

**PROPUESTA DE UNA
INTERVENCIÓN EN BIENESTAR CON
PERSONAS CON DISCAPACIDAD
INTELECTUAL**

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

CURSO ACADÉMICO 2017-2018

Autora: Susana Gómez Santamaría

Tutor/a: Rosario J. Marrero Quevedo

RESUMEN.

El objetivo de este trabajo fue analizar la eficacia de un programa de intervención positiva para promover el bienestar hedónico y eudaimónico de mujeres con discapacidad intelectual. Los participantes fueron once mujeres (media 34,27 años). Se llevó a cabo una asignación no aleatoria de las participantes a la condición de intervención (n = 6) y a la condición de control, sin tratamiento (n = 5). Las participantes fueron evaluadas antes y después de la intervención para probar la efectividad del programa de tratamiento. Se administraron la escala INICO-FEAPS de calidad de vida, la escala ABC-ECA de problemas de conducta y la prueba EZPQ de personalidad a terceras personas, mientras que las participantes cumplimentaron la escala de calidad de vida y el índice Pemberton de bienestar. Así mismo, se realizó una entrevista cualitativa y registros observacionales. Los resultados indicaron que apenas existían cambios significativos en las medidas cuantitativas tras la intervención, aunque los datos cualitativos indicaron que el programa había resultado satisfactorio dotando a las participantes de mayor capacidad de análisis. Los informes de terceros indicaron incrementos en autodeterminación, bienestar emocional y relaciones interpersonales. Este trabajo permite establecer líneas de trabajo futuras destinadas a mejorar el bienestar de esta población.

Palabras clave: bienestar hedónico; bienestar eudaimónico; discapacidad intelectual; emociones; relaciones personales, inclusión.

ABSTRACT.

The objective of this work was to analyze the effectiveness of a positive intervention program to promote the hedonic and eudaimonic well-being of

women with intellectual disabilities. The participants were eleven women (average 34.27 years). A non-random assignment of the participants to the intervention condition (n = 6) and to the control condition, without treatment (n = 5) was carried out. Participants were evaluated before and after the intervention to test the effectiveness of the treatment program. The INICO-FEAPS quality of life scale, the ABC-ECA scale of behavioral problems and the EZPQ personality test were administered to third parties, while the participants completed the quality of life scale and the Pemberton welfare index. Likewise, a qualitative interview and observational records were conducted. The results indicated that there were hardly any significant changes in the quantitative measures after the intervention, although the qualitative data indicated that the program had been satisfactory, giving the participants greater analytical capacity. Third-party reports indicated increases in self-determination, emotional well-being and interpersonal relationships. This work allows establishing future lines of work aimed at improving the well-being of this population.

Keywords: hedonic well-being; eudaimonic well-being; intellectual disability; emotions; personal relationships, inclusion.

INTRODUCCIÓN

El término discapacidad ha tenido a lo largo de la historia un amplio recorrido variando su conceptualización desde un punto de vista filosófico hasta evolutivo. En el siglo XVII prevalecía el *Modelo preformista o negativista* donde se pensaba que las deficiencias se producían en el momento de la concepción o eran el resultado de los deseos de las fuerzas divinas (Aguado, 2014). Actualmente, se propone un *Modelo inclusivo de los derechos humanos*, donde se reconocen los derechos humanos fundamentales y se incluyen en los programas de atención a la discapacidad (Aguado, 2014; Dorado, 2008). Con este modelo se defiende que el entorno es quien ofrece los recursos y los apoyos para que las personas con discapacidad puedan lograr una vida independiente con los mismos derechos que el resto de ciudadanos, para lo cual es fundamental que la sociedad reconozca, valore y acepte a las personas con discapacidad como individuos con plenos derechos.

Por otra parte, se puede observar la evolución del concepto de discapacidad intelectual en cuanto a categoría diagnóstica. La Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR, 2002) plantea que el retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades prácticas, sociales y conceptuales.

El DSM-IV define el retraso mental como un trastorno que se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación,

cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad (Pichot, Aliño y Miyar, 1995). Se presentan códigos separados para retraso mental leve, moderado, grave y profundo, así como para retraso mental de gravedad no especificada. El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central (Pichot et al, 1995).

El DSM-V cambia el concepto de "retraso mental" por "discapacidad intelectual" –DI- (López, 2014). Con esta nueva terminología se busca superar la estigmatización del primer término y modificar los criterios diagnósticos de esta entidad nosológica. El cociente intelectual no es considerado preeminente para definir la DI ni sus niveles de gravedad; sino que se utilizan criterios clínicos y evaluaciones neuropsicológicas abarcando otras áreas del funcionamiento humano. Además, adquiere una mayor importancia valorar la capacidad de desenvolvimiento de la persona en su vida diaria. Esta perspectiva incluye muchas de las propuestas que desde la década de los 90, plantean las asociaciones de profesionales de personas con DI y sus familiares (Wahlberg, 2014).

Según Luckasson (2002), la DI comienza antes de los 18 años y parte de cinco premisas esenciales para su identificación: 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

comportamentales; 3. En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades; 4. Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios; 5. Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona generalmente mejorará.

Paralelamente, nace el estudio del bienestar en la década de los sesenta, y en su transcurso ha dado lugar a dos grandes tradiciones (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002): la tradición hedónica, centrada en el estudio del bienestar subjetivo, y la tradición eudaimónica, en el bienestar psicológico. Diener (1994), uno de los representantes de la primera línea, señala: *“El bienestar subjetivo trata de cómo y por qué las personas experimentan su vida de forma positiva, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas”* (p.67). El bienestar subjetivo se inscribe, pues, dentro de un marco fundamentalmente emocional y cognitivo que ha tomado diversas denominaciones: felicidad (Argyle, 1992; Fierro, 2000), satisfacción con la vida (Veenhoven, 1994), y emociones positivas o negativas (Bradburn, 1969). Las emociones positivas y negativas recogen el componente afectivo del bienestar, mientras que la satisfacción vital se refiere a la valoración cognitiva.

Por su parte, Ryff (1989) propone un modelo multidimensional de bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones: auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Aunque el modelo de Ryff descarta prácticamente los aspectos hedónicos de la experiencia humana, así como los componentes psicosociales del bienestar (p.ej.: sensación de que uno contribuye al bienestar comunitario – ver Keyes, 2005), estas seis dimensiones reflejan elementos

eudaimónicos de gran interés para cualquier clínico (Vázquez, Hervás y Ho 2006).

Este nuevo enfoque de la Psicología Positiva, y los distintos modelos que se han generado, han permitido aplicar estrategias y herramientas que se basan principalmente en actividades intencionales positivas que pueden ser aplicadas a todos los individuos y que incrementan el bienestar.

Por ejemplo, Ruini y Fava (1998) proponen *La Terapia del bienestar*, cuyo objetivo es potenciar la sensación de bienestar de las personas (a) mejorando la conciencia de los momentos positivos, (b) discutiendo y modificando los pensamientos disruptivos que bloquean dichas experiencias, y (c) mejorando las carencias del individuo en las 6 dimensiones del bienestar propuestas por Ryff (1989). Otra intervención relevante es la Terapia positiva para la depresión (Lewinsohn, 1975; Lewinsohn y Amenson, 1978). Las personas deprimidas realizan pocas actividades placenteras y demasiadas actividades desagradables en su vida cotidiana. Por ello, las intervenciones positivas del tipo «Saborear un día perfecto» (Seligman, 2003) podría incrementar las actividades reforzantes en el propio entorno. Otros hábitos como reconocer las propias fortalezas (Seligman, 2002) o ejercitar la gratitud (Emmons y McCullough, 2003) deberían ser útiles para incrementar la propia sensibilidad y conciencia hacia aspectos reforzantes y positivos del entorno y de uno mismo.

Apenas existe investigación que analice el bienestar en las personas con discapacidad intelectual. Gran parte de los abordajes se han centrado, en el mejor de los casos, en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual (DI). En este sentido, Shalock y Verdugo (2007) se centran en la inclusión y el pleno desarrollo de las personas con DI. En su

modelo proponen que la calidad de vida se entiende como un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas -universales- y émicas -ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales". En la tabla 1 aparecen las ocho dimensiones del Modelo de Calidad de Vida.

Tabla 1.

Modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo

MODELO DE CALIDAD DE VIDA DE SCHALOCK Y VERDUGO	
DIMENSIONES	INDICADORES
1. Bienestar físico	Salud, Actividades de la vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía/control personal, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos Humanos, derechos legales

Los distintos modelos propuestos, desde la Psicología Positiva, (Deci y Ryan, 1985; Ryff, 1989; Seligman, 2011), así como el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2007) proponen vías para promover el bienestar y para que una persona con DI se pueda integrar satisfactoriamente en la sociedad. Así, la auto-aceptación favorece el desarrollo de emociones positivas

y por tanto, el bienestar emocional. Establecer un significado en la vida y un compromiso personal, favorece la consecución de metas y redundando en un mayor bienestar físico, material y en el desarrollo personal. Del mismo modo, las relaciones positivas permiten promover relaciones interpersonales inclusivas donde las personas con DI se sientan parte de la sociedad. Todos estos recursos generan círculos positivos donde una persona con autonomía, se desarrolla a nivel físico, material, personal y emocional, favoreciendo la inclusión y mejorando así su bienestar hedónico y eudaimónico y, por tanto, su calidad de vida.

Tal y como señalábamos, existe una limitada investigación que analice el bienestar en las personas con DI. Paredes (2008) estudió el humor en personas con discapacidad intelectual y no encontró evidencias de que esta experiencia emocional fuese cualitativamente menor en las personas con discapacidad intelectual. En la misma línea, Gómez y Nieto (2014) observaron que el humor puede ser utilizado para mejorar la calidad de vida de las personas con DI y del desarrollo. Además, permite obtener beneficios tanto a nivel psicológico como emocional, mejorar la fluidez del pensamiento, promover estrategias de afrontamiento, así como desarrollar puntos de vista más creativos hacia la solución de problemas cotidianos (Avia, 1995, 1998; Vecina, 2006). En aspectos más relacionados con la salud física, se genera una mejora a nivel cardiovascular, endocrino, respiratorio y neuronal (Martin 2004).

Valdés, Andrea, Poblete-Toloza y Jiménez-Figueroa (2012) encontraron que los factores de calidad de vida familiar percibidos por los padres como la interacción familiar, el rol parental, el bienestar físico y material, el bienestar emocional y el apoyo a las personas con discapacidad intelectual no

mantuvieron relación con la felicidad subjetiva y satisfacción vital percibidas por los jóvenes con DI. En cambio, los resultados sí demostraron una relación significativa entre importancia de la calidad de vida familiar y satisfacción con la calidad de vida familiar; entre felicidad subjetiva y satisfacción vital; y entre felicidad subjetiva y funcionamiento familiar.

El único estudio que hemos encontrado en el que se comparó el bienestar de personas con discapacidad intelectual frente a personas sin discapacidad indicó que los individuos con DI no experimentaban una menor calidad de vida que la población sin DI (McGillivray, Lau, Cummins y Davey, 2009).

Debido a la escasez de intervenciones realizadas con personas con DI, en este trabajo se propone una intervención positiva para mejorar su bienestar hedónico y eudaimónico con el fin de que redunde en su calidad de vida global.

El objetivo de este estudio es, por tanto, evaluar el bienestar de personas con DI, así como diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de una intervención positiva en la que se incorporarán algunas de las actividades positivas que han probado su eficacia en población clínica y no-clínica (Bolier et al., 2013; Sin y Lyubomirsky, 2009). Concretamente, el programa de intervención incorpora entre sus componentes: el conocimiento de uno mismo y reforzamiento de la autoestima; el reconocimiento, expresión y regulación de las emociones; estrategias de identificación y resolución de situaciones que interfieren con el bienestar; promover las relaciones interpersonales positivas a través de la empatía, perdón y gratitud; y desarrollar el sentido del humor como mecanismo para mejorar el bienestar y la calidad de vida. Se espera que la intervención incremente el bienestar de las personas con DI.

MÉTODO

Participantes

Las participantes fueron mujeres residentes en Santa Cruz de Tenerife. El Grupo de Intervención (GI) estaba compuesto por 6 mujeres con una edad media de 36,5 (DT=9,57) que residían en una vivienda inclusiva supervisada; mientras que el Grupo Control (GC) estaba formado por 5 mujeres con media de edad 31,60 (DT=6,35) que vivían con sus familiares. El estado civil en el GI fue soltera para el 71,43% y el 28,57% divorciadas, mientras que en el GC todas eran solteras. En el GI el 50% tenían una discapacidad intelectual leve y el 50% moderado. En el GC el 60% tenía un grado de discapacidad intelectual leve y un 40% moderado.

Instrumentos

En todos los instrumentos se ha utilizado la versión adaptada para personas con DI facilitada por los propios autores.

La Escala INICO-FEAPS (Verdugo et. al 2013) permite la evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, mediante ocho indicadores. De todos ellos, se seleccionaron cuatro: autodeterminación, bienestar emocional, inclusión social y relaciones interpersonales. En total son 36 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 1 (nunca) a 4 (siempre). La prueba se aplicó a las usuarias y a una técnico del centro para obtener el informe de terceros.

La escala ABC-ECA (Aman et., al 1995) evalúa la presencia de conductas anómalas clasificadas en 5 categorías: agitación, letargia, estereotipias, hiperactividad y locuacidad. Está formada por 58 ítems con opción de

respuesta tipo Likert de 0 (no presenta problema) a 3 (problema importante). Esta escala la respondía la técnico únicamente.

La escala EZPQ (Zigler, Bennett-Gates, Hodapp, & Henrich, 2002) consta de 37 ítems que miden: motivación por la eficacia (EM), obediencia (OB), tendencia a la reacción negativa (NR), tendencia a la reacción positiva (PR), creatividad/curiosidad (CC), expectativa de éxito (ES) y conforme con los dictámenes externos (OD). El formato de respuesta es tipo Likert del 1 (muy en desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo). Fue respondida por la técnico.

El Índice Pemberton -PHI- (Hervás & Vázquez, 2013) es una escala de 11 ítems para medir el bienestar recordado con un sistema de respuesta tipo Likert de 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Para evaluar el bienestar experimentado utiliza 10 ítems, los cuales hacen referencia a los acontecimientos ocurridos el día anterior. Emplea un tipo de respuesta dicotómica (SI/NO). Y por último, para evaluar el bienestar global realiza un sumatorio de ambos. Esta escala la respondían las usuarias.

Registro observacional

Se registraron las conductas que se producían de forma natural en su rutina diaria. Se grabó un minuto diario durante 3 días antes de la intervención y se siguió la misma pauta después de la intervención.

En el grupo control, únicamente se pudo realizar el registro previo al taller, debido a su agenda.

Entrevistas cualitativas

Se aplicó una breve entrevista abierta con seis preguntas: 1. ¿Cómo te has sentido esta semana?, 2. ¿Qué pasó que te hizo sentir de ese modo?, 3. ¿Qué cosas te hacen sentir feliz, contento/a?, 4. ¿Qué es lo que más te gusta de ti? ¿Qué cosas haces bien?, 5. ¿Qué te gustaría hacer que ahora no haces?, 6. ¿Qué te impide hacer esas cosas? Se analizaron los datos pre y post-intervención a través del Programa Atlas.ti, el cual permite cuantificar la frecuencia y el tipo de respuestas, para así conocer si existían cambios tras la intervención.

PROCEDIMIENTO

Se contactó con las participantes mediante la colaboración de Plena Inclusión Canarias que nos propusieron ambos centros. Se planteó el objetivo de la investigación al equipo directivo y tras acceder a participar en el estudio, se contactó con las mujeres. Todas las participantes voluntariamente aceptaron formar parte de esta investigación, y tanto los familiares y tutores como ellas, firmaron su consentimiento.

El programa de intervención se diseñó por parte de los profesionales de Plena Inclusión y la ULL.

Descripción del programa de intervención

El programa de intervención se desarrolló a lo largo de 6 semanas, donde se realizaba una sesión semanal de hora y media aproximadamente. Estas sesiones fueron impartidas por dos formadores con DI del Centro de San Juan de Dios, una alumna en prácticas del Grado de Psicología y una alumna del

Máster de Psicología General Sanitaria. El lugar de desarrollo fue la vivienda inclusiva de las participantes en horario de tarde.

En la primera sesión, los objetivos fueron que las participantes adquirieran un mayor conocimiento sobre sí mismas, que se aceptaran y desarrollasen una autoestima adecuada. Para ello se empleó la “Dinámica de las estrellas” en la que identificaban cualidades a nivel corporal, competencial y relacionadas con los otros. Posteriormente, se guardaba la estrella en una caja y al azar debía ir cada una escogiendo una estrella e intentando adivinar a quién pertenecía.

Al finalizar la sesión se proponía una tarea para casa donde plasmaban en una tarjeta su foto y de forma creativa (utilizando revistas, dibujando, etc.), las cualidades anteriormente comentadas.

En la segunda sesión, el objetivo fue que aprendieran a reconocer y expresar emociones. Las emociones básicas, como la ira, el miedo, el asco, la alegría y la tristeza son las más fáciles de expresar y reconocer; mientras que otras como la vergüenza, la preocupación, los celos, el aburrimiento, etc., entrañan mayor dificultad.

Se realizaron diferentes dinámicas que les permitía ir familiarizándose con cada una de ellas: representaciones de emociones donde el resto de compañeras tenían que adivinar la emoción que se estaba expresando, búsqueda en revistas de diferentes expresiones emocionales, clasificación de emociones positivas y negativas en una cartulina, etc. Al finalizar, se les proponía una tarea para casa en la que cada día debían escribir cómo se habían sentido y el motivo que condujo a esa emoción.

En la tercera sesión, se abordaba la identificación de las conductas desafiantes y la prevención a través del Apoyo Conductual Positivo. Las

conductas desafiantes tienen alguna intención comunicativa: conseguir algo agradable, evitar algo desagradable, llamar la atención o mostrar aburrimiento. Las causas pueden ser biológicas, psicológicas y/o ambientales. Por parejas leían algunos casos y el modo de solventar su situación. A continuación, mediante el “Apoyo Conductual Positivo” se identificaron las necesidades y los apoyos que debían estar presentes para evitar las conductas desafiantes. Para practicarlo, tenían que identificar si se producía alguna conducta desafiante en esa semana, cuál era su antecedente, su consecuente, la conducta en sí, y lo que habían realizado para sentirse mejor.

En la cuarta sesión se trabaja la empatía, el perdón y la gratitud por ser habilidades fundamentales para relacionarnos con los demás y promover el bienestar. La empatía permite ponerse en el lugar de otra persona y compartir sus sentimientos. Se realizó una actividad donde las participantes pensaban en una persona significativa y debían actuar como si fuese esa persona.

El perdón es un modo de neutralizar una emoción negativa cuando alguien nos ha ofendido. Para ello, se realizó un ejercicio donde cada participante escribía en una tarjeta algo que le había molestado de otra persona, y se reflexionaba sobre su capacidad de perdonar. Seguidamente, cada participante de forma voluntaria, rompía la tarjeta al mismo tiempo que decía en voz alta “yo te perdono”. De este modo, la persona liberaba su enfado, su dolor y por consiguiente obtenía alivio.

Por último, se abordó la gratitud como mecanismo para promover emociones positivas. Se puede ser agradecido de formas muy variadas (diciendo “gracias”, un gesto afectuoso, un regalo, compartir un momento, devolver un favor, etc.). A través de distintos ejercicios se identificaron

situaciones por las que estaban agradecidas. Para casa, se propuso una tarea en la que cada día darían las gracias a alguien describiendo el motivo y el modo en que se lo agradecerían.

Durante la sesión cinco, se trabaja el concepto de Felicidad entendida como un sentimiento de alegría, confianza y seguridad, vinculada a un proyecto de vida y a un plan de acción. A través de la dinámica “En busca del tesoro perdido” se relataba una historia en la que se situaba la felicidad dentro de la persona. Para alcanzar la felicidad es necesario realizar actividades placenteras cada día que supongan un crecimiento personal y produzcan bienestar. Además se abordaba la capacidad de decidir por ellas mismas mediante los grupos de autogestores y la importancia de tener un proyecto de vida con sus metas y deseos a través de la Planificación Centrada en la Persona (se decide sobre aspectos importantes de su vida junto con las personas que conforman su red de apoyo más cercano). En la tarea para casa, tenían que describir la actividad placentera que habían realizado y cómo se habían sentido.

Finalmente, en la sexta sesión, el objetivo principal fue conocer el significado del sentido del humor y su utilidad. El sentido del humor permite enfrentarse a los problemas relativizando su importancia, favoreciendo así la regulación de nuestras emociones y el mantenimiento positivo de las relaciones interpersonales. Se realizó la dinámica “El ciego y la estatua” que consistía en que primero la estatua y después el ciego debía poner una postura divertida para después comprobar sus similitudes.

Dada la importancia del sentido del humor se practicó a través del juego de las “Caricaturas” donde por parejas dibujaban la cara de su compañero/a con

su mano no dominante. Finalmente, como tarea para casa, elaborarían “El diario de la risa” en el cual sólo podían anotar situaciones y actitudes positivas del día y/o recuerdos divertidos.

Análisis de datos

Se analizaron previamente si los grupos de intervención (GI) y control (GC) eran homogéneos en las variables evaluadas a través de la Prueba de Mann-Whitney (U). Seguidamente, se analizó si había diferencias pre-post intragrupo, tanto en el GI como en el GC mediante la prueba de Wilcoxon. Por último, se analizaron las diferencias intergrupo en el post-test con la U de Mann-Whitney.

Además se analizaron para el GI la frecuencia de ocurrencia de las conductas a nivel observacional, así como las categorías de respuesta en la entrevista cualitativa antes y después de la intervención.

RESULTADOS

Análisis preliminares

Se encontraron diferencias significativas entre el GI y el GC en el informe de terceros para curiosidad, dirección, agitación y bienestar emocional. El GI puntuó más alto en curiosidad, bienestar emocional y agitación y el GC en dirección. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre el GI y el GC en las medidas de bienestar y calidad de vida autoinformadas (Tabla 2).

Tabla 2.

Diferencias de medias en personalidad entre el grupo de intervención y control en el pre-test

	Grupo de Intervención N = 6	Grupo de Control N = 5	Grupo de Intervención vs. Grupo Control
	Media (DT)	Media (DT)	U
Motivación	24,33 (3,72)	25,20 (3,11)	13,00
Obediencia	14,17 (3,19)	14,00 (2,00)	13,00
Reacción negativa	14,00 (5,40)	15,00 (6,20)	12,50
Reacción positiva	16,50 (4,09)	15,80 (1,92)	13,50
Curiosidad	10,00 (1,79)	7,80 (1,30)	4,50*
Éxito	18,00 (2,28)	17,00 (2,12)	11,50
Dirección	16,50 (2,43)	22,80 (2,95)	0,00**

Análisis intragrupo

Tal y como se puede observar en la Tabla 3, el GI mostró menor bienestar experimentado después de la intervención en la medida auto-informada; mientras que los informes de terceros indicaron que el GI mejoró en autodeterminación, bienestar emocional y relaciones interpersonales.

Tabla 3.

Diferencias de medias en bienestar y calidad de vida entre los grupos de intervención y control

	Grupo de Intervención N=6			Grupo de Control N=5		Grupo Intervención vs Grupo Control		
	PRE Media (DT)	POST Media (DT)	Z	PRE Media (DT)	POST Media (DT)	Z	PRE U	POST U
AUTOINFORME								
Autodeterminación	25,57 (4,39)	24,83 (3,66)	-,14	23,40 (2,88)	24,60 (1,52)	-,54	12,50	13,50
Bienestar Emocional	25,29 (2,75)	24,83 (3,06)	-,41	23,80 (1,30)	24,80 (3,70)	-,41	12,50	13,50
Inclusión Social	24,57 (1,81)	25,33 (3,56)	-,41	21,40 (2,79)	23,60 (3,13)	-1,21	5,50*	10,50
Relaciones Interpersonales	24,29 (3,35)	25,83 (2,71)	-,92	26,60 (2,70)	26,00 (2,45)	-,41	9,00	14,00
Bs. recordado	32,57 (7,41)	34,67 (5,32)	-1,63	34,00 (4,85)	40,80 (2,39)	-1,83	14,50	5,00
Bs. Experimentado	7,86 (,38)	6,33 (1,37)	-2,04*	7,40 (,89)	7,80 (,45)	-1,00	12,50	4,00*
Bs. Global	40,43 (7,63)	41,00 (5,97)	-1,27	41,40 (5,13)	48,60 (2,30)	-1,84	16,00	4,50
TERCEROS								
Autodeterminación	21,14 (1,46)	22,83 (1,47)	-2,04*	21,40 (1,82)			15,50	
Bienestar Emocional	23,14 (2,19)	25,17 (1,94)	-2,02*	19,40 (1,95)			4,00*	
Inclusión Social	21,29 (2,29)	23,17 (2,04)	-1,79	21,60 (2,51)			16,50	
Relaciones Interpersonales	24,57 (4,16)	27,83 (3,25)	-	26,80 (4,60)			13,50	
			2,21*					
Agitación	13,00(11,78)	6,67 (5,43)	-1,46	,40 (,89)			4,50*	
Letargia	5,43 (8,04)	2,17 (4,83)	-1,60	4,80 (5,93)			14,50	
Estereotipias	,00 (,00)	,33 (,82)	-1,00	,20 (,45)			14,00	
Hiperactividad	10,57 (8,60)	5,67 (4,27)	-1,27	1,60 (2,61)			6,00	
Locuacidad	2,29 (2,87)	,83 (,75)	-1,13	,60 (,89)			11,00	

Cuando se analizaron las diferencias entre pre y post del GC no aparecieron diferencias significativas salvo en bienestar global que aumentó ligeramente con el transcurso del tiempo.

Al analizar a ambos grupos en el post-test se observó mayor puntuación en bienestar experimentado y en bienestar global en el GC.

Tabla 3.

Diferencias de medias en bienestar y calidad de vida entre los grupos de intervención y control

	Grupo de Intervención N=6			Grupo de Control N=5		Grupo Intervención vs Grupo Control		
	PRE Media (DT)	POST Media (DT)	Z	PRE Media (DT)	POST Media (DT)	Z	PRE U	POST U
AUTOINFORME								
Autodeterminación	25,57 (4,39)	24,83 (3,66)	-,14	23,40 (2,88)	24,60 (1,52)	-,54	12,50	13,50
Bienestar Emocional	25,29 (2,75)	24,83 (3,06)	-,41	23,80 (1,30)	24,80 (3,70)	-,41	12,50	13,50
Inclusión Social	24,57 (1,81)	25,33 (3,56)	-,41	21,40 (2,79)	23,60 (3,13)	-1,21	5,50*	10,50
Relaciones Interpersonales	24,29 (3,35)	25,83 (2,71)	-,92	26,60 (2,70)	26,00 (2,45)	-,41	9,00	14,00
Bs. recordado	32,57 (7,41)	34,67 (5,32)	-1,63	34,00 (4,85)	40,80 (2,39)	-1,83	14,50	5,00
Bs. Experimentado	7,86 (,38)	6,33 (1,37)	-2,04*	7,40 (,89)	7,80 (,45)	-1,00	12,50	4,00*
Bs. Global	40,43 (7,63)	41,00 (5,97)	-1,27	41,40 (5,13)	48,60 (2,30)	-1,84	16,00	4,50
TERCEROS								
Autodeterminación	21,14 (1,46)	22,83 (1,47)	-2,04*	21,40 (1,82)			15,50	
Bienestar Emocional	23,14 (2,19)	25,17 (1,94)	-2,02*	19,40 (1,95)			4,00*	
Inclusión Social	21,29 (2,29)	23,17 (2,04)	-1,79	21,60 (2,51)			16,50	
Relaciones Interpersonales	24,57 (4,16)	27,83 (3,25)	-	26,80 (4,60)			13,50	
Agitación	13,00(11,78)	6,67 (5,43)	-1,46	,40 (,89)			4,50*	
Letargia	5,43 (8,04)	2,17 (4,83)	-1,60	4,80 (5,93)			14,50	
Estereotipias	,00 (,00)	,33 (,82)	-1,00	,20 (,45)			14,00	
Hiperactividad	10,57 (8,60)	5,67 (4,27)	-1,27	1,60 (2,61)			6,00	
Locuacidad	2,29 (2,87)	,83 (,75)	-1,13	,60 (,89)			11,00	

Análisis idiográfico

A nivel individual se encontró que la participante ELM obtuvo en su auto-informe mayores puntuaciones en relaciones personales; mientras que en el de terceros mejoró en todas las variables. También disminuyó la agitación e hiperactividad. En el caso de NCD, en el auto-informe mejoró en bienestar emocional, inclusión y bienestar recordado; y en el informe de terceros, se observó también un incremento en autodeterminación. La usuaria MCDG,

mejoró en su valoración sobre su autodeterminación; y según el informe de terceros aumentó en todas las variables excepto en inclusión. Para BDG, en general sus puntuaciones bajaron, mientras que su bienestar recordado y su bienestar global mejoraron. Según informe de terceros puntuó más en inclusión y disminuyó en agitación, hiperactividad y locuacidad. La participante MMLG consideró que sus relaciones personales, su bienestar recordado y su bienestar global fueron más altos. Según terceros, mejoró también en bienestar emocional. Por último, IFLD consideró que mejoraba en autodeterminación, inclusión, bienestar recordado y bienestar global. Según informe de terceros también mejoró en bienestar emocional y en relaciones interpersonales. Las conductas problema disminuyeron (ver tablas 4 y 5).

Tabla 4.

Análisis individualizado de las variables cuantitativas pre-post para el GI

	Autodeterminación		Bienestar emocional		Inclusión		Relaciones interpersonales		Bienestar recordado		Bienestar experimentado		Bienestar Global	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
ELM														
Auto-informe	29	26	23	23	25	26	20	25	40	37	8	6	48	43
Terceros	21	23	24	26	21	24	20	24						
NCD														
Auto-informe	25	26	23	28	24	30	23	23	32	35	8	6	40	41
Terceros	20	23	24	25	20	22	26	27						
MCDG														
Auto-informe	19	23	23	24	22	22	23	23	27	27	8	7	35	34
Terceros	21	24	19	24	23	22	30	33						
BDG														
Auto-informe	33	19	25	20	24	23	30	26	36	43	8	8	44	51
Terceros	23	24	22	22	20	22	28	29						
MMLG														
Auto-informe	25	25	30	27	28	22	25	29	23	32	7	4	30	36
Terceros	23	23	23	27	22	22	27	29						
IFLD														
Auto-informe	24	30	28	27	24	29	27	29	27	34	8	7	35	41
Terceros	19	20	24	27	25	27	20	25						

Tabla 5.

Análisis individualizado de las variables cuantitativas conductuales pre-post para el GI

	Agitación		Letargia		Estereotipias		Hiperactividad		Locuacidad	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
ELM	17	9	2	1	0	0	14	7	3	2
NCD	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
MCDG	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1
BDG	24	14	2	0	0	2	19	12	3	1
MMLG	2	6	0	0	0	0	3	5	0	0
IFLD	19	10	15	12	0	0	16	8	2	1

Con respecto a los registros observacionales, en la participante ELM no aparecieron grandes diferencias conductuales aunque sí se pudo apreciar que en el post disminuyen conductas problema como los gritos y su tono de voz fue más ajustado y aumentaron conductas como sonreír, reírse, etc. En la usuaria NCD, las diferencias pre-post se consideraron circunstanciales. En el caso de MCDG, sus conductas positivas fueron estables sin mostrar en ningún registro, conductas negativas. En la participante BDG, sus conductas también fueron estables, aunque aumentó su iniciativa en la conversación. MMLG fue la participante que más mejoras obtuvo. Aumentó conductas como sonreír, asentir, mantener el contacto visual, decir algo divertido, y estuvo menos tiempo sola. Por último, en ILD no se observaron grandes diferencias.

Por otro lado, mediante la entrevista cualitativa se categorizaron todas las respuestas pre-post para conocer de forma global los aspectos relevantes para su bienestar. Se observó que en la pregunta 1 las respuestas de las participantes cambiaron de generales (Bien, Mal, Regular) a más concretas (Triste, Feliz, Agotada, etc.). Las áreas que les hacían sentir felices se basaban

en el entorno cercano/figuras de apego, las relaciones sociales, disfrutar/ocio y la Inclusión/normalización. Lo que más les gustaba de ellas y qué cosas hacían bien, en el pre mencionaban tareas del hogar, manualidades y cualidades personales; mientras que en el post desaparecían las manualidades, aumentaban significativamente sus cualidades y aparecían las relaciones sociales. Respecto a lo que les gustaría hacer que no hacían, sus respuestas guardaban relación con las figuras de apego, las relaciones sociales y disfrutar/ocio, apareciendo en el post la inclusión. Y finalmente, creían que los problemas económicos, las Instituciones y los familiares eran las causas que impedían desarrollar sus metas.

En general, la valoración del taller fue positiva ya que todas las participantes consideraron que fue útil, siendo las sesiones más satisfactorias las relacionadas con las emociones, la gratitud y el humor.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue analizar la eficacia de un programa de intervención positiva en mujeres con discapacidad intelectual que residían en una vivienda inclusiva. Los resultados cuantitativos indicaron que la intervención no produjo cambios significativos en el bienestar ni en la calidad de vida de las participantes, desde su punto de vista. Sin embargo, las profesionales que evaluaron la calidad de vida y las conductas problema, antes y después de la intervención, informaron que las participantes mejoraban en autodeterminación, bienestar emocional, relaciones interpersonales y disminuían sus conductas problema. Estos resultados pudieron deberse no sólo al programa de intervención, sino a que en el centro se han estado

llevando a cabo distintas actividades autónomas para mejorar su calidad de vida y su bienestar.

Cuando se analizaron de forma idiográfica los resultados, se comprobó que algunas mujeres mejoraron en algunos indicadores de bienestar y calidad de vida, como en relaciones personales, inclusión y bienestar recordado; mientras que en otras se mantuvieron estables o disminuyeron sus puntuaciones después de la intervención. La información cualitativa, también reveló que, a nivel individual, la mayor parte de las mujeres pasaron de hacer apreciaciones más generales acerca de su bienestar en el pre-test a ser más concisas en el post-test y utilizar un lenguaje emocional en el momento de valorar cómo se sentían. De especial relevancia, fue identificar que las categorías relaciones sociales, familia y ocio fueron las que mayor bienestar hedónico y eudaimónico producían.

En las diferencias entre el GI y GC en el post-test, se observó que el GC mejoró en bienestar recordado tras el transcurso del tiempo. Hay que tener en cuenta que el grupo de intervención y el grupo control mostraron características personales y de calidad de vida distintas en el pre-test. Se observó mayor curiosidad, agitación y bienestar emocional en el GI y mayor dirección en el GC. Tal vez esto se debiese a que en el GI su vida ha sido más imprevisible, complicada y les despertase mayor curiosidad el futuro. Además, a pesar de tener una mayor agitación, experimentaban más bienestar emocional que refleja ausencia de sintomatología depresiva o ansiosa y cierta seguridad en sí misma, así como deseos de cambiar el estilo de vida. Estas mujeres, antes de vivir juntas, cargaban con historias traumáticas, no se conocían previamente, y tuvieron que adaptarse a un municipio nuevo, a compañeras nuevas, centros

nuevos que no fue elegido por ellas. En esos momentos vivieron una situación altamente estresante, ansiosa y preocupante. Cuando se evalúa su bienestar y calidad de vida ha transcurrido un año en la vivienda inclusiva. El programa de intervención se propone para mejorar el bienestar y la calidad de vida pero quizá ellas, con la labor previa desarrollada por los profesionales del centro, ya hayan mejorado los niveles de bienestar para que se produzcan más cambios en un período tan corto de tiempo (6 semanas). Por otro lado, al residir en la misma vivienda, se generaban conflictos que afectaban a todas y, por tanto, pudo disminuir su bienestar experimentado. Quizá la intervención permitió que las participantes del GI desarrollaran una visión más realista y tomaran mayor conciencia de sus capacidades y limitaciones.

Además, podría ser que las participantes del GC informaran de mayor bienestar recordado en el post-test, dado que previamente a la evaluación tuvieron actividades lúdicas que incidieron en su bienestar informado.

Hay que tener en cuenta que las personas con DI suelen tener mayores dificultades para reflexionar y analizar las situaciones, tomando decisiones emocionales más que racionales. Tienden a provocar conflictos de mayor intensidad y con mayor frecuencia, pero también se perdonan y olvidan con menor recelo. En sus relaciones interpersonales predomina la inmediatez. En este sentido, gran parte de los resultados evaluados, mediante auto-informe, pueden haber sido más situacionales que globales, por lo que resulta difícil apresar el efecto que tuvo la intervención en su día a día.

Por otro lado, las participantes no estaban acostumbradas al formato "taller". Esto implicaba que las sesiones se desarrollaran de forma rápida y dinámica para que no abandonasen la sesión. Posteriormente, algunas encontraban

dificultades para recordar y aplicar los contenidos a su rutina.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben abordarse. Primero, nuestros hallazgos se basaron en una pequeña muestra compuesta por mujeres, dificultando su generalización. Segundo, el GI no fue asignado al azar sino que fue facilitado por una entidad perteneciente a Plena Inclusión, y el GC a un Centro Ocupacional cercano. Tercero, el nivel de motivación del GI era menor que si fuese un taller elegido por ellas, lo cual afectaba también a su interés, atención y, por tanto, a su aprendizaje. Cuarto, la situación familiar a nivel intergrupala era significativamente distinta entre el GI y GC, lo que podría incidir en la resistencia al cambio que podría tener el GI. Quinto, el diseño metodológico no permitía intervenir de forma independiente, ya que desde las entidades se estaban trabajando transversalmente objetivos que podrían modular los resultados de la intervención. Sexto, la propuesta de intervención carecía de seguimiento donde poder incorporar tareas para mantener y practicar los conceptos aprendidos, y evaluar si los cambios necesitaban de un período de consolidación para que pudieran ser apresados cuantitativamente.

En suma, la hipótesis de que la intervención permitiría mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas del GI en comparación con el GC, apenas tuvo apoyo empírico. Aunque los datos recogidos, a nivel cualitativo, indican que la intervención positiva podría ser una herramienta para promover el bienestar de estas mujeres a medio o largo plazo. En el futuro se tendría que seguir investigando si la limitada efectividad de la intervención tiene que ver con el programa de intervención en sí, o si las dificultades de aprendizaje, razonamiento, análisis y profundización en los conceptos pueden deberse a las características individuales o a la propia condición de discapacidad intelectual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid, España: Escuela libre editorial. Fundación ONCE.
- Amate, A y Vásquez, A. (2006). Evolución del concepto de discapacidad. *Amate, A. (Amate, E. Alicia Editorial), Discapacidad lo que todos debemos saber*, 3-7. Washington, D.C.
- Araten-Bergman, T. (2014). Subjective wellbeing and its correlates among adults diagnosed with comorbid intellectual disability and Adhd. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(4), 367.
- Arenas, C. (2014). Psicología positiva en discapacidad intelectual. Programa para el desarrollo emocional y la fortaleza de gratitud (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social, Valladolid.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Bocasso, E., Pinetti, R., & Benvenuti, S. (2015). The Functional Intervention: A Multidimensional Approach To Promote Well-being In Severe Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 127-128
- Campbell, M. A. & Gilmore, L. (2014). The importance of social support for students with intellectual disability: An intervention to promote mental health and well-being. *Cypriot Journal of Educational Sciences*, 9(1), 21-28.
- Carlson, G. (2002). Supporting the health and well-being of people with intellectual disability and high support needs through networking and resource development. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(1),

37-43.

- Carrington, S., Lennox, N., O'Callaghan, M., McPherson, L., & Selva, G. (2014). Promoting self-determination for better health and wellbeing for adolescents who have an intellectual disability. *Australasian Journal of Special Education, 38*(2), 93-114.
- Di Nasso, P. P. (2004). *Mirada histórica de la discapacidad*. Palma de Mallorca, España: Ediciones de la Fundació Càtedra Iberoamericana.
- Díaz, D., et al. Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. V. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18*(3).
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of personality and social psychology, 84*(2), 377-389.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine, 28*(2), 475-480.
- Gale, E., & Hegarty, J. (2004). Touch as a modality for developing emotional well-being with adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*(4), 301.
- García, I. (2005). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention, 14*(3).
- Hernández, M. G. (2010). La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA-Youth): relación con clima familiar, psicopatología y bienestar psicológico (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de

Madrid, Servicio de Publicaciones, Madrid.

- Matikka, L. M., & Vesala, H. T. (2000). Impact of special services on the subjective well-being of ageing people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(3 & 4), 382.
- McGillivray, J. A., Lau, A. L. D., Cummins, R. A., & Davey, G. (2009). The utility of the personal wellbeing index intellectual disability scale in an Australian sample. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(3), 276-286.
- Paredes, D. (2008). La experiencia del humor en personas con discapacidad intelectual. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(14).
- Paredes, D. (2010). Bienestar emocional y expresión conductual en las personas con discapacidad intelectual. *Educación y Diversidad*, 4(2), 51-60.
- Paredes, D., & Flores, A. (2014). Promoviendo el sentido del humor en las personas adultas con discapacidad intelectual y del desarrollo. *Revista Española de Discapacidad*, 2(2), 219-231.
- Paredes, D., Flores, A. M., & Ruiz, M. I. (2011). Ocupación, actividad, y bienestar emocional en la discapacidad intelectual grave. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 473-480.
- Pichot, P., López, J. J., & Valdés, M. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. México: Editorial Masson, SA Primera Edición.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119.

- Savage, A. (2012). The well-being of Canadian youth with and without intellectual disability: A rights-based perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(7), 797.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual.
- Schalock, R. L. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Siglo Cero*, 40(1), 22-39.
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2, 3-12.
- Strnadová, I., Cumming, T. M., Knox, M., Parmenter, T. R., & Lee, H. M. (2015). Perspectives on life, wellbeing, and ageing by older women with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 40(3), 275-285.
- Valdés, M., Andrea, Y., Poblete Toloza, Y. D. P., & Jiménez Figueroa, A. (2012). Calidad de vida familiar y bienestar subjetivo en jóvenes con discapacidad intelectual de un establecimiento con educación especial y laboral de la Ciudad de Talca. *Interdisciplinaria*, 29(2), 271-286.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2.
- Vázquez, C., Hervás, G., y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). La ciencia del bienestar. *Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Verdugo, M. Á. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la

Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Siglo Cero: Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 34(205), 5-19.

Verdugo, M. Á., Gómez, L. E., Arias, B., & Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala FUMAT. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 189-199.

Wahlberg, E. (2014). Discapacidad intelectual: ¿ es la nueva denominación un cambio de perspectiva?. *Vertex*, 33-35.

Young-Southward, G., Cooper, S. A., & Philo, C. (2017). Health and wellbeing during transition to adulthood for young people with intellectual disabilities: A qualitative study. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 94-103.

ANEXO. ANAMNESIS DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN

El 83,33% de las usuarias de la vivienda inclusiva no tienen otro recurso a dónde acudir. El 60% están tuteladas por La Fundación Tutelar Sonsoles Soriano Bugnion, el 20% por el Cabildo (IASS) y el 20% por su madre.

ELM: Es la más joven del grupo. Con 11 años salió de su núcleo familiar por sufrir abusos sexuales de un conocido/familiar y fue a Casa Cuna. Su familia está formada por su madre (con discapacidad intelectual), una hermana pequeña (en otro recurso), una abuela, varios tíos/as y primos/as. Al salir de la Casa Cuna acudió a varios centros hasta que finalmente le derivaron a la vivienda. Sigue en su etapa escolar. Presenta muchas alteraciones de conducta. Está tutelada por el IASS.

NCD: Estuvo casada y tiene dos hijos. Durante ese tiempo fue víctima de malos tratos. Tras esa situación, sus hijos pasaron a cargo de un familiar y ella se fue con su madre. Su madre concertaba citas a su hija con desconocidos a cambio de dinero. Su vida era pasiva, conflictiva con su comunidad de vecinos y sufría depresión. Por ello, el juez dictaminó su tutela a la Fundación Tutelar. Tras un tiempo, se logra que salga de ese contexto y viva en Probosco durante dos años. Desde hace más de un año, se traslada a la vivienda inclusiva (VI).

MCDG: En su hogar sufría malos tratos físicos y psicológicos por parte de sus hermanos y su padre. En dos ocasiones se fue de casa por miedo. Sus personas de confianza eran monitores del centro al que acudía y una concejala del ayuntamiento. Lleva viviendo en este recurso más de un año. Mantiene el

contacto con su familia a través del teléfono y visitas.

BDG: Su vida anterior se vio afectada por conflictos familiares. Tuvo graves discusiones con su hermano, y parece que tuvo contacto con las drogas y vivió en la calle. Apenas lleva un año tutelada por la Fundación Tutelar, y desde entonces vive en la VI de Probosco. Mantiene contacto afectuoso telefónico y ocasional con su hermano y visita a su madre en una residencia.

MMLG: Estuvo durante la infancia en casa cuna y después cambió de centro en varias ocasiones. En casa, su padre era alcohólico y les maltrataba creando una situación inestable y descontrolada, así que, ella y un hermano pasaron a ser tutelados por la Fundación Tutelar. Se encuentra muy unida a sus tres hermanos y a su madre. Necesita mantener contacto telefónico y visitarlos con frecuencia. Ella fue madre en una relación esporádica pero desconoce el paradero de su hija. Estuvo en otro recurso (Fundite) hasta que por último la trasladan a la VI.

IFLD: Tiene una familia amplia estable y estructurada (su padre falleció hace varios años). La situación en su domicilio fue insostenible debido a sus alteraciones de conducta. Su madre se encuentra enferma e incapaz de controlar la situación. IFLD ha acudido a varios centros de los que se marcha voluntariamente, repitiendo así una conducta cíclica (cansancio, conflictos, etc.). Tiene una actitud desafiante aunque durante este tiempo ha mejorado significativamente.

