jurídico y social de las personas con discapacidad en nuestro país.

Haciendo una revisión exhaustiva de este documento, destacamos el Artículo 9.2 que establece que todos los españoles son iguales ante la ley:

Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. (Constitución Española, 1978)

Así mismo, en el Artículo 49 recoge lo siguiente:

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos. (Constitución Española, 1978)

En ambos artículos se hace hincapié en la labor de los poderes políticos para el desarrollo de una política integradora. En este sentido, siguiendo a Berjano Peirats y García Burgos (2010):

Comienza a perfilarse el principio de integración como la necesidad de adaptación del entorno al sujeto (adaptaciones curriculares en la escuela, accesibilidad al puesto de trabajo, etc.) desplazando del sujeto a su medio el peso central para el proceso de incorporación de las personas con discapacidad. (p.24)

En esta línea, una vez que el colectivo de personas con discapacidad aparece reflejado en la Constitución de nuestro país, comienzan a sucederse una serie de medidas legislativas para regular sus derechos. Dichas medidas ordenadas cronológicamente son las siguientes:

- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LGD).

En la actualidad, siguen vigentes la LAPAD (2006) y la LGD (2013). Sin embargo, es oportuno hacer un análisis de las cuatro medidas legislativas para conocer que aportaciones han supuesto cada una de ellas en el ámbito de la discapacidad.

#### **4.1. Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).**

En el año 1982, se aprueba la presente ley sentando así definitivamente en nuestro país las bases de la integración de las personas con discapacidad. Siguiendo a Verdugo *et al.* (2001): “la LISMI, es la primera Ley en España que establece una serie de derechos sociales para las personas con discapacidad. Esta Ley se configura como una ley marco estableciendo como tal las pautas de actuación en materia de discapacidad” (p.3).

Así mismo, como señalan estos autores, es una ley referente al ser pionera en la formulación de los derechos sociales de las personas con discapacidad, siendo a su vez, el primer texto legislativo en el que se define qué es una persona con discapacidad, utilizando el término “minusválido”.

En este sentido, la presente ley establece en su Artículo 7 que se entenderá por minusválido “Toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidos como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales” (Ley 13 de 1892).

Por otro lado, los principios generales de esta ley se centran en la realización personal e integración social de las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos de su vida. Uno de estos ámbitos es el laboral, ya que hasta entonces las personas con discapacidad habían sido excluidas del mercado laboral, pese a que el trabajo viene recogido como un derecho reconocido en el Artículo 35 de la Constitución Española. Teniendo en cuenta esta realidad, el título VII de la presente ley recoge una serie de artículos sobre la integración laboral de las personas con discapacidad.

En esta línea, el Artículo 37 establece:

Será finalidad primordial de la política de empleo de trabajadores minusválidos su integración en el sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, su incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido que se menciona en el artículo cuarenta y uno. (Ley 12 de 1892)

Así mismo, el Artículo 41 mencionado con anterioridad, recoge tres apartados:

Uno. Los minusválidos que por razón de la naturaleza o de las consecuencias de sus minusvalías no puedan, provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales, deberán ser empleados en centros Especiales de Empleo, cuando su capacidad de trabajo sea igual o superior a un porcentaje de la capacidad habitual que se fijará por la correspondiente norma reguladora de la relación laboral de carácter especial de los trabajadores minusválidos que presten sus servicios en Centros Especiales de Empleo.

Dos. Cuando la capacidad residual de los minusválidos no alcanzara el porcentaje establecido en el apartado anterior, accederán en su caso a los Centros Ocupacionales previstos en el título VIII de esta Ley.

Tres. Los equipos multiprofesionales de valoración previstos en el artículo diez determinarán, en cada caso, mediante resolución motivada, las posibilidades de integración real y la capacidad de trabajo de los minusválidos a que se refieren los apartados anteriores. (Ley 12 de 1892)

En definitiva, esta ley estableció una serie de medidas para intervenir por el cumplimiento de los derechos constitucionales de las personas con discapacidad en nuestro país. Se mantuvo vigente hasta el 2013, año en el que se actualiza la legislación y se aprueba lo que se conoce actualmente como la Ley General de Discapacidad (LGD).

#### **4.2. Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).**

En el año 2003, se aprueba la presente ley complementaria a la LISMI, con el fin de renovar e impulsar las políticas de igualdad dirigidas a las personas con discapacidad.

En la exposición de motivos del documento, aparecen reflejadas las razones que justifican la presente ley, siendo estas la persistencia de las desigualdades en la sociedad y los cambios efectuados a la hora de entender el concepto de discapacidad.

Centrándose en la primera razón, establece que las desventajas de las personas con discapacidad tienen su origen en las dificultades de la propia persona, pero también en los obstáculos que la propia sociedad pone para que estas personas participen en ella de forma plena como el resto de ciudadanos.

Desde esta perspectiva, la ley diseña y pone en marcha dos nuevas estrategias que actúan conjuntamente “la lucha contra la discriminación” y “la accesibilidad universal”. Dichas estrategias junto con las acciones positivas que proponía la LISMI, se centran en garantizar y reconocer el derecho a la **igualdad de oportunidades** de las personas con discapacidad en los diversos ámbitos de la vida: político, social, cultural y económico.

Para alcanzar este propósito, la ley se inspira en los principios de las políticas en materia de discapacidad, como por ejemplo el de normalización, que se define como “el principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona” (Ley 51 de 2003), propuestos para alcanzar la igualdad de oportunidades y no discriminación.



En la actualidad, pese a que esta ley se encuentra derogada, ha ayudado en la lucha por la inclusión social de las personas con discapacidad y en la defensa de este colectivo y está incluida en el texto refundido de la LGD.

#### **4.3. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).**

En el año 2006, se aprueba esta ley que aún sigue vigente en la actualidad, centrando su actuación principalmente en la promoción de la **autonomía personal** y en la **atención** de aquellas personas que se encuentren en situación de dependencia.

El reto al que se enfrentan los poderes públicos es atender a las necesidades de aquellas personas que por su situación de vulnerabilidad o dependencia, requieren de apoyos para realizar las actividades básicas de la vida diaria y también, para alcanzar su autonomía personal en igualdad de oportunidades.

Como novedad, la LAPAD es la primera ley que define en su Artículo 2 que se entiende por **dependencia**:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (Ley 39 de 2006)

Así mismo, en el Artículo 26 se clasifica la situación de dependencia en los siguientes grados:

**Grado I.** Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

**Grado II.** Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

**Grado III.** Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. (Ley 39 de 2006).

Por otro lado, se crea el **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**, que aparece reflejado en el Artículo 6 de la presente ley:

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantiza las condiciones básicas y el contenido común a que se refiere la presente Ley; sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia; optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos. (Ley 39 de 2006)

Finalmente, la ley reconoce dos tipos de prestaciones; los servicios y las ayudas económicas, que serán definidas en función del grado de dependencia y según lo establecido por ley.

#### **4.4. Real Decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LGD).**

En el año 2013, con la aprobación del Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en el presente texto y en particular, por integrarse en el mismo:

- La Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad.
- La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- La Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

En el Artículo 1, se recoge el objeto de esta ley en dos apartados:

- a) Garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución Española y a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.

b) Establecer el régimen de infracciones y sanciones que garantizan las condiciones básicas en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (Real Decreto 1 de 2013)

Por otro lado, un cambio significativo que incluye esta ley es la definición de **discapacidad** sustituyendo el término “**minusvalía**” que se empleaba en la LISMI. En este sentido, en el Artículo 2 establece que la discapacidad “Es una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Real Decreto 1 de 2013).

Así mismo, otra novedad que incluye la presente ley es la definición del concepto “**inclusión social**”. Dicho concepto, también viene reflejado en el Artículo 2 del siguiente modo:

Es el principio en virtud del cual la sociedad promueve valores compartidos orientados al bien común y a la cohesión social, permitiendo que todas las personas con discapacidad tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar plenamente en la vida política, económica, social, educativa, laboral y cultural, y para disfrutar de unas condiciones de vida en igualdad con los demás. (Real Decreto 1 de 2013)

En esta línea, en el Artículo 13 hace referencia a la **atención integral** de las personas con discapacidad, definiendo este concepto como:

Se entiende por atención integral los procesos o cualquier otra medida de intervención dirigidos a que las personas con discapacidad adquieran su máximo nivel de desarrollo y autonomía personal, y a lograr y mantener su máxima independencia, capacidad física, mental y social, y su inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, así como la obtención de un empleo adecuado. (Real Decreto 1 de 2013)

Finalmente, en relación al contexto donde se ha realizado el presente estudio, en este caso el Centro Ocupacional de ADEPAS, cabe destacar lo que la ley establece sobre los **centros ocupacionales** en su Artículo 52:

Los centros ocupacionales tienen como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a las personas con discapacidad con el objeto de lograr su máximo desarrollo personal y, en los casos en los que fuera posible, facilitar su capacitación y preparación para el acceso al empleo.

Igualmente prestarán estos servicios a aquellos trabajadores con discapacidad que habiendo desarrollado una actividad laboral específica no hayan conseguido una adaptación satisfactoria o hayan sufrido un empeoramiento en su situación que haga aconsejable su integración en un centro ocupacional. (Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre, art. 52)

## 5. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIAL Y/O INSTITUCIONAL

El presente estudio se ha realizado durante el periodo de prácticas del Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa, realizadas en el Centro Ocupacional ADEPAS (Asociación Pro Ayuda a Deficientes Psíquicos de Asturias), situado en el concejo asturiano de Noreña, concretamente en la calle Camino del Peregrino nº9.

Esta asociación fue creada en el año 1964 gracias a la donación realizada por la familia Rionda, con el fin de visibilizar a las personas con discapacidad intelectual y prestarles todos los apoyos y servicios necesarios para que pudieran desarrollarse y formarse.

El Centro Ocupacional Adepas pertenece a FEAPS Asturias (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual), denominada actualmente Plena Inclusión. Así mismo, el servicio de Centro Ocupacional está inscrito en el Registro de Centros de Atención de Servicios Sociales y se encuentra autorizado para funcionar como Centro de Atención a personas con discapacidad intelectual en la modalidad de **Centro de Apoyo a la Integración**, denominado CAI ADEPAS NOREÑA desde septiembre del año 2009.

Este centro se concibe como un espacio integrador que favorece la participación de las personas con discapacidad intelectual en la sociedad, accediendo a los recursos que ofrece la comunidad en función de sus posibilidades, para que puedan desarrollar su vida en un ambiente normalizado.

El centro tiene un horario habitual de servicio de 10:00 a 16:00 horas, abriendo todo el año de lunes a viernes, salvo períodos vacacionales: Semana Santa y Navidades. Con respecto a la distribución de espacios, el centro cuenta con dos edificios anexos, pero con acceso independiente denominados “Edificio Histórico” y “Edificio de Talleres”.

El “Edificio Histórico” constituye el edificio principal y se compone de dos plantas:

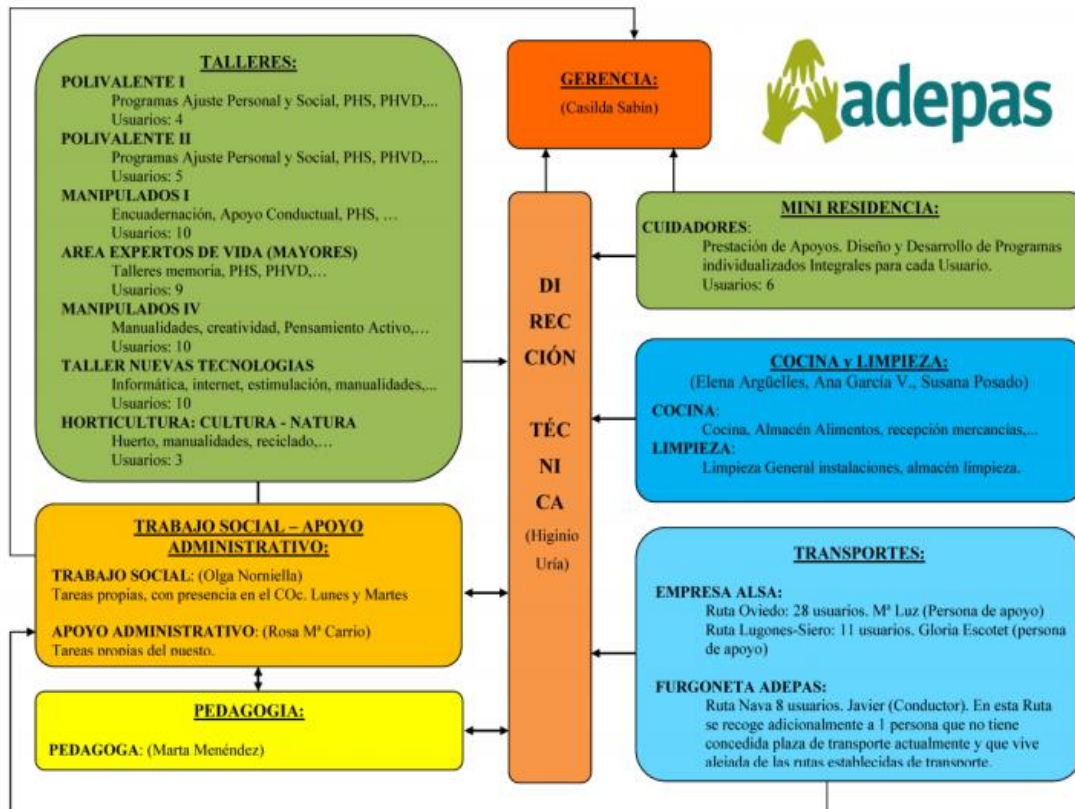
- La planta baja es la más grande de superficie y se encuentra distribuida de la siguiente manera:
  - Hall de entrada.
  - Cocina y almacén de cocina.
  - Aseos para mujeres y hombres.
  - Despachos (dirección, trabajadora social, auxiliar administrativo...).
  - Zona Residencial.
  - Galería de Ocio y descanso.
- La planta alta está destinada a la zona residencial. Actualmente se compone de seis dormitorios y tres aseos.

Por otro lado, situado en frente al “Edificio Histórico” se encuentra el “Edificio de Talleres”, dedicado a la realización de talleres y actividades diversas. Este edificio se compone de tres plantas que se comunican desde el interior y que cuentan con salidas al exterior independientes. A continuación, explicamos su distribución:

- Planta baja: consta de varios espacios donde se desarrollan los talleres de actividades.
- Planta Intermedia: cuenta con unos espacios destinados a ser los vestuarios de los usuarios/as, además tiene un pabellón de deportes que se utiliza esporádicamente.
- Planta Alta: compuesta por varias salas donde se desarrollan los talleres polivalentes. Cuenta con dos salidas al exterior y al patio central, donde se produce el punto de reunión.

En cuanto al modelo organizativo, el centro cuenta con una estructura general existente que aparece reflejada en la figura 2.

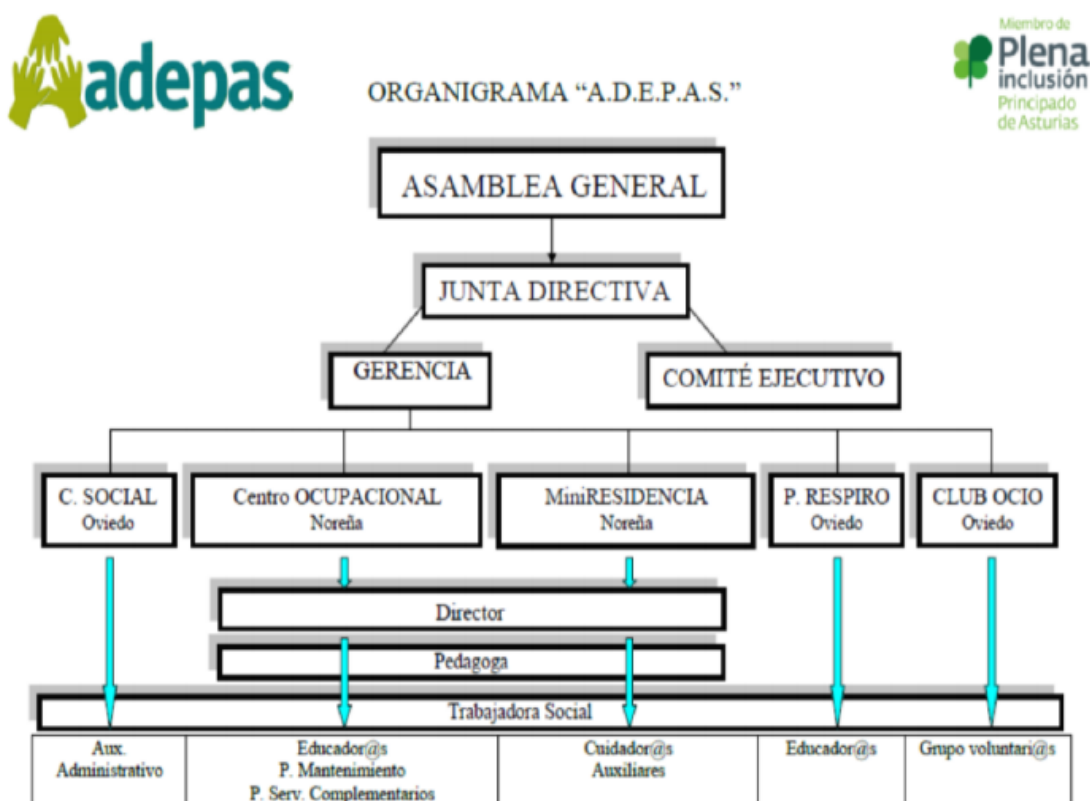
Figura 2: Estructura General Existente Centro Ocupacional ADEPAS.



Fuente: Documentación interna ADEPAS (2021.p.5).

Así mismo, actualmente el centro cuenta con una plantilla de trabajadores/as compuesta por equipo profesional multidisciplinar. Dicho equipo aparece representado en la figura 3.

Figura 3: Organigrama ADEPAS 2021.



Fuente: Documentación interna ADEPAS (2021.p.5).

Los/as usuarios/as que acuden al centro ocupacional son personas adultas que han acabado la etapa de escolarización. Los requisitos para poder ser usuarios/as del centro son tres: Tener más de 18 años, ser socio de la Asociación ADEPAS y tener un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%. Actualmente, el centro cuenta con un total de 57 usuarios/as más o menos, procedentes de Noreña y de localidades próximas: Siero, Nava, Lugones y Oviedo, etc.

Este centro es un recurso especializado y abierto a la comunidad, cuya misión se centra en **“La Defensa de los derechos de las personas con discapacidad intelectual y sus familias”** (ADEPAS, 2021, p.2).

Desde este centro, se ofrece a las personas adultas con discapacidad programas personalizados de atención integral y formación para favorecer su integración sociolaboral, el desarrollo de su autonomía personal y la mejora de su calidad de vida.

Partiendo de esta concepción, se ofrecen unos programas personalizados, basados en las necesidades individuales de cada persona y que favorecen la promoción de cada una de las personas. Estos programas tienen un carácter integral, ya que van dirigidos a cubrir las diferentes necesidades básicas, terapéuticas, formativas, sociales y emocionales que pueden presentar las personas con discapacidad intelectual, desde un enfoque sistémico de la intervención.

La actual situación de pandemia ha supuesto cambios en el funcionamiento del centro. Dichos cambios son los siguientes:

1. Los usuarios/as se encuentran separados en 3 burbujas. Una burbuja la componen los usuarios que viven en la residencia, otra compuesta por los/as usuarios/as procedentes de La Pola y Siero y Finalmente, la tercera burbuja compuesta por los/as usuarios/as procedentes de Oviedo y alrededores.
2. La paralización de la mayoría de las actividades y talleres que se desarrollaban en el centro, lo que no ha permitido conocer cómo trabajaban los/as usuarios/as del Centro Ocupacional con normalidad.

Pese a ello, algunos programas y actividades siguen en funcionamiento, durante el periodo de prácticas hemos podido participar en dos de ellos:

- **Proyecto “Somos y estamos”:** Se trata de un movimiento asociativo, donde se reúnen diversas entidades que trabajan con personas con discapacidad intelectual (Adepas, Rey Aurelio, Fraternidad...), a través de la aplicación Zoom. En estas reuniones participa la gerente de Plena Inclusión y se realizan con la finalidad de que los/as usuarios/as de las diferentes entidades participantes dispongan de un espacio para comentar cómo se encuentran, exponer las necesidades y demandas que tienen en sus respectivos grupos y también es una oportunidad para conocer y compartir espacio con otros compañeros/as.
- **Terapia con perros:** Se trata de una actividad en la que se cuenta con un perro que está entrenado para trabajar intervenciones con personas con diversas discapacidades. Esta actividad tiene como duración una hora y se realiza varias veces en el centro, ya que se trabaja con grupos reducidos 3-4 personas. El objetivo de esta actividad es que los usuarios/as pongan en práctica sus capacidades, aprendan a trabajar en grupo y desarrollen su autodeterminación.

Por otro lado, para ayudar a poner en contexto el presente estudio es necesario conocer su punto de partida. En este caso, la idea parte del **Programa de Buena Vejez** que la Psicóloga del centro crea para favorecer que las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento, vivan esta etapa de forma digna, activa, feliz y saludable y también para mejorar su calidad de vida.

El programa centra su actuación en cuatro objetivos:

- Potenciar estilos de vida saludables (alimentación, autocuidado, higiene, relajación...).
- Mantener y/o ralentizar capacidades cognitivas, funcionales y sociales para prevenir y/o reducir los efectos del envejecimiento.
- Favorecer la adaptación/aceptación a los cambios e intervenir en momentos de crisis.
- Favorecer un estado psicoafectivo adecuado (felicidad, tranquilidad, dignidad, actividad, salud y satisfacción).

Todo proceso de envejecer conlleva una serie cambios físicos, afectivos, cognitivos, de vida...etc. Este programa trabaja cuatro áreas de actuación para ayudar a sobrellevar estos procesos:

- Cuidado Físico-Salud.
- Área Cognitiva.
- Área Emocional.
- Área Manipulativa.

Una vez presentado el programa, la investigación que se expone a continuación parte del área emocional y para ello se centra en el concepto de calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, concretamente en una de sus dimensiones, el Bienestar Emocional.

## **6. BIENESTAR EMOCIONAL: ESTUDIO DE CASO ÚNICO.**

En este apartado se desarrolla el presente estudio compuesto por los siguientes subapartados: diseño metodológico, objetivos, población y muestra, procedimientos de recogida de información, desarrollo del proceso y recursos.

### **6.1. Diseño metodológico**

La presente investigación se lleva a cabo durante las prácticas en ADEPAS y supone un **estudio de caso único**, ya que en esta investigación no se trabaja con una muestra amplia, si no con un caso concreto en profundidad.

Siguiendo a Midley (2006, citado en Stopiello 2009) “La investigación de caso único apunta al estudio particular de una instancia o evento (en un individuo, grupo, comunicado, una entera sociedad) con el propósito de obtener un entendimiento profundo que dé cuenta del estado actual de las cosas” (p.230).



A su vez se trata de una investigación de tipo **comparativo-causal**, ya que se pretende conocer si la actual situación de pandemia que estamos viviendo ha afectado al bienestar emocional de la usuaria que participa en esta investigación.

En palabras de Bisquerra Alzina (2009):

Los estudios comparativos causales suponen un tipo de investigación donde el investigador está interesado en identificar las relaciones del tipo causa-efecto, más propias de los estudios experimentales, pero que dada la naturaleza del fenómeno resulta imposible por algún motivo, manipular experimentalmente las variables. (p.204)

## **6.2. Objetivos.**

En este apartado se presentan a continuación los objetivos generales y los objetivos específicos que persigue el estudio:

### **Objetivo Generales:**

- Conocer si la actual situación de pandemia ha afectado al Bienestar emocional de la usuaria S perteneciente al Programa de Buena Vejez del Centro Ocupacional ADEPAS.
- Proponer actividades para fomentar un mayor nivel de bienestar emocional en la usuaria S y en otras personas con discapacidad intelectual que se encuentren en una situación similar.

### **Objetivos Específicos:**

- Observar el comportamiento de los/as usuarios/as del centro en su día a día, centrando la atención en el caso único del estudio.
- Comprobar si existen diferencias en el bienestar emocional de la usuaria al comparar los resultados obtenidos en la Escala INICO FEAPS (Verdugo Alonso *et al.*, 2013) en el presente año con los datos obtenidos en el año 2019.
- Identificar si existen diferencias en el estado anímico de la usuaria S, comparando los resultados obtenidos en la Escala de depresión Geriátrica (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2002) en el presente año con los datos obtenidos en el año 2019.
- Detectar posibles necesidades en relación al bienestar emocional de la usuaria S.

### 6.3. Población y Muestra

En la elaboración del diseño metodológico es importante seleccionar el número de personas que van a participar en el estudio y el contexto o contextos en los que se va a desarrollar la investigación y recogida de datos.

En primer lugar, vamos a definir qué se entiende por población y muestra:

Para Bisquerra (2009) “La población es el conjunto de todos los individuos a los que se hace extensivo los resultados de la investigación. Se simboliza por N. La definición y la delimitación clara de la población permitirá concretar el alcance de una investigación” (p.143).

Siguiendo a este mismo autor, el concepto de muestra adquiere diversos significados, según el enfoque desde el que se lleva a cabo el estudio. En este sentido, según Bisquerra (2009) podemos definir la muestra como “Un subconjunto de la población que se selecciona a través de alguna técnica de muestreo y que debe ser representativa de aquélla” (p.143).

A continuación, se muestra la figura 4 para facilitar la comprensión de ambos conceptos y la relación que se establece entre ellos:

Figura 4: Relación entre población y muestra.



Fuente: Bisquerra Alzina (2009. p.143).

La población en la que se centra esta investigación son las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento, pertenecientes al Programa de Buena Vejez que se desarrolla en el Centro ocupacional ADEPAS. Debido a la situación actual de pandemia, como comentábamos anteriormente, los/as usuarios/as del Centro Ocupacional se encuentran divididos en tres burbujas. A raíz de esta situación, las prácticas del máster se han realizado con la tercera burbuja únicamente, por lo que ha sido imposible tener acceso a todos/as los/as usuarios/as pertenecientes al programa mencionado con anterioridad ya que se encuentran ubicados la mayoría en la burbuja de la residencia y entre dichas burbujas no había posibilidad de contacto.

Teniendo en cuenta esta circunstancia, para seleccionar la muestra se ha utilizado una **técnica de muestreo no probabilístico**. En palabras de Bisquerra Alzina (2009):

Los muestreos no probabilísticos son aquellos en los que la selección de individuos de la muestra no depende de la probabilidad, si no que se ajusta a otros criterios relacionados con las características de la investigación o de quien hace la muestra. (p.145)

En esta línea, dentro de los muestreos no probabilísticos existen a su vez diversos tipos, en este caso, se ha empleado un **muestro no probabilístico casual**, es decir, se ha empleado como muestra a sujetos a los que se tiene acceso.

Además de la situación de pandemia, otro aspecto importante que se ha tenido en cuenta a la hora de seleccionar la muestra han sido las características personales que presentaba cada usuario/a. Atendiendo a este criterio, en la burbuja asignada para realización de las prácticas acudían cuatro usuarios/as pertenecientes al Programa Buena Vejez, sin embargo, solo se ha podido contar con una de ellas para participar en este estudio, ya que dos de ellos no contaban con las habilidades necesarias para poder realizar las escalas y al tercer sujeto se le pasaron dichas escalas, pero no se habían obtenido resultados significativos, por tanto centramos este estudio en un solo caso.

Por tanto, la población seleccionada para este estudio son las personas con discapacidad intelectual en proceso de vejez pertenecientes al programa buena vejez, de las cuales, por acceso y circunstancias personales, se ha tomado como muestra únicamente a la usuaria S, una mujer de 59 años con un porcentaje de discapacidad del 65%, la cual lleva 46 años en el Centro Ocupacional ADEPAS.

#### **6.4. Procedimientos de recogida de información.**

Una vez definido el diseño metodológico de la investigación, el siguiente paso consiste en planificar cómo se van a recoger los datos y seleccionar las técnicas que se van a emplear para ello.

En este caso, para la recogida de información se han empleado dos instrumentos esenciales: la Escala INICO-FEAPS (Verdugo Alonso *et al.*, 2013) y La Escala de Depresión Geriátrica (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2002).

A continuación, se describen detalladamente estos dos instrumentos empleados en el presente estudio.

#### 6.4.1 Escala Inico-Feaps.

La Escala INICO-FEAPS tomando como referencia a los autores que la elaboraron, se define como:

Un instrumento cuyo origen se encuentra en la Escala Integral (Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009), de tal modo que mantiene su propósito inicial (i.e., la evaluación integral de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo con habilidades suficientes de expresión y comprensión como para completar la entrevista), pero mejorando ampliamente su contenido, propiedades psicométricas y utilidad. (Verdugo Alonso *et al.*, 2013, p.8)

Este instrumento está compuesto por dos subescalas, el “autoinforme” y el “informe de otras personas”:

Por un lado, el “**Informe de otras personas**” es una escala compuesta por 72 items que recogen aspectos observables de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. Los items se encuentran enunciados en tercera persona y presentan un formato de respuesta de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre.

Por otro lado, el “**autoinforme**” es cumplimentado por la propia persona con discapacidad intelectual, preferentemente por medio de un entrevistador. Esta escala se compone por los mismos 72 items que la versión anterior, enunciados en primera persona y con un lenguaje más simplificado. El formato de respuesta es también el mismo, tipo Likert con cuatro opciones de respuesta.

Para que la persona con discapacidad intelectual pueda completar por sí misma esta escala, es necesario que disponga de unas habilidades comprensivas y expresivas para que sea capaz de entender las preguntas y las opciones de respuesta. En caso contrario, si la persona con discapacidad intelectual no dispone de estas habilidades, esta versión puede ser completada por dos personas que la conozcan bien.

Por otra parte, Siguiendo a Verdugo Alonso *et al.* (2013):

La Escala INICO-FEAPS proporciona información acerca de las áreas de vida más importantes de una persona desde la perspectiva de otras personas y desde la perspectiva de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo. De este modo, es posible confrontar ambos puntos de vista y planificar programas más ajustados a las verdaderas necesidades de las personas. (p.33)

En esta línea, las áreas de vida corresponden a las ocho dimensiones de calidad de vida propuestas por Shalock y Verdugo en el año 2003, por tanto, los 72 ítems que componen cada una de las subescalas se organizarán en torno a estas dimensiones.

Respecto a la corrección de la escala, tanto en la versión “autoinforme” como en el “informe de otras personas”, se adquieren al final de cada una de las dimensiones unas puntuaciones directas que serán transformadas en puntuaciones estándar para obtener los percentiles correspondientes. La suma total de estas puntuaciones permite obtener el Índice de Calidad de Vida y el Percentil del Índice Calidad de Vida de la persona con discapacidad intelectual que está siendo evaluada.

En este estudio se utilizarán únicamente los ítems correspondientes a la dimensión Bienestar emocional.

#### **6.4.2. Escala de Depresión Geriátrica (GDS)**

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) es un instrumento elaborado por Jerome Yesavage y otros colaboradores en el año 1983 con el fin de medir la presencia de síntomas depresivos en las personas mayores. Con respecto a su uso o propósito, siguiendo a Blanco Molina y Salazar Villanea (2014):

Se utiliza como instrumento de cribaje (screening) en la evaluación clínica en personas adultas mayores con sospecha de patología depresiva y como evidencia para la posterior formulación de diagnósticos diferenciales en ambientes geriátricos y en la práctica en psicología clínica. (p.241).

En cuanto a su estructura, se trata de una escala dicotómica con dos opciones de respuesta (sí o no), de la que existen diferentes versiones. En este estudio se ha empleado la versión adaptada de 15 ítems elaborada por Martínez de la Iglesia et al., en el año 2002 (ver anexo I), ya que es la utilizada por la psicóloga del Centro Ocupacional ADEPAS.

A la hora de aplicar este instrumento, la escala tiene como peculiaridad el momento en el que se centra, ya que en este caso no se centra en el presente, sino que la persona evaluada tiene que elegir la respuesta más adecuada según como se ha sentido la semana anterior y no debe responder según como se sienta en ese momento actual.

En cuanto a la calificación, se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si o No en negritas**). La calificación oscila entre 0 (más baja) y 15 (más alta). En este sentido, cuanto más alta es la puntuación, mayor es el riesgo de presentar síntomas depresivos. La calificación total se obtiene al sumar los puntos obtenidos por cada respuesta Si o No en negritas.

En cuanto a su interpretación, según la puntuación obtenida:

- 0-4 puntos: Se considera normal, **sin síntomas depresivos**.
- 5-8 puntos: Indica la presencia de **síntomas depresivos leves**.
- 9-10 puntos: Indica la presencia de **síntomas depresivos moderados**.
- 12-15 puntos: Indica la presencia de **síntomas depresivos graves**.

## 6.5. Desarrollo del proceso

Una vez centrada la idea del presente estudio y seleccionados los instrumentos de recogida de información, con el permiso de la tutora de prácticas y del director del Centro Ocupacional ADEPAS, se aplicaron personalmente las escalas explicadas con anterioridad a la usuaria seleccionada durante el periodo de prácticas en el centro.

Por un lado, la **Escala INICO –FEAPS** se aplicó a la usuaria participante en una sala aparte del resto de compañeros/as para evitar distracciones. El mismo día que se pasó a esta usuaria, también se realizó la versión “informe de otras personas”, que fue cumplimentada por la psicóloga del centro, ya que era la persona que lleva más tiempo trabajando con dicha usuaria.

Por otro lado, la **Escala de Depresión Geriátrica (GDS)** al igual que la anterior, se aplicó a la usuaria en una sala aparte del resto de compañeros/as. Días previos a pasar esta prueba, la psicóloga del centro nos había explicado para qué se utilizaba.

Como pudimos ver anteriormente en el apartado donde se explicaba el instrumento, el uso más frecuente de esta escala es en la evaluación clínica, sin embargo, en el Centro Ocupacional ADEPAS la psicóloga aplica esta escala como parte del área emocional del **Programa de Buena Vejez** que desarrolla en el centro. En este caso, el fin no es emitir un diagnóstico, lo que se pretende es obtener información del estado emocional de los usuarios/as en proceso de envejecimiento que participan en el programa, para detectar posibles necesidades y preparar futuras intervenciones individualizadas o grupales.

Así mismo, durante la aplicación de ambos instrumentos, se ha adaptado el lenguaje de algunos items para facilitar la comprensión de la usuaria entrevistada. A su vez, para profundizar en la información obtenida a través de estas dos escalas, se le pedía que explicara sus respuestas o que pusiera ejemplos, obteniendo así información adicional que se ha ido anotando durante todo el proceso.

Llegados a este punto, cabe destacar que las escalas explicadas habían sido aplicadas por última vez a la usuaria en el año 2019, por tanto, a la hora de hacer la comparación de los resultados en ambas escalas, se dispone de información reciente del año anterior a la pandemia y del presente año, lo que facilitará la interpretación de los datos.

Por otro parte, previamente al proceso de aplicación de ambas escalas, se explicó a la usuaria participante, con la ayuda de la psicóloga la finalidad de la investigación, comprobar si la pandemia había afectado a su bienestar emocional y el motivo por el que se realiza, en este caso para el Trabajo Fin de Máster de la Universidad de Oviedo. La usuaria accedió a participar de forma voluntaria y se aplicaron las pruebas de forma anónima. En esta línea, la información recogida en ambos instrumentos se trabajó

atendiendo a unos principios éticos de **confidencialidad** y **respeto**, siendo utilizada para realizar el presente trabajo única y exclusivamente.

Por último, en el apartado de Anexos, se incluirán los instrumentos cumplimentados por la participante.

## **6.6. Recursos**

Los principales recursos que se han utilizado para realizar esta investigación son los siguientes:

- **Humanos**

- Personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento.
- Psicóloga del Centro Ocupacional ADEPAS.
- Director del Centro Ocupacional ADEPAS.

- **Materiales**

- Escala INICO-FEAPS (Verdugo *et al.*, 2013): “Autoinforme” e “Informe de otras personas”.
- Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2002).
- Documentación interna del centro.
- Fotografías.
- Folios, material de escritura y pintura.

## **7. RESULTADOS DEL ESTUDIO.**

En este apartado se presentan los resultados obtenidos tras haber aplicado la dimensión de bienestar emocional de la Escala INICO-FEAPS y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en el presente año. Para realizar el análisis de resultados se expondrán por separado los resultados obtenidos en ambas escalas por la usuaria participante en este estudio.

Así mismo, también se añadirán los resultados obtenidos en ambas escalas en el año 2019 para realizar una comparación entre ambos años. Finalmente, a la hora de añadir la respuesta de los items, se incluirán las explicaciones de la participante que han sido tomadas como notas adicionales durante la aplicación de los dos instrumentos en el presente año.

## **7.1. Resultados dimensión Bienestar Emocional.**

En este apartado se analizan los resultados obtenidos en los ítems que componen la dimensión de Bienestar Emocional, en las dos versiones de la Escala INICO-FEAPS “Autoinforme” e “informe de otras personas”. Dicha dimensión, en ambas versiones, se compone de 9 ítems relativos a la calidad de vida de la persona que se quiere evaluar.

Así mismo, una vez analizados los resultados obtenidos en el presente año, se incluirán los resultados obtenidos en el año 2019 para comprobar si existen diferencias entre un año y otro. Un aspecto a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados es que ambas subescalas han sido cumplimentadas por diferentes profesionales del Centro Ocupacional ADEPAS. Mientras que en el año 2019 esta escala fue cumplimentada por la pedagoga del centro, en el presente año ha sido aplicada por la psicóloga del centro, por tanto, si existen diferencias en las respuestas puede deberse a la diferente percepción que puedan tener dichas profesionales sobre la usuaria.

### **7.1.1. Escala Inico Feaps: Informe de otras personas.**

En este apartado se representan los resultados obtenidos en la versión “Informe de otras personas” para la dimensión bienestar emocional de la usuaria S, en el presente año (ver anexo III) y en el año 2019 (ver anexo IV). A continuación, en la tabla 2 se recogen dichos resultados.



Tabla 2: Resultados dimensión bienestar emocional S: Informe de otras personas 2021-2019.

	AÑO 2021				AÑO 2019			
	N	A	F	S	N	A	F	S
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>								
<b>Ítem 19: Presenta síntomas de depresión</b>	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>Ítem 20: Se muestra sin ganas de hacer nada</b>	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>Ítem 21: Presenta síntomas de ansiedad</b>	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>Ítem 22: Tiene problemas de comportamiento</b>	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>Ítem 23: Se muestra seguro/a de sí mismo/a</b>	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Ítem 24: Se muestra satisfecho/a con lo que puede hacer en el futuro.</b>	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Ítem 25: Se muestra orgulloso/a de sí mismo/a</b>	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Ítem 26: Manifiesta deseos de cambiar su modo de vida.</b>	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>Ítem 27: Disfruta con las cosas que hace.</b>	1	2	3	4	1	2	3	4

Las puntuaciones directas ofrecidas en la tabla anterior dan como resultado unas puntuaciones totales obtenidas en la dimensión bienestar emocional en el presente año 2021 (ver anexo III) y en el año 2019 (ver anexo IV). Una vez obtenida la puntuación directa, se calcula la puntuación estándar y su percentil correspondiente (ver anexo VIII) para poder realizar la comparación entre las puntuaciones y comprobar si existen diferencias entre ambos años. Los resultados obtenidos se pueden observar en la tabla 3.

Tabla 3: Contraste de puntuaciones dimensión bienestar emocional caso S: informe de otras personas 2021-2019.

	AÑO 2021	AÑO 2019
<b>Puntuación Estándar</b>	15	11
<b>Puntuaciones Directas Totales</b>	35	30
<b>Percentiles de la Dimensión</b>	95	63

La puntuación directa total obtenida en la dimensión bienestar emocional en el presente año es 35, dicha puntuación transformada en una puntuación estándar adquiere el valor 15 que equivale a un percentil 95.

Si comparamos las puntuaciones obtenidas en el presente año con las obtenidas en el año 2019, observamos que existen diferencias ya que hace dos años la puntuación estándar era de 11, que equivale a un percentil 63.

Para interpretar los resultados se debe tener en cuenta que estas puntuaciones tienen una distribución con media igual a 10 y desviación típica igual a 3. La puntuación obtenida en el año 2019 es inferior a la que se ha obtenido en el presente año, la explicación puede deberse a que como señalábamos anteriormente, ambas subescalas han sido cubiertas por diferentes profesionales, lo que lleva a que cada una de ellas tenga una percepción distinta de la usuaria S.

Si nos centramos en el presente año, atendiendo a la percepción de la psicóloga del Centro Ocupacional ADEPAS goza de un bienestar emocional alto y que ha mejorado en cuanto a los siguientes ítems:

**Ítem 20: Se muestra sin ganas de nada.**

A la hora de responder si S se muestra sin ganas de hacer nada, la profesional del centro ha seleccionado la opción de respuesta **Algunas veces**. A continuación, la profesional explica que a S no le llama la atención lo que se hace o no le apetece participar, no porque esté triste o baja de moral, simplemente porque no le da la gana. Esta usuaria lleva muchos años en el centro y la monotonía cansa, por ello, es importante ofrecer una amplia variedad de actividades que les resulten interesantes o gratificantes, aunque ahora con la pandemia sea más complicado.

Por otro lado, si la comparamos con la respuesta obtenida en el año 2019 vemos que no coinciden. En ese año, la profesional indicaba que esa actitud se daba **Frecuentemente**, lo que implica que ha habido una ligera mejora.

**Ítem 23: Se muestra seguro/a de sí mismo/a.**

La respuesta obtenida en este ítem por la profesional del centro indica que S **Siempre** se muestra segura de sí misma. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que no coinciden. En ese año, la profesional indicaba la opción **Frecuentemente**, por lo que parece que S ha ganado en seguridad.

**Ítem 24: Se muestra satisfecho/a con lo que puede hacer en el futuro.**

La respuesta obtenida en este ítem por la profesional del centro indica que S **Siempre** se muestra satisfecho/a con lo que puede hacer en el futuro. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que no coinciden. En ese año, la profesional indicaba la opción **Frecuentemente**, lo que indica un aumento de la satisfacción de S en cuanto a sus planes de futuro.

### **Ítem 25: Se muestra orgulloso/a de sí mismo/a.**

La respuesta obtenida en este ítem por la profesional del centro indica que S **Siempre** se muestra orgullosa de sí misma. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que no coinciden. En ese año, la profesional indicaba la opción **Frecuentemente**, por lo que también se detecta mejora en este aspecto.

### **Ítem 26: Manifiesta deseos de cambiar su modo de vida.**

La respuesta obtenida en este ítem por la profesional del centro indica que S **Nunca** manifiesta deseos de cambiar su modo de vida. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que no coinciden. En ese año, la profesional indicaba la opción **Algunas veces**, por lo que se observa que al menos en alguna ocasión, sí se aprecia un deseo de introducir cambios en su vida.

En los demás ítems no se aprecian diferencias entre los años 2019 y 2021 y el bienestar emocional es positivo en cuanto a que no presenta síntomas de depresión nunca (ítem 19), ni de ansiedad (ítem 21), nunca tiene problemas de comportamiento (ítem 22) y parece disfrutar siempre de las cosas que hace (ítem 27).

## **7.12. Escala INICO FEAPS. Autoinforme.**

En este apartado se representan los resultados obtenidos en la versión “Autoinforme” para la dimensión bienestar emocional de la participante S en el presente año (ver anexo III) y en el año 2019 (ver anexo V). Esta versión de la escala se compone de los mismos nueve ítems que la versión anterior, escritos en primera persona y con un lenguaje más simplificado. Así mismo, dicha versión de la escala es muy interesante, ya que recoge las respuestas de la propia usuaria en la que se centra este estudio.

Para realizar la interpretación de los resultados, se comentarán en primer lugar los resultados obtenidos en el presente año ya que son los más recientes. Posteriormente, se realizará la comparación entre las respuestas obtenidas en este año con las aportadas por la usuaria en el año 2019 y finalmente, se compararán las respuestas de ambas subescalas, ofrecidas por la usuaria S y la psicóloga del centro en el presente año.

A continuación, en la tabla 4 se representan los resultados obtenidos en el “Autoinforme” en ambos años.

Tabla 4: Resultados dimensión bienestar emocional S: Autoinforme 2021-2019.

BIENESTAR EMOCIONAL	AÑO 2021				AÑO 2019			
	N	A	F	S	N	A	F	S
<b>Item 19: Tengo ganas de llorar</b>	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>Item 20: Me siento sin ganas de hacer nada</b>	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>Item 21: Me encuentro demasiado inquieto/a nervioso/a</b>	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>Item 22: Tengo problemas de comportamiento</b>	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>Item 23: Me siento seguro/a de mí mismo/a</b>	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Item 24: Me siento bien cuando pienso en lo que puede hacer en el futuro.</b>	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Item 25: Me siento orgulloso/a de mí mismo/a</b>	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Ítem 26: Me gustaría cambiar mi modo de vida</b>	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>Item 27: Disfruto con las cosas que hago</b>	1	2	3	4	1	2	3	4

Al igual que en el caso anterior, en la siguiente tabla se recogen las puntuaciones directas totales obtenidas en la dimensión bienestar emocional en el presente año 2021 (ver anexo III) y en el año 2019 (ver anexo V) en la versión autoinforme contestada por la usuaria S. Una vez obtenida la puntuación directa se calcula la puntuación estándar y su percentil correspondiente (ver anexo IX) estos datos nos permitirán comparar las puntuaciones obtenidas en ambos años y comprobar si existen diferencias relevantes. Los resultados obtenidos se pueden observar en la tabla 5.

Tabla 5: Contraste de puntuaciones dimensión bienestar emocional caso S: Autoinforme 2021-2019.

	AÑO 2021	AÑO 2019
<b>Puntuación Estándar</b>	12	9
<b>Puntuaciones Directas Totales</b>	32	27
<b>Percentiles de la Dimensión</b>	75	37

La puntuación directa total obtenida en la dimensión bienestar emocional en el presente año es 32, dicha puntuación transformada en una puntuación estándar adquiere el valor 12 que equivale a un percentil 75.

Si comparamos las puntuaciones obtenidas en el presente año con las obtenidas en el año 2019, observamos que existen diferencias ya que hace dos años la puntuación estándar era más baja, siendo esta 9, que equivale a un percentil 37, situándose por debajo de la media.

La interpretación de la puntuación es la misma que en la versión anterior, se debe tener en cuenta que estas puntuaciones tienen una distribución con media igual a 10 y desviación típica igual a 3. La puntuación obtenida en el presente año es más alta que en el año 2019, sin embargo, no se obtiene un percentil muy alto. Esto puede deberse a que S presenta dificultades para gestionar sus emociones, un aspecto que sería importante trabajar con ella y que añadiremos a la futura propuesta de intervención.

A continuación, se comentan las respuestas dadas por la usuaria y se comparan con los resultados de la escala de otras personas:

### **Ítem 19: Tengo ganas de llorar.**

La usuaria S responde a este ítem indicando que **Algunas veces** tiene ganas de llorar. Al pedirle que profundice en la respuesta, S explica que cuándo se pone triste tiene ganas de llorar, por ejemplo, cuando discute con la mujer que cuida de ella y su hermana en su casa o cuando discute con su propia hermana. Si comparamos esta respuesta con la ofrecida por la usuaria en el año 2019, se puede observar que ambas no coinciden. En este ítem, las respuestas obtenidas en ambos años aportan datos interesantes, ya que reflejan cómo se siente la usuaria anímicamente ante determinadas situaciones.

A su vez, al comparar esta respuesta con la aportada por la profesional del centro, se observa que existen diferencias pero que a su vez coinciden. La profesional del centro señala que S no presenta síntomas depresivos, mientras que la propia S señala que algunas veces tiene ganas de llorar cuando se pone triste, debido a discusiones con su cuidadora o su hermana, hechos puntuales que suceden en su hogar y no en el centro. Por tanto, se afirma que en el Centro Ocupacional S no presenta síntomas depresivos.

#### **Ítem 20: Me siento sin ganas de hacer nada.**

La usuaria S responde a este ítem indicando que Algunas veces se siente sin ganas de hacer nada. Al preguntarle cuando se encuentra sin ganas de hacer nada, la usuaria señala que le ocurre en su casa y que en el centro se encuentra más animada. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que ambas coinciden.

Así mismo, si comparamos esta respuesta con la aportada por la profesional del centro, se observa que ambas respuestas también coinciden, por tanto, se puede afirmar que la usuaria S algunas veces se muestra sin ganas de hacer nada tanto en su casa como en el centro. En este ítem es importante tener en cuenta la explicación anteriormente dada por la psicóloga, ya que en ella señala que la usuaria en el Centro Ocupacional se muestra así debido a la monotonía y a la situación de pandemia que ha paralizado las actividades y talleres que se desarrollaban en dicho centro.

#### **Ítem 21: Me encuentro demasiado inquieto/a o nervioso/a.**

La usuaria S responde a este ítem indicando que Algunas veces se encuentra inquieta o nerviosa, poniendo como ejemplos cuando discute con su hermana o se queda sola en casa. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que ambas no coinciden, sin embargo, no existen diferencias relevantes entre un año y otro. Este ítem aporta información interesante acerca de cómo se encuentra la usuaria en algunas situaciones, un aspecto que sería interesante trabajar mediante una intervención centrada en la gestión de emociones.

Así mismo, al comparar esta respuesta con la aportada por la profesional del centro, se observa que existen diferencias. Mientras que S explica que algunas veces se muestra inquieta o nerviosa la profesional del centro señala que S no presenta síntomas de ansiedad. Esta diferencia de respuestas puede deberse a que las discusiones que la usuaria tiene se producen en momentos puntuales y no frecuentemente, o que ocurren en su hogar y no en el centro.

#### **Ítem 22: Tengo problemas de comportamiento.**

La usuaria S responde a este ítem indicando que Algunas veces tiene problemas de comportamiento en su casa. S explica que en su casa a veces se porta mal con su hermana, le contesta mal o le grita, pero en el centro señala que no tiene problemas de comportamiento. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que ambas coinciden.

Así mismo, si comparamos esta respuesta con la aportada por la profesional del centro, se observa que ambas respuestas también coinciden, aunque sean distintas, ya que S especifica que algunas veces tiene problemas de comportamiento en su casa, pero que en el centro no los tiene.

### **Ítem 23: Me siento seguro/a de mí mismo/a.**

La usuaria S responde a este ítem indicando que **Siempre** se siente segura de sí misma. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que ambas no coinciden pero que son muy similares. Así mismo, al comparar esta respuesta con la aportada por la profesional del centro, se observa que ambas respuestas coinciden y que S es una mujer que se muestra segura de sí misma.

### **Ítem 24: Me siento bien cuando pienso en lo que puedo hacer en el futuro.**

La usuaria S responde a este ítem indicando que **Siempre** se siente bien cuando piensa en lo que puede hacer en el futuro. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que ambas no coinciden pero que son muy similares. A sí mismo, al comparar esta respuesta con la aportada por la profesional del centro, se observa que ambas respuestas coinciden y que S se muestra satisfecha con lo que puede hacer en el futuro.

### **Ítem 25: Me siento orgulloso/a de mí mismo/a.**

La usuaria S responde que **Siempre** se siente orgullosa de sí misma. Al pedirle que profundice en su respuesta, S explica poniendo como ejemplos que se siente orgullosa de sí misma cuando ayuda a hacer las tareas del hogar y cuando hace algo bien y la felicitan en el centro. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que ambas no coinciden, pero como ocurre en el ítem anterior, ambas son muy similares.

A su vez, al comparar esta respuesta con la aportada por la profesional del centro, se observa que ambas respuestas coinciden y que S se muestra orgullosa de sí misma.

### **Ítem 26: Me gustaría cambiar mi modo de vida.**

La usuaria S responde a este ítem indicando la opción **Nunca**. Al pedirle que especifique su respuesta, S afirma que se siente a gusto con su vida actual y acudiendo al centro. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que ambas no coinciden, pero tampoco difieren demasiado.

A su vez, al comparar esta respuesta con la aportada por la profesional del centro, se observa que ambas respuestas coinciden y que S no manifiesta deseos de cambiar su modo de vida.

### **Ítem 27: Disfruto con las cosas que hago.**

La usuaria S responde a este ítem indicado que **Siempre** disfruta de las cosas que hace. Para profundizar en la respuesta, S señala que debido a la pandemia ha dejado de hacer talleres que le gustaban en el centro, como el de encuadernar libros y que ahora disfruta haciendo otras cosas, por ejemplo jugando al parchís y hablando con los compañeros. Al comparar esta respuesta con la obtenida en el año 2019 se observa que ambas coinciden.

Así mismo, al comparar esta respuesta con la aportada por la profesional del centro, se observa que ambas respuestas también coinciden, por tanto se puede afirmar que S es una mujer que siempre disfruta de las cosas que hace.

Finalmente, si comparamos las puntuaciones directas totales obtenidas en las dos subescalas “Informe de otras personas” y “Autoinforme” en el presente año, puede observarse que son similares. Una vez analizados los resultados de ambas escalas, por lo general, la psicóloga del centro y la usuaria S tienen una percepción similar sobre el bienestar emocional de esta última, sin embargo, es importante resaltar los ítems 19 y 21 de las subescalas, ya que se han obtenido respuestas muy diferentes. En este sentido, es importante priorizar las respuestas dadas por la propia usuaria, ya que explica en ambos casos en qué situaciones se encuentra inquieta o con ganas de llorar.

## **7.2. Resultados Escala de Depresión Geriátrica (GDS).**

En este apartado se analizan los resultados obtenidos en los ítems que componen la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) cumplimentada por la usuaria S. Dicha escala se compone de 15 ítems que evalúan el estado anímico, teniendo en cuenta únicamente cómo se ha sentido la persona la semana previa a que se pasa dicha escala.

Para realizar dicho análisis, se presenta en la tabla 6 las respuestas proporcionadas por la usuaria S en el presente año (ver anexo VI) y en el año 2019 (ver anexo VII), de este modo, podremos comprobar si existen diferencias entre ambos años.



Tabla 6: Resultados Escala Depresión Geriátrica 2019-2021.

ITEM	2019	2021
Ítem 1: ¿Estás básicamente, satisfecho/a con tu vida?	SI	SI
Ítem 2: ¿Has dejado de hacer muchas de tus actividades e intereses?	SI	SI
Ítem 3: ¿Sientes que tu vida no tiene sentido?	NO	NO
Ítem 4: ¿Te aburres a menudo?	NO	SI
Ítem 5: ¿Estás de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	SI
Ítem 6: ¿Tienes miedo de que algo malo te vaya a pasar?	SI	SI
Ítem 7: ¿Te sientes feliz la mayor parte del tiempo?	SI	SI
Ítem 8: ¿Te sientes a menudo indefenso/a, desprotegido/a, sin protección, que nadie te protege?	SI	SI
Ítem 9: ¿Prefieres quedarte en la casa/residencia, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	NO	NO
Ítem 10: Con respecto a tu memoria: ¿Sientes que tienes más problemas que la mayoría de la gente?	NO	SI
Ítem 11: ¿Piensas que es maravilloso estar vivo/a en este momento?	SI	SI
Ítem 12: De la forma de cómo te sientes en este momento: ¿Te sientes inútil?	NO	NO
Ítem 13: ¿Te sientes con mucha energía?	SI	SI
Ítem 14: ¿Sientes que su situación no tiene remedio?	NO	NO
Ítem 15: ¿Piensas que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que tú?	NO	SI

La puntuación que obtiene S en esta escala en el presente año es de 7 puntos, encontrándose en el intervalo de 5-8 que indica la presencia de síntomas depresivos leves. En el año 2019, en esta escala había obtenido una puntuación de 3 puntos.

La diferencia entre ambas puntuaciones puede deberse a que la situación que vivía la usuaria en el año 2019 es muy diferente a la que vive en la actualidad. Así mismo, los ítems 10 y 15 reflejan cambios en la usuaria con respecto a su propio autoconcepto, lo que puede provocar que S presente una baja autoestima

Analizamos a continuación los 6 ítems en los que la respuesta de S nos hace sospechar que puede haber indicios de depresión.

### **Ítem 2: ¿Has dejado de hacer muchas de tus actividades e intereses?**

La usuaria S ha contestado a este ítem indicando que **Si** ha dejado de hacer muchas actividades e intereses. S explica que con la pandemia han dejado de hacer talleres y actividades en el centro, por ejemplo, el taller de encuadernación y el de deporte. Al comparar esta respuesta con la ofrecida por la misma usuaria en el año 2019, observamos que ambas coinciden y que S en ambos años ha dejado de hacer muchas actividades e intereses.

### **Ítem 4: ¿Te aburres a menudo?**

La usuaria S ha contestado a este ítem indicando que **Si** se aburre a menudo, señala que en su casa se aburre mucho y en el centro a veces, pero que jugando al parchís se entretiene con los compañeros. Al comparar esta respuesta con la ofrecida por la misma usuaria en el año 2019, observamos que no coinciden. Centrándonos en el presente año, es importante destacar que el hecho de que en el centro se aburra a veces se debe a que no realizan las actividades y talleres que desarrollaban con normalidad.

### **Ítem 6: ¿Tienes miedo de que algo malo te vaya a pasar?**

La usuaria S ha contestado a este ítem indicando que **Si** tiene miedo a que algo malo le vaya a pasar. Al comparar esta respuesta con la ofrecida por la misma usuaria en el año 2019, observamos que ambas coinciden, sin embargo, los motivos de por qué tiene miedo son diferentes. Mientras que en 2019 señalaba tener miedo a que le peguen, le riñan o a molestar en casa, en el presente año su miedo es a ponerse ella enferma o a que enferme su hermana, miedo que puede deberse en parte a la situación de pandemia que estamos viviendo.

### **Ítem 8: ¿Te sientes a menudo indefenso/a, desprotegido/a, sin protección, que nadie te protege?**

La usuaria S ha contestado a este ítem indicando que **Si** se siente a menudo indefensa o desprotegida. Al pedirle que profundice en su respuesta, S afirma que tiene miedo a que le pueda pasar algo, por eso se siente a veces desprotegida. Así mismo, al comparar esta respuesta con la ofrecida por la usuaria en el año 2019, observamos que ambas coinciden.

### **Ítem 10: Con respecto a tu memoria: ¿Sientes que tienes más problemas que la mayoría de la gente?**

La usuaria S ha contestado a este ítem indicando que **Si** siente que tiene más problemas que la mayoría de la gente con respecto a su memoria. S afirma que a veces la memoria le falla y no se acuerda de las cosas. Al comparar esta respuesta con la ofrecida por la misma usuaria en el año 2019, observamos que ambas no coinciden. En este sentido, actualmente S siente que respecto a su memoria tiene más problemas que el resto de personas, refiriéndose a sus compañeros/as del centro.

### **Ítem 15: ¿Piensas que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que tú?**

La usuaria S ha contestado a este ítem indicando que **Si** piensa que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que ella. Al comparar esta respuesta con la ofrecida por la misma usuaria en el año 2019, observamos que ambas no coinciden. En el año actual, su pensamiento ha cambiado y haciendo referencia a sus compañeros/as del centro, señala que la mayoría se encuentran en mejores condiciones que ella porque son más jóvenes.

## **8. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN**

En este apartado se comentarán en primer lugar las conclusiones extraídas tras el análisis de resultados. Seguidamente, se desarrolla como propuesta de intervención un programa compuesto por una serie de actividades.

### **8.1. Conclusiones.**

En este apartado se exponen las conclusiones generales que se han obtenido al realizar el presente estudio.

Por un lado, una vez analizados los resultados obtenidos tras la aplicación de la **Escala INICO-FEAPS**, tanto en la versión “Autoinforme” como en el “Informe de otras personas” se extrae como conclusión principal que la actual situación de pandemia no ha afectado al bienestar emocional de la usuaria S.

Así mismo, también se extraen las siguientes conclusiones:

- La usuaria S no presentan síntomas depresivos ni ansiedad durante su estancia diaria en el Centro Ocupacional ADEPAS. Sin embargo, algunas veces la usuaria afirma sentirse nerviosa/inquieta y con ganas de llorar ante determinadas situaciones que ocurren en su hogar.
- La usuaria S no tienen problemas de comportamiento durante su estancia diaria en el Centro Ocupacional ADEPAS
- La usuaria S se siente orgullosa y segura de sí misma, percepción que comparte la profesional del centro que trabaja ella en el Programa Buena Vejez.
- La usuaria S se siente a gusto con su modo de vida y no manifiesta deseos de querer cambiarlo.
- La usuaria S disfruta siempre de las cosas que hace.

A su vez, al comparar los resultados obtenidos en la dos subescalas en el año 2019 y 2021, se concluye que, pese a la actual la situación de pandemia, S presenta un bienestar emocional más alto en el presente año que en el año 2019. En este caso, damos prioridad a los resultados obtenidos en el “Autoinforme” en el presente año y pese a que en la mayoría de los ítems han sido positivos, es importante centrarse en los ítems 19 y 21 para realizar una futura intervención centrada en la gestión de emociones.

Por otro lado, una vez analizados los resultados obtenidos tras la aplicación de la **Escala de Depresión Geriátrica (GDS)**, se extrae como conclusión general que la usuaria S presenta un estado de ánimo feliz la mayor parte del tiempo. Así mismo, extraemos las siguientes conclusiones:

- La usuaria S se siente felices y está de buen humor la mayor parte del tiempo.
- La usuaria S está satisfecha con su vida.
- La usuaria S piensa que es maravilloso estar viva y siente que su vida si tiene sentido.
- La usuaria S ha dejado de hacer muchas de sus actividades e intereses en el centro debido a la actual situación de pandemia.
- La usuaria y S tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar, miedo producido en parte por la actual situación de pandemia.
- La usuaria S no se siente inútil.
- La usuaria S se siente con mucha energía.
- La usuaria S se aburre a menudo en su casa y en el centro a veces.
- La usuaria S piensa que la mayoría se encuentra en mejores condiciones que ella, tomando como referencia a sus compañeros/as del centro. Así mismo, respecto a su memoria, también considera que sus compañeros/as se encuentran en mejores condiciones que ella.

Así mismo, comparando los resultados obtenidos en el presente año con los obtenidos en el año 2019, se ha obtenido una puntuación más alta en el presente año. En este caso, los resultados obtenidos son también por lo general positivos, sin embargo, es necesario centrarse en los ítems 8, 10 y 15, sobre todo en los dos últimos, donde se han obtenido diferencias relacionadas con el autoconcepto que la usuaria tiene sobre sí misma el presente año, un aspecto que sería importante trabajar mediante una intervención.

Por consiguiente, si se relacionan las conclusiones obtenidas en ambas escalas en el presente año se concluye que:

La usuaria S anímicamente es una persona feliz, sin embargo, es destacable el miedo que siente a que ella o su hermana puedan enfermarse, un aspecto que le hace sentirse desprotegida y que puede venir en parte provocado por la actual situación de pandemia que estamos viviendo.

En cuanto a su comportamiento, S es una mujer que se siente y se muestra orgullosa y segura de sí misma. Durante su estancia en el Centro Ocupacional ADEPAS, la usuaria no presenta síntomas depresivos y/o ansiedad ni problemas de comportamiento, sin embargo, la propia S afirma sentirse inquieta y nerviosa en determinadas situaciones que suceden puntualmente en su hogar, hechos que le provocan tener ganas de llorar algunas veces, un aspecto que sería interesante trabajar mediante la gestión de emociones.

Con respecto a su vida, S se encuentra satisfecha con su vida actual, disfruta de las cosas que hace y no muestra deseos de querer cambiarla, aunque es consciente de que la actual situación de pandemia ha supuesto cambios en su rutina diaria en el Centro Ocupacional ADEPAS, con la paralización de la mayoría de actividades y talleres que se desarrollaban con normalidad. Esta paralización de actividades provoca que algunas veces la usuaria tal y como afirma la psicóloga del centro se muestre aburrida o sin ganas de hacer nada, pero disfruta de igual modo acudiendo al centro, participando en juegos de ocio y relacionándose con el resto de sus compañeros/as. Finalmente, respecto a su autoconcepto y tomando como referencia a sus compañeros/as del centro, S piensa que tienen mejor memoria y que se encuentran en mejores condiciones que ella, pero en ambos casos alega a que se debe a que estos/as son la mayoría más jóvenes que ella.

Para finalizar, una vez presentadas las conclusiones extraídas en el presente estudio, es importante señalar las limitaciones que ha habido para la realización del mismo. La principal limitación ha sido realizar el periodo de prácticas en la situación actual de pandemia, ya que ha supuesto grandes cambios en el funcionamiento actual del Centro Ocupacional ADEPAS como comentábamos anteriormente. Así mismo, otra gran limitación ha sido el tiempo. La duración del periodo de prácticas ha sido de 120 horas repartidas en un mes, por lo que ha sido imposible profundizar en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual en proceso de vejez, por ello este estudio se ha centrado únicamente en la dimensión de bienestar emocional.

## **8.2. Propuesta de Intervención**

En este apartado se esboza un programa de intervención dirigido a las personas con discapacidad intelectual que se encuentran en la burbuja en la que está S, pero observando más detalladamente la implicación y participación particular de esta última, ya que es la participante del estudio.

La finalidad del mismo es mejorar su calidad de vida, concretamente, su bienestar emocional. Este programa surge como una propuesta de intervención dirigida a trabajar las carencias detectadas tras analizar los datos obtenidos en las dos escalas que se han utilizado como instrumentos de recogida de información en el presente estudio.

A continuación, se desarrollan los apartados que componen el programa:

### **A. Destinatarios.**

Los destinatarios del presente programa son los/as usuarios/as con discapacidad intelectual que se encuentran en la burbuja de S en el Centro Ocupacional ADEPAS, priorizando la participación de esta última.

### **B. Necesidades.**

Las necesidades detectadas en la usuaria y que se pretenden trabajar en este programa son:

- Dificultades para gestionar sus emociones ante determinadas situaciones (discusiones con su hermana o su cuidadora...), hechos que le provocan tener ganas de llorar y sentirse nerviosa/inquieta.
- Miedo provocado por que algo malo le vaya a pasar.
- Sensación de desprotección.
- La usuaria S considera que está en peores condiciones que sus compañeros/as del Centro Ocupacional.
- La usuaria S considera que tiene más problemas que la mayoría de sus compañeros/as del Centro Ocupacional con respecto a su memoria.

### **C. Objetivos.**

Los objetivos que persigue el presente programa de intervención son:

- Mejorar la calidad de vida de la usuaria con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento.
- Reforzar el autoconcepto y autoestima de la usuaria participante del estudio.
- Mostrar a la usuaria los apoyos con los que cuenta para evitar la sensación de desprotección.

- Trabajar actividades que ayuden a estimular la memoria.
- Ayudar a la usuaria a gestionar sus emociones ante determinadas situaciones.
- Ayudar a la usuaria a gestionar el miedo que siente a que algo malo le vaya a suceder.

#### **D. Contenidos.**

Los contenidos a trabajar en este programa han sido seleccionados en función de las necesidades detectadas y los objetivos previamente establecidos.

En este sentido, los contenidos a trabajar son los siguientes:

- Las emociones y su gestión.
- Autoconocimiento y autoconcepto.
- Ejercito la memoria.

#### **E. Metodología.**

La metodología que se empleará para la realización de las actividades será activa y participativa. Se trata de conseguir la implicación de la usuaria a lo largo de todo el programa para potenciar la adquisición de nuevos aprendizajes y el refuerzo de aspectos positivos.

Para la puesta en marcha de las actividades es importante explicar previamente en qué consiste cada una de ellas y ofrecer un apoyo constante a los/as usuarios/as durante su realización.

Finalmente, el programa se compone de una batería de actividades que podrán realizarse en varios días y ajustarlas en función de las capacidades de los/as usuarios/as que las llevarán a cabo.

#### **F. Temporalización**

La intervención se va a desarrollar en los meses de septiembre-octubre de 2021, todos los viernes de cada mes, es decir, tendrá una periodicidad semanal. A su vez, el programa tendrá 8 sesiones, en las que se incluyen una sesión de presentación y otra por cada actividad, finalmente, se realizará una sesión de cierre del programa.

A continuación se presenta en la tabla 7 un cronograma con las sesiones del programa, los objetivos de cada sesión y las actividades que se van a desarrollar en cada una de estas sesiones.

Tabla 7: Cronograma Programa de intervención meses septiembre-octubre 2021.

<b>CRONOGRAMA</b>		
<b>SESIONES</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Sesión 1</b>	Dar a conocer el programa a los/as participantes.	Presentación del programa
<b>Sesión 2</b>	Escuchar las sensaciones y/o preocupaciones de los/as participantes ante la situación de pandemia u otra situación.	Actividad 1” Escucha activa”
<b>Sesión 3</b>	Trabajar la memoria mediante habilidades cognitivas.	Actividad 2 “Historias de vida”
<b>Sesión 4</b>	Trabajar el autoconcepto y resaltar los apoyos que las personas tienen en su vida.	Actividad 3 “ árbol del autoconocimiento”
<b>Sesión 5</b>	Mejorar la autoestima.	Actividad 4 “Mi nombre, mis virtudes”
<b>Sesión 6</b>	Reforzar el autoconcepto y autoestima	Actividad 5 “Mi reflejo en los demás”
<b>Sesión 7</b>	Conocer las emociones y saber identificarlas.	Actividad 6 “ Película del Revés”
<b>Sesión 8</b>	Gestionar las emociones y relacionarlas con la vida diaria.	Actividad 7 “Gestión de emociones”



## **G. Actividades.**

A continuación, se describen brevemente una serie de actividades propuestas para trabajar los contenidos preestablecidos en el programa, algunas de las cuales se han puesto en práctica en el Centro Ocupacional durante el periodo de prácticas con resultados positivos y satisfactorios

**Sesión 1:** Presentación del Programa.

**Sesión 2:**

### **Actividad 1: “Escucha activa”**

Una de las bases principales en el bienestar de cualquier persona es sentirse escuchado/a por los demás, sobre todo si se trata de nuestro entorno cercano. En esta actividad se propone que la usuaria y el resto de compañeros/as que participen, compartan las dudas, preocupaciones o tristezas que puedan surgir en un momento determinado, sobre todo ante la situación de pandemia actual que estamos viviendo que tantos desconciertos genera.

La finalidad de esta actividad consiste en que los usuarios/as con discapacidad intelectual se sientan escuchados y respaldados tanto por sus compañeros, como por los profesionales que las pongan en práctica, favoreciendo así la comunicación y el apoyo mutuo.

Para el desarrollo de esta actividad no se necesita ningún material. Los/as usuarios/as que participen se colocarán en un círculo para que todos y todas puedan verse las caras, así la comunicación será más efectiva. Una vez colocados, el/la profesional que la lleve a cabo comenzará lanzando unas preguntas al aire para romper el hielo: ¿Que tal estáis?, ¿Hay algo que os preocupe? ¿Cómo os encontráis ante la pandemia? .... De este modo, tendrán un espacio para sentirse escuchados/as, pudiendo compartir sus sentimientos e inquietudes.

Esta actividad puede hacerse diariamente por las mañanas cuando se reúnan los/as usuarios/as en el centro.

### **Sesión 3:**

#### **Actividad 2: “Historias de Vida”**

Cada persona tiene su propia historia de vida formada por todos los momentos que vive desde que nace hasta que se muere.

La finalidad de esta actividad es traer al presente recuerdos agradables sobre las diferentes etapas de su vida: infancia, juventud y edad adulta de la persona. De este modo, el traer a la mente estos recuerdos, hace que la persona que cuenta sus experiencias se sienta feliz.

Con esta actividad se trabaja la memoria, la reminiscencia y habilidades cognitivas, tales como la atención. Además, se trabaja la comunicación, la expresión y es una oportunidad para conocer mejor a los/as usuarios/as que la realizan.

Para llevar a cabo esta actividad se pueden utilizar fotografías personales que faciliten el recuerdo de momentos agradables. Así mismo, si la actividad se realiza de forma grupal se obtiene una experiencia más enriquecida para los/as usuarios/as que participan. Por ejemplo, cuando relatan viajes o vivencias ocurridas en el Centro Ocupacional pueden apoyarse unos/as a otros/as para detallar dichas experiencias.

### **Sesión 4:**

#### **Actividad 3: “Árbol del autoconocimiento”**

Esta actividad consiste en que los/as usuarios/as dibujen un árbol con sus tres partes: raíces, tronco y copa. Cada una de estas partes jugará un papel importante:

- **Raíces:** a su alrededor apuntarán los valores que tienen como personas. Ejemplo: respeto, sinceridad...
- **Tronco:** apuntarán sus cualidades, fortalezas y apoyos. Ejemplo: tranquilo, familia, amigos....
- **Copa:** apuntarán sus logros, metas y resultados personales. Ejemplo: ganar un premio, conseguir realizar una tarea que no podían... etc.

Esta actividad es una buena técnica para trabajar la autoestima y el autoconcepto, es decir, la imagen que cada persona tiene de sí misma. Así mismo, es de gran utilidad para reflexionar acerca de los logros y cualidades positivas que cada persona tiene, centrándose siempre en la parte positiva.

Por otro lado, los materiales necesarios para realizar esta actividad son: folios, colores y material de escritura (bolígrafos, lápices, rotuladores...).

Finalmente, con esta actividad se trabajan los apoyos que cada persona tiene en su vida. En este sentido, dicha actividad es una buena oportunidad para que la usuaria en la que se centra este estudio tenga en cuenta las personas importantes que forman parte de su vida (familia, amigos/as, trabajadores/as del centro...), de este modo, se potencian estos apoyos para que la persona no se sienta desprotegida.

## **Sesión 5:**

### **Actividad 4: “Mi nombre, mis virtudes”**

En esta actividad consiste en que cada persona escriba su nombre en letras mayúsculas y con las letras separadas en un folio. A continuación, buscarán una virtud o cualidad positiva para cada una de las letras que formen su nombre. Por ejemplo, mi nombre es Vanessa: Valiente, Agradable, Noble, Empática, Segura, Sociable y Amable.

Esta actividad sirve para que las personas tomen conciencia de sus propias cualidades personales, de este modo, aprenden a conocerse a sí mismas de forma positiva. Finalmente, el material necesario para realizar esta actividad son folios, colores y lápices o bolígrafos para escribir.

## **Sesión 6:**

### **Actividad 5: “Mi reflejo en los demás”**

Esta actividad es una dinámica para trabajar la autoestima de forma grupal. La finalidad principal de la misma es averiguar cómo las personas se ven reflejadas en los demás, por ello, teniendo en cuenta las virtudes trabajadas en la actividad anterior, cada persona describiremos con una virtud a los/as demás compañeros/as.

Para el desarrollo de esta actividad los/as participantes se sentarán en un círculo. A continuación, cada participante apuntará su nombre en un folio y lo irá pasando al resto de compañeros/as. Al finalizar todos y todas, cada persona leerá en alto las cualidades/virtudes que le han escrito para definirla.

Esta actividad es una buena oportunidad para pasar un rato agradable y potenciar el compañerismo del grupo.

## Sesión 7:

### Actividad 6: “Película del Revés: Mis emociones”

Esta actividad consiste en trabajar las emociones empleando para ello la película “del Revés”. La finalidad de esta actividad es que las personas con discapacidad intelectual identifiquen las emociones y lo que significa cada una de ellas.

El desarrollo de la actividad es el siguiente:

En primer lugar, entre las personas participantes se definirá que son las emociones, en caso de que no sepan describirlo con palabras, buscarán la palabra en el diccionario y leerán su definición. Una vez definido el término se contará la historia de las emociones de la película del Revés, presentando a los personajes de las emociones:

Del revés es una película donde las emociones de una niña de 11 años que se llama María se convierten en protagonistas. Como todas las personas María se guía por sus emociones, en este caso son cinco: Alegría, Miedo, Asco, Ira (enfado) y Tristeza que representan a cinco personajes:

**Alegría:** Su tarea es mantener feliz a María y conseguir que siempre esté de buen humor. Siempre busca el lado positivo (bueno de las cosas). (Color de la emoción Amarillo).

**Miedo:** Su tarea es mantener a salvo a María, para miedo casi todo lo que rodea a María es peligroso, es una emoción importante para sobrevivir pero si es muy fuerte el miedo se convierte en terror. (Color de la emoción Violeta).

**Asco:** Su tarea es que María no haga nada que le pueda sentir mal, es sincera y cabezota. Se encarga por ejemplo de que María no coma o beba algo que le puede hacer daño, se encarga de protegerla. (Color Verde).

**Ira:** Se encarga de actuar cuando algo no es justo, sus reacciones son exageradas y no tiene mucha paciencia a veces. Es una emoción que mostramos cuando estamos enfadados.

**Tristeza:** Solo ve el lado negativo (malo) de las cosas, esta emoción no es respetada por las otras, pero es necesaria en la vida de las personas, en este caso, avisa a María de que algo no va bien. (Color Azul)

Una vez presentados los personajes se entrega el dibujo de uno de ellos a cada participante para que lo identifique y lo pinte del color que corresponda, de este modo, se trabaja la comprensión lectora, la memoria y se aprende a relacionar las emociones con los colores. Una vez pintados los personajes se enseñan al resto y se realiza un mural sobre las emociones trabajadas.

## **Sesión 8:**

### **Actividad 7: “Gestión de Situaciones”**

Esta actividad es complementaria a la anterior. Recuperando las emociones trabajadas con la dinámica de la película del Revés, una vez que las personas tienen las cinco emociones identificadas (alegría, tristeza, ira, miedo y asco) se les pedirá que relacionen dichas emociones con su vida diaria, es decir, deben pensar situaciones que les hagan sentir esas emociones. Por ejemplo: “siento tristeza cuando me enfado con un/a amigo/a”.

Para el desarrollo de esta actividad de forma individual cada participante pensará situaciones que le hagan sentir las emociones mencionadas anteriormente.

A continuación, se les presentarán dos situaciones para identificar que emoción o emociones predominan en ellas y todos/as juntos/as pensarán como gestionar esas situaciones.

#### **Situación 1: “Carla y Lucía son dos hermanas que discuten por quien de ellas hará la cena. Ninguna de las dos se pone de acuerdo y Lucía termina llorando”.**

##### **Preguntas:**

¿Qué emoción predomina en Lucía?

¿Cómo resolverías esta situación?

#### **Situación 2: “Mario y Bárbara son amigos desde los tres años, en la actualidad tienen 40. Un día quedan para ir al cine pero no se ponen de acuerdo a la hora de escoger la película. Los dos discuten y Mario se marcha hecho una furia, mientras Bárbara se queda pensando en si esta situación romperá su amistad”.**

##### **Preguntas:**

¿Qué emoción predomina en Mario? ¿Qué emoción predomina en Bárbara?

¿Qué le dirías a Mario para resolver esta situación? ¿Y a Bárbara?

Finalmente, es necesario transmitirles el mensaje de que todas las emociones son necesarias en su vida diaria, sin embargo, es fundamental que predomine la alegría para que su bienestar emocional sea adecuado. Por otro lado, el control de las emociones en las personas con discapacidad intelectual es difícil, ya en muchas situaciones no son conscientes de la realidad de los actos que han realizado, por ello, es fundamental analizar las situaciones que ocurren y ayudarles a gestionar sus emociones para que no les dominen.

## **H. Evaluación**

Una vez aplicado el programa de intervención es necesario comprobar si ha tenido efecto, para ello, se volverán a pasar de nuevo las dos escalas empleadas para recoger información. La finalidad es comprobar si hay cambios en las respuestas ofrecidas por la usuaria S, si los hay, el programa habrá resultado efectivo.

## 9. REFERENCIAS

Aparicio Ágreda, M<sup>a</sup>. L. (2009). El largo camino hacia una educación inclusiva. En M.R. Berruezo & S. Conejero (coords). *Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación* (pp.129-138). Universidad Pública de Navarra.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2962512>

Asociación Pro Ayuda a Deficientes Psíquicos en Asturias (ADEPAS). (2021). *Documentación interna*.

Berjano Peirats, E y García Burgos, E. (2021). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI*. Madrid; Feaps. <https://sid-inico.usal.es/documentacion/discapacidad-intelectual-y-envejecimiento-un-problema-social-del-siglo-xxi/>

Bisquerra Alzina, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. La Muralla.

Bienestando (2020, 13 de abril). *Bienestar emocional: su importancia y cómo cuidar de él*. <https://bienestando.es/bienestar-emocional/>

Blanco Molina, M. y Salazar Villanea, M. (2014). *Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage*. Universidad de Costa Rica. <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30350/Escala%20de%20Depresion%20Geri%C3%A1trica%20GDS%20de%20Yesavage.PDF?sequence=4&isAllowed=y>

Canimas Brugué, J. (2015). ¿Discapacidad o diversidad funcional? *Siglo cero*, 6 (2), 79-97. <http://dx.doi.org/10.14201/scero20154627997>

Centro de Documentación y Estudios SIIS. (2012). *Buenas Prácticas en la Atención a personas con discapacidad*. Diputación Foral de Álava. <https://www.siiis.net/documentos/ficha/199385.pdf>

- Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA). (2021). *Definición de Discapacidad Intelectual*. <https://creena.educacion.navarra.es/web/necesidades-educativas-especiales/equipo-de-psiquicos/discapacidad-intelectualp/definicion-de-discapacidad-intelectual/>
- Constitución Española. (1978). *Boletín Oficial del Estado n°311*. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Cutiño Quinteros, V., Díaz Munizaga, N., Muñoz Muñoz, K. y Vega Morgado, C. (2009, 14 de junio). Grados de afectación de la Discapacidad Intelectual características de cada grupo. *Discapacidad Intelectual una atención a la diversidad*. <http://discapacidadintelectual09.blogspot.com/2009/06/grados-de-afectacion-de-la-discapacidad.html>
- Del Barrio, J. A., Sánchez Iglesias, A y González-Santos, J. (2016). Retos del envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 47-56.
- <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851778005.pdf>
- Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Polibea*, (73), 1-20.
- <https://sid.usal.es/version-imprimir/articulos/discapacidad/7589/8-2-6/vision-y-modelos-conceptuales-de-la-discapacidad.aspx>
- Fundación Cedes. (2021, 4 de abril). Competencias emocionales. *El huerto de ideas*. <https://www.elhuertodeideas.org/blog/5197>
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 289, de 3 de diciembre de 2003. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-22066>
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de minusválidos. *Boletín Oficial del Estado*, 103, de 30 de abril de 1982. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-9983>



Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M. C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C. y Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630.

<https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría General de Asuntos Sociales; Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (INMERSO).

<https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

Paredes, D. (2010). Bienestar emocional y expresión conductual en las personas con discapacidad intelectual. *Educación y diversidad*, 4(2), 51-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3276331>

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 28 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado*, 289, de 3 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>

Rodríguez Díaz, S. y Ferreira, M. A. (2010). Desde la Discapacidad hacia la Diversidad Funcional. Un ejercicio de normalización. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68 (2), 289-309.

[https://www.um.es/discatif/documentos/SRDyMAVF\\_RIS.pdf](https://www.um.es/discatif/documentos/SRDyMAVF_RIS.pdf)

Romañach Cabrero, J. y Lobato, M. (2007). *Diversidad Funcional* (pp.321-330). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2393402>

- Shalock, R. L y Verdugo M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38 (4), 21-36. [https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224\\_articulos2.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf)
- Stopiello, L. A. (2009). Estudio de Caso Único: vicisitudes en la selección de la muestra de una investigación doctoral. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13(2), 224-246. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630254007.pdf>
- Verdugo Alonso, M.A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual en la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Siglo Cero*, 34 (1), 5-19. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3050>
- Verdugo Alonso, M.A., Gómez Sánchez, L.E., Arias Martínez, B., Santamaría Domínguez, M., Clavero Herrero, D y Tamarit Cuadrado, J. (2013). *Escala INICO-FEAPS: Evaluación Integral de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. [https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26363/Herramientas%207\\_2013.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26363/Herramientas%207_2013.pdf)
- Verdugo Alonso, M.A. y Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 41(4), 7-21. [https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc\\_236.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc_236.pdf)
- Verdugo, M.A., Vicent, C., Campo, M y de Urríes, B. (2001). *Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante*. Servicio de Información sobre Discapacidad (SID). <https://sid.usal.es/idocs/F8/8.4.1-5021/8.4.1-5021.PDF>

## 10. ANEXOS

### Anexo I : Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

#### Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

##### Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele: "Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Si o No".

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.

**Elige la respuesta adecuada según cómo te sentiste la semana pasada.**

1. ¿Estás básicamente, satisfecho(a) con tu vida? SI / NO
2. ¿Has dejado de hacer muchas de tus actividades e intereses? SI / NO
3. ¿Sientes que tu vida no tiene sentido? SI / NO
4. ¿Te aburres a menudo? SI / NO
5. ¿Estás de buen humor la mayor parte del tiempo? SI / NO
6. ¿Tienes miedo de que algo malo te vaya a pasar? SI / NO
7. ¿Te sientes feliz la mayor parte del tiempo? SI / NO
8. ¿Te sientes a menudo indefenso(a), desprotegido(a), sin protección, que nadie te protege? SI / NO
9. ¿Prefieres quedarte en la casa/residencia, en vez de salir y hacer cosas nuevas? SI / NO
10. ¿Con respecto a tu memoria: ¿Sientes que tienes más problemas que la mayoría de la gente? SI / NO
11. ¿Piensas que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI / NO
12. De la forma de cómo te sientes en este momento, ¿Te sientes inútil? SI / NO
13. ¿Te sientes con mucha energía? SI / NO
14. ¿Sientes que su situación no tiene remedio? SI / NO
15. ¿Piensas que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que tú? SI / NO

## Anexo II: Dimensión bienestar emocional ESCALA INICO-FEAPS.

### INFORME DE OTRAS PERSONAS

**INSTRUCCIONES:**  
A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que usted está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

**CLAVE DE RESPUESTA:**

"N" = Nunca;	"A" = Algunas veces;	"F" = Frecuentemente;	"S" = Siempre
--------------	----------------------	-----------------------	---------------

BIENESTAR EMOCIONAL	N	A	F	S
19 Presenta síntomas de depresión	4	3	2	1
20 Se muestra sin ganas de nada	4	3	2	1
21 Presenta síntomas de ansiedad	4	3	2	1
22 Tiene problemas de comportamiento	4	3	2	1
23 Se muestra seguro/a de sí mismo/a	1	2	3	4
24 Se muestra satisfecho/a con lo que puede hacer en el futuro	1	2	3	4
25 Se muestra orgulloso/a de sí mismo/a	1	2	3	4
26 Manifiesta deseos de cambiar su modo de vida	4	3	2	1
27 Disfruta con las cosas que hace	1	2	3	4
Puntuación Directa Total				

---

### AUTOINFORME

Una vez entendidas las opciones de respuesta, te presentamos una serie de preguntas acerca de tu vida. Tacha con una cruz la respuesta que consideras que mejor te describe. Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas, y que tus respuestas se utilizarán solo con el objetivo de tratar de mejorar aquellas cosas que te disgustan. Por favor, no dejes ninguna pregunta en blanco.

**CLAVE DE RESPUESTA:**

"N" = Nunca;	"A" = Algunas veces;	"F" = Frecuentemente;	"S" = Siempre
--------------	----------------------	-----------------------	---------------

BIENESTAR EMOCIONAL	N	A	F	S
19 Tengo ganas de llorar	4	3	2	1
20 Me siento sin ganas de nada	4	3	2	1
21 Me encuentro demasiado inquieto/a o nervioso/a	4	3	2	1
22 Tengo problemas de comportamiento	4	3	2	1
23 Me siento seguro/a de mi mismo/a	1	2	3	4
24 Me siento bien cuando pienso en lo que puedo hacer en el futuro	1	2	3	4
25 Me siento orgulloso/a de mi mismo/a	1	2	3	4
26 Me gustaría cambiar mi modo de vida	4	3	2	1
27 Disfruto con las cosas que hago	1	2	3	4
Puntuación Directa Total				



### Anexo III : Resultados dimensión bienestar emocional caso S 2021.

#### INFORME DE OTRAS PERSONAS

**INSTRUCCIONES:**  
A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que usted está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

**CLAVE DE RESPUESTA:**  
"N" = Nunca; "A" = Algunas veces; "F" = Frecuentemente; "S" = Siempre

BIENESTAR EMOCIONAL	N	A	F	S
19 Presenta síntomas de depresión	4	3	2	1
20 Se muestra sin ganas de nada	4	3	2	1
21 Presenta síntomas de ansiedad	4	3	2	1
22 Tiene problemas de comportamiento	4	3	2	1
23 Se muestra seguro/a de sí mismo/a	1	2	3	4
24 Se muestra satisfecho/a con lo que puede hacer en el futuro	1	2	3	4
25 Se muestra orgulloso/a de sí mismo/a	1	2	3	4
26 Manifiesta deseos de cambiar su modo de vida	4	3	2	1
27 Disfruta con las cosas que hace	1	2	3	4
Puntuación Directa Total	35			

#### AUTOINFORME

Una vez entendidas las opciones de respuesta, te presentamos una serie de preguntas acerca de tu vida. Tacha con una cruz la respuesta que consideras que mejor te describe. Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas, y que tus respuestas se utilizarán solo con el objetivo de tratar de mejorar aquellas cosas que te disgustan. Por favor, no dejes ninguna pregunta en blanco.

**CLAVE DE RESPUESTA:**  
"N" = Nunca; "A" = Algunas veces; "F" = Frecuentemente; "S" = Siempre

BIENESTAR EMOCIONAL	N	A	F	S
19 Tengo ganas de llorar	4	3	2	1
20 Me siento sin ganas de nada	4	3	2	1
21 Me encuentro demasiado inquieto/a o nervioso/a	4	3	2	1
22 Tengo problemas de comportamiento	4	3	2	1
23 Me siento seguro/a de mi mismo/a	1	2	3	4
24 Me siento bien cuando pienso en lo que puedo hacer en el futuro	1	2	3	4
25 Me siento orgulloso/a de mi mismo/a	1	2	3	4
26 Me gustaría cambiar mi modo de vida	4	3	2	1
27 Disfruto con las cosas que hago	1	2	3	4
Puntuación Directa Total	32			

**Anexo IV: Resultados dimensión bienestar emocional caso S: Informe de otras personas 2019.**

BIENESTAR EMOCIONAL		N	A	F	S
19 - Presenta síntomas de depresión	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 - Se muestra sin ganas de nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 - Presenta síntomas de ansiedad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 - Tiene problemas de comportamiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 - Se muestra seguro/a de sí mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 - Se muestra satisfecho/a con lo que puede hacer en el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 - Se muestra orgulloso/a de sí mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 - Manifiesta deseos de cambiar su modo de vida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 - Disfruta con las cosas que hace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNTUACION DIRECTA TOTAL		30			

**Anexo V: Resultados dimensión bienestar emocional caso 2: Autoinforme 2019.**

BIENESTAR EMOCIONAL		N	A	F	S
19 - Tengo ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 - Me siento sin ganas de nada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 - Me encuentro demasiado inquieto/a o nervioso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 - Tengo problemas de comportamiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 - Me siento seguro/a de mi mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 - Me siento bien cuando pienso en lo que puedo hacer en el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 - Me siento orgulloso/a de mi mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 - Me gustaría cambiar mi modo de vida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 - Disfruto con las cosas que hago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNTUACION DIRECTA TOTAL		27			

## Anexo VI: Resultados Escala Depresión Geriátrica (GDS) año 2021.

**Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)**

**Instrucciones:**

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele: "Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Sí o No".

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada. *S. Mujer 59 años*

Elige la respuesta adecuada según cómo te sentiste la semana pasada.

1. ¿Estás básicamente, satisfecho(a) con tu vida?  SI /  NO
2. ¿Has dejado de hacer muchas de tus actividades e intereses?  SI /  NO
3. ¿Sientes que tu vida no tiene sentido?  SI /  NO
4. ¿Te aburres a menudo?  SI /  NO
5. ¿Estás de buen humor la mayor parte del tiempo?  SI /  NO
6. ¿Tienes miedo de que algo malo te vaya a pasar?  SI /  NO
7. ¿Te sientes feliz la mayor parte del tiempo?  SI /  NO
8. ¿Te sientes a menudo indefenso(a), desprotegido(a), sin protección, que nadie te protege?  SI /  NO
9. ¿Prefieres quedarte en la casa/residencia, en vez de salir y hacer cosas nuevas?  SI /  NO
10. ¿Con respecto a tu memoria: ¿Sientes que tienes más problemas que la mayoría de la gente?  SI /  NO
11. ¿Piensas que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?  SI /  NO
12. De la forma de cómo te sientes en este momento, ¿Te sientes inútil?  SI /  NO
13. ¿Te sientes con mucha energía?  SI /  NO
14. ¿Sientes que su situación no tiene remedio?  SI /  NO
15. ¿Piensas que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que tú?  SI /  NO



**Anexo VII: Resultados Escala Depresión Geriátrica (GDS) año 2019.**

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI = 0	NO = 1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI = 1	NO = 0
¿Siente que su vida está vacía?	SI = 1	NO = 0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI = 1	NO = 0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI = 0	NO = 1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI = 1	NO = 0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI = 0	NO = 1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI = 1	NO = 0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI = 1	NO = 0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI = 1	NO = 0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI = 0	NO = 1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI = 1	NO = 0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI = 1	NO = 0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI = 0	NO = 1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI = 1	NO = 0
TOTAL		

VALORACIÓN 3

## Anexo VIII: Baremo del “Informe de otras personas”

Puntuación Estándar	Puntuaciones Directas								Percentil	
	AU	DE	BE	IS	DP	RI	BM	BF		
20										>99
19										>99
18										>99
17	35-36									99
16	34			36	35-36	36				98
15	32-33	36	35-36	35	34	34-35	36	36		95
14	30-31	34-35	34	34	33	32-33	35	35		91
13	28-29	33	32-33	32-33	31-32	30-31	34	33-34		84
12	27	32	31	31	30	28-29	32-33	32		75
11	26	30-31	29-30	30	29	27	31	31		63
10	25	29	28	29	27-28	25-26	30	30		50
9	23-24	28	26-27	27-28	26	23-24	29	28-29		37
8	21-22 18-	26-27	25	26	25	21-22	27-28	27		25
7	19-20	25	23-24	25	23-24	19-20	26	26		16
6	16-17	24	22	23-24	22	18	25	25		9
5	14-15	22-23	20-21	22	21	16-17	24	24		5
4	13	21	19	21	19-20	14-15	22-23	22-23		2
3	11-12	20	17-18	19-20	18	12-13	21	21		1
2	9-10	18-19	16	18	17	10-11	20	20		<1
1	<10	<18	<16	<18	<17	<10	<20	<20		<1

## Anexo IX: Baremo del “Autoinforme”

Puntuación Estándar	Puntuaciones Directas								Percentil
	AU	DE	BE	IS	DP	RI	BM	BF	
20									>99
19									>99
18									>99
17									99
16	35-36					36			98
15	33-34	35-36	36	35-36	36	35		36	95
14	32	34	34-35	34	34-35	33-34	35-36	35	91
13	30-31	32-33	33	33	33	31-32	34	34	84
12	28-29	31	31-32	31-32	31-32	30	33	33	75
11	26-26	29-30	30	30	30	28-29	31-32	32	63
10	25	28	28-29	28-29	28-29	26-27	30	30-31	50
9	23-24	26-27	27	27	27	25	29	29	37
8	21-22	25	26	26	25-26	23-24	27-28	28	25
7	19-20	23-24	24-25	24-25	24	21-22	26	27	16
6	18	22	23	23	22-23	20	25	26	9
5	16-17	20-21	21-22	21-22	21	18-19	23-24	24-25	5
4	14-15	19	20	20	19-20	16-17	22	23	2
3	12-13	17-18	19	19	18	14-15	20-21	22	1
2	11	16	17-18	17-18	16-17	13	19	21	<1
1	<11	<16	<17	<17	<16	<13	<19	<21	<1