

Mindfulness as a resource to regulate negative emotions such as anger and sadness in young adults with mild intellectual disabilities

Mindfulness como recurso de apoyo para regular las emociones negativas como la ira y la tristeza en jóvenes adultos con discapacidad intelectual leve

Autores:

Toledo - Enríquez, Karla Tamara
INDEPENDIENTE
Psic. Mención Clínica
Mtr. En Terapias Psicológicas de Tercera Generación
Mgtr. En Psicología Clínica, mención Psicoterapia
Quito – Ecuador



k.tamara.t@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0000-3681-2041>

Fechas de recepción: 15-NOV-2024 aceptación: 15-DIC-2024 publicación: 15-DIC-2024



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>
<http://mqrinvestigar.com/>



Vol.8-N° 4, 2024, pp.6989-7021 Journal Scientific MQRInvestigar 6989

Resumen

El mindfulness ha sido una herramienta ampliamente explorada y aplicada a nivel mundial y en diversas poblaciones gracias a que resulta una técnica amigable y con efectos positivos comprobados; sin embargo en el Ecuador poco se conoce sobre esta metodología y sus beneficios, por ello, en el presente estudio se realizó un trabajo de investigación cualitativa por medio del diseño descriptivo a través del estudio de cuatro casos en donde se realizaron evaluaciones pre-post test (DERS y PANAS) con el objetivo de diseñar una intervención basada en mindfulness para la regulación de emociones negativas como la ira y la tristeza en jóvenes adultos con discapacidad intelectual leve, se ha diseñado y llevado a cabo un programa de mindfulness de 9 sesiones (MBSR). Este estudio piloto pudo demostrar que la intervención basada en mindfulness resulta efectivamente un recurso adecuado, útil y eficaz para el manejo de emociones negativas como la ira y la tristeza en personas con discapacidad intelectual leve, quienes están en condición de practicar mindfulness de manera continuada con resultados altamente positivos y que resulta ser además, un recurso que potencia el afecto positivo en quienes lo practican, disminuyendo en consecuencia el afecto negativo de forma significativa, lo que resta la posibilidad de padecer malestar emocional, arrojando resultados en la misma dirección que la información científica revisada.

Palabras clave: Mindfulness; regulación emocional; discapacidad intelectual leve



Abstract

Mindfulness has been a widely explored and applied tool worldwide and in various populations thanks to the fact that it is a friendly technique with proven positive effects; however in Ecuador little is known about this methodology and its benefits, so in the present study a qualitative research was carried out through the descriptive design through the study of four cases where pre-post tests were performed (DERS and PANAS) with the aim of designing an intervention based on mindfulness for the regulation of negative emotions such as anger and sadness in young adults with mild intellectual disabilities, a 9-session mindfulness program has been designed and carried out (MBSR). This pilot study demonstrated that intervention based on mindfulness is effectively an adequate, useful and effective resource for managing negative emotions such as anger and sadness in people with mild intellectual disabilities, who are able to practice mindfulness on a continuous basis with highly positive results and that is also a resource that enhances the positive affect on those who practice it, thereby reducing the negative affect significantly, which leaves the possibility of suffering emotional distress, yielding results in the same direction as the information revised.

Keywords: Mindfulness; emotional regulation; mild intellectual disability



Introducción

El mindfulness, o atención plena, es considerada una técnica eficaz para promover el bienestar emocional y la salud mental. Para Hanh (2007), es mantener viva la conciencia en la realidad del presente. Para Kabat (2004), es prestar atención de una manera especial: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar. Menciona Simón (2007), que es la capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento.

También se refieren al mindfulness como una forma de conciencia centrada en el presente no elaborativa, no juzgadora en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocida y aceptada tal y como es (Bishop et al., 2004). Mientras que para Baer (2003), es la observación no enjuiciadora de la continua corriente de estímulos internos y externos tal y como surgen.

En otras palabras, lo que actualmente se conoce como mindfulness, es en realidad, una estrategia que se puede desarrollar por medio del entrenamiento, fuera del aspecto religioso, aplicado en cualquier grupo de personas; las intervenciones basadas en mindfulness han reunido un gran interés a su alrededor, así como una gran cantidad de estudios tanto básicos como aplicados y en diversas áreas desde la educativa hasta la clínica.

Sin embargo, aun son escasas las publicaciones sobre la adaptación y aplicación de prácticas psicoterapéuticas basadas en la atención plena para las personas con discapacidad intelectual. Dada la salud mental y los desafíos de comportamiento enfrentados por esta población, existe una gran necesidad de que las personas con discapacidad intelectual tengan un tratamiento efectivo y práctico, como la psicoterapia basada en la atención plena, por ello se necesita más investigación y utilización de estas prácticas con esta población (Bronwyn, 2011).

Para comprender el contexto de dónde nace el problema de la investigación, es necesario partir en inicio del concepto de Salud Mental que abarca además una perspectiva universal, para luego abordar la problemática desde la legislación vigente, así como indicadores existentes en el lugar de estudio, el cual simplemente ejemplifica una realidad latente en el país.



La OPS define a la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OPS, 2013); es decir que lograr una condición de vida óptima está supeditado a las facultades que el contexto tenga para posibilitar el desarrollo de esa realidad, que abarca la responsabilidad del Estado de ofrecer a sus ciudadanos el medio idóneo para potenciar un estado mental adecuado en todos los aspectos de la vida.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(OMS, 1946); destaca más bien una visión social que lejos de centrarse en el “problema o enfermedad” propone ir más allá de la limitación que pueda o no tener un individuo, lo cual implica que aún con la presencia de una afección ello no limita necesariamente en el sujeto el desarrollo de un estado de salud mental óptimo. Sin embargo, ambas definiciones están relacionadas con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Desde las teorías psicodinámicas se plantea que la salud mental, así como los aspectos patológicos son partes constitutivas de todo individuo. La constitución personal de cada sujeto implica capacidades o aspectos sanos y otros patológicos, cuyo equilibrio varía de una persona a otra. Según Bion (1957), la capacidad para tolerar la frustración sería la primera capacidad sana que permitiría al individuo en desarrollo el iniciar el proceso de pensamiento y comprensión del mundo y de sí mismo. Entonces la función del pensamiento sería la base de la salud mental, la cual se ve favorecida por un ambiente de contención que permite tolerar la frustración e iniciar el desarrollo del aparato mental, es decir la base de la salud mental.

En cuanto a Políticas Pùbicas en Salud Mental, en el Ecuador la última versión del Plan Nacional de Salud Mental data del año 2014 acepta de manera integral todos los lineamientos del Modelo de Atención Integral en Salud – con enfoque familiar, comunitario e intercultural. De igual forma, la Constitución del año 2008 reconoce en temas puntuales la importancia de la asistencia psicológica para garantizar la estabilidad física y mental de la población. En el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la



promoción de la salud mental. Desde el año 2012, a través de las direcciones de: Discapacidades; Promoción de la Salud y Primer Nivel de Atención, tres instancias del Ministerio de Salud Pública, se ha venido desarrollando la propuesta de Política Nacional de Salud Mental. Sin embargo, donde se operativizan los lineamientos de los instrumentos legales citados, es en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual enfatiza la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud.

Así mismo, y debido a que la presente investigación hace referencia a la discapacidad intelectual, se debe de puntualizar que el Ecuador de acuerdo al Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) / Dirección de Gestión Técnica Ministerio de Salud Pública, los datos actualizados en febrero 2017, de un total general de 418.00 personas con discapacidad registradas a nivel nacional, las personas con discapacidad física lideran, siendo la discapacidad intelectual es el segundo mayor número de entre todos los tipos de discapacidad con 93.989 (CONADIS 2017). Siendo un porcentaje importante de la población actual del país, que de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) hasta el año 2016 Ecuador contaba con 16.528.730 habitantes (INEC 2016), por lo que amerita considerar a este grupo humano para la presente investigación.

En tal escenario, el ser humano fuera de cualquier condición particular vive emociones básicas, que se han denominado positivas y negativas, en este caso la ira y la tristeza corresponden a las segundas, se expresan a través del lenguaje no verbal en todas las culturas del mundo, sin distinción. Estas emociones contractivas consideradas comúnmente negativas son las que de alguna manera irrumpen con el mundo emocional y se apoderan de forma automática e irracional del comportamiento en la mayoría de la población. Sin embargo, toda persona regular tiene la posibilidad de acceder y decidir recibir apoyo de cualquier tipo para enfrentar o regular estas emociones o situaciones que pueden derivar como consecuencia de una falta de control o una adecuada elaboración de las mismas.

En el caso de las personas con discapacidad y aún más con discapacidad intelectual, suelen estar limitadas de la autonomía suficiente o de la posibilidad de acceder a procesos de salud mental y más por cuenta propia. Por esta razón, investigar la aplicación de mindfulness como recurso de salud mental en esta población resulta necesario, tanto por la validación de sus derechos a acceder a programas que promuevan su salud mental, emocional y psicológica,



como por conocer los resultados de los beneficios (ya conocidos y validados en anteriores investigaciones) que podría tener el incorporar esta práctica a sus vidas (neurobiológico, físico, relacional, conductual, etc.).

Por otro lado, en el contexto ecuatoriano, esta práctica psicoterapéutica no resulta conocida, y por ello no cuenta hoy por hoy como una opción real dentro de la práctica clínica del país, siendo adicionalmente dentro del contexto, una investigación vanguardista tanto por la técnica como por la población con la cual se va a trabajar en la presente investigación.

Por lo expuesto, se formula la interrogante ¿Podría ser mindfulness un recurso adecuado para el manejo de emociones negativas como la ira y la tristeza en personas con discapacidad intelectual leve? A la par, existen cuestionamientos subsidiarios respecto al problema central, tales como: ¿Puede ser la falta de regulación de emociones básicas negativas como la ira y la tristeza, un desencadenante de malestar emocional en personas con discapacidad intelectual leve? ¿Las personas con discapacidad intelectual leve, están en condición de practicar mindfulness de manera continuada?

A medida que crece la atención sobre las necesidades emocionales y psicológicas de los jóvenes adultos con discapacidad intelectual leve, surge la necesidad de explorar enfoques que promuevan su bienestar integral. Por lo cual se propone el objetivo general de: Diseñar una intervención basada en mindfulness para la regulación de emociones negativas como la ira y la tristeza en jóvenes adultos con discapacidad intelectual leve.

La implementación de prácticas de mindfulness se presenta como una alternativa accesible y adaptable, que permite el desarrollo de una mayor conciencia emocional y adquirir herramientas para afrontar situaciones estresantes. Este enfoque no solo contribuye a la regulación emocional, sino que también potencia la autonomía y el empoderamiento personal, ayudando a los individuos a manejar de manera más efectiva las emociones como la ira y la tristeza, promoviendo así una vida más equilibrada y satisfactoria.

Material y métodos

Diseño de estudio

El presente trabajo corresponde a la investigación cualitativa a través del diseño descriptivo con el método de estudio de casos en donde se realizaron evaluaciones pre-post a la



intervención. La misma está centrada en cuatro casos: tres varones jóvenes adultos con Síndrome Down y discapacidad intelectual leve y una mujer joven adulta con Síndrome de Asperger y discapacidad intelectual leve, quienes han logrado la plena inclusión social en cuanto a formación educativa, obtener y mantener un trabajo remunerado, y disfrutar de vida social, aunque limitada en ciertos aspectos personales debido al contexto cultural, político y social del país.

Los cuatro participantes poseen un óptimo desarrollo de habilidades sociales e identifican sus emociones; sin embargo, en todos los casos se observa una dificultad al momento de regular la ira y la tristeza, lo que les ha implicado malestar emocional por no lograr procesar de manera adecuada tanto para sí mismos como dentro del contexto en el que se han debido enfrentar a estas emociones. El presente trabajo se trata de un estudio piloto donde se obtuvieron datos preliminares sobre el mindfulness como medio de intervención para la regulación de emociones negativas como la ira y la tristeza en jóvenes adultos con discapacidad intelectual leve.

Cabe mencionar que tanto el tipo de investigación seleccionado como las técnicas de recolección de datos y los instrumentos aplicados, han sido utilizados en función de responder con los objetivos propuestos en la investigación.

Los presentes estudios de caso permitirán poner a prueba las teorías y modelos teóricos aplicándolos en situaciones reales. Esta investigación se centra en conocer si la práctica del mindfulness resulta ser útil y eficaz como una herramienta válida de apoyo para mejorar la regulación emocional en jóvenes adultos con discapacidad intelectual leve, a través de la potencialización de la autorregulación emocional sobre el manejo de las emociones negativas como son la ira y la tristeza.

Población y muestra

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de una ONG que trabaja a favor de personas con discapacidad y sus familias, de la cual se omitirá el nombre en virtud de respetar la confidencialidad requerida durante a la investigación. La presente propuesta tomó para el estudio un universo de cuatro jóvenes adultos con discapacidad intelectual leve, que participan de manera activa como líderes dentro de la referida organización, representando a



las personas con discapacidad intelectual del país, en diversos ámbitos concernientes a las acciones en pro del respeto y efectividad de sus derechos, siendo las madres y tutoras de estas personas también referentes reconocidos dentro de éste ámbito a nivel nacional en su lucha por la inclusión en todos los aspectos.

Los/as participantes de este estudio fueron invitados a formar parte del mismo de entre los jóvenes adultos con discapacidad intelectual con quienes se trabajó anteriormente en proyectos y programas dentro de la ONG referida y también de forma autónoma a la Red. Participaron 4 personas con el fin de implementar una intervención basada en mindfulness para la regulación de emociones negativas como la ira y la tristeza en jóvenes adultos con discapacidad intelectual leve para conocer si el mindfulness es efectivo como recurso de apoyo para regular las emociones negativas antes descritas en esta población.

La intervención incluía nueve sesiones de dos horas y media, administradas en un día por semana (miércoles) y uno en fin de semana (sábado) consecutivos. Para participar en el estudio, debían firmar previamente una hoja de consentimiento informado, asistir a dos clases previas de introducción y a las ocho sesiones, completar los protocolos de evaluación (Historia clínica, Escala de Dificultades en la Regulación Emocional DERS, Cuestionario PANAS, Diario de Meditación), y llevar un registro de minutos de meditación diaria. Los 4 participantes debían asistir a todas las sesiones y cumplir con los requisitos de inclusión de este estudio. La selección de la muestra cumple misma condición experimental en cuanto al criterio de inclusión con: nivel de discapacidad intelectual (leve), nivel adecuado de inclusión social efectiva (familiar, educativo, laboral, etc.), dificultad en el manejo y expresión de la ira y la tristeza. Así como por factibilidad de la población de acuerdo a los objetivos trazados y a la disponibilidad.

Los criterios de exclusión fueron: enfermedad mental, necesidad de medicación psiquiátrica, conducta violenta o agresiva.

Participaron en este estudio cuatro adultos/as entre las edades de veinte y uno y cuarenta y dos años. La mayoría son varones (3 de 4). El nivel de escolaridad es homogéneo siendo todos bachilleres (instrucción secundaria) con entrenamiento profesional para la inserción laboral en todos los casos. De la muestra, 3 de los 4 están empleados/as; 1 desempleados/as trabajando actualmente en un emprendimiento propio; 1 de los 4 realiza actividad de danza



de manera regular y profesional, 1 se entrena en tenis regularmente, los 2 restantes no tienen una actividad regular de este tipo. Todos llevan una vida social propia. Ninguno de los participantes había meditado anteriormente, por lo que fue necesario realizar una fase previa de entrenamiento durante dos días seguidos por una hora y media.

- Participante N.1: J. M. 21 años - Síndrome Down (Caso 1)
- Participante N.2: M. L. 28 años – Síndrome de Asperger (Caso 2)
- Participante N.3: M. R. 36 años – Síndrome Down (Caso 3)
- Participante N.4: M. A. 42 años – Síndrome Down (Caso 4)

Técnicas e instrumentos

Técnicas

- Entrevista Psicológica: Es la herramienta que permite establecer la relación y los acuerdos entre el terapeuta y el paciente. Se basa en el establecimiento de confianza y libertad para que el paciente pueda expresarse; lo cual es esencial para lograr una adecuada introspección de la personalidad del entrevistado. La entrevista es terapéutica en sí misma, la comunicación entre el terapeuta y el paciente es crucial en el tratamiento, ya que por medio de esta se logró establecer un diagnóstico sobre la situación y contexto actual tanto personal como familiar de los involucrados en la investigación (Perpiñá, 2012).
- La Observación: Es el proceso mediante el cual se perciben deliberadamente ciertos rasgos existentes en la realidad por medio de un esquema conceptual previo y con base en ciertos propósitos definidos generalmente por una conjectura que se quiere investigar.
- Método clínico: El método clínico es la aplicación particular del método científico, por lo que se hace necesario su manejo en esta investigación, para lo cual se necesita una preparación previa; no basta la acumulación de conocimientos, sino la adecuada utilización de estos, así como la vinculación con la práctica (Díaz, 2002).
- Historia de Vida: es una estrategia de la investigación, encaminada a generar versiones alternativas de la historia social, a partir de la reconstrucción de las experiencias



personales. Se constituye en un recurso de primer orden para el estudio de los hechos humanos, porque facilita el conocimiento acerca de la relación de la subjetividad, además permite traducir la cotidianidad en palabras, gestos, símbolos, anécdotas, relatos, y constituye una expresión de la permanente interacción entre la historia personal y la historia social (Puyana y Barreto, 1994).

Instrumentos

- Hoja de Consentimiento Informado: es el procedimiento mediante el cual se garantiza que una persona o sujeto de estudio ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. (La Rocca et al., 2005).
- Inventario de exploración clínica: La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de las funciones profesionales, en el caso presente es de tipo clínica e investigativa, ya que a partir de la información que aporta la historia clínica se pueden plantear preguntas de investigación, con el objetivo de buscar respuestas científicas razonables (Da Costa, 1997)
- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional DERS (Hervás y Jodar, 2008) adaptación española: Esta escala evalúa diferentes aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades como: Descontrol emocional, Interferencia cotidiana, Desatención emocional, Confusión emocional y Rechazo emocional. Para la validación del instrumento se realizó un estudio transversal ($N=254$) y otro longitudinal ($N=60$). En cuanto a la escala adaptada, el análisis factorial detectó cinco factores interpretables, uno menos que la escala original. También se presentaron datos acerca de la consistencia interna, de fiabilidad test-retest, de validez convergente y de validez incremental. En conjunto, los resultados investigativos han mostrado evidencia de las buenas propiedades psicométricas de la versión española de la escala DERS (Hervás y Jódar, 2008).
- Cuestionario PANAS Positive Affect– Negative Affect Scale (Watson, Clark y Tellegen, 1988) adaptación española: Las escalas Positive Affect and Negative Affect



Schedule (PANAS) fueron desarrolladas en Estados Unidos con el propósito de medir las dimensiones afecto positivo y negativo, que comúnmente se han encontrado en estudios de la afectividad y expresión facial de emociones (Watson, Clark y Tellegen, 1988). El afecto positivo (AP) representa “la medida en que un individuo se siente entusiasta, activo y alerta, mientras que el afecto negativo (AN) se caracteriza por la tristeza y la falta de ánimo” (Watson et al., 1988, p. 1063). Asimismo, se ha establecido que el AP anticipa experiencias gratificantes para el individuo, mientras que el AN conlleva a la anticipación de experiencias desagradables (Sánchez, Retana y Carrasco, 2008) y el AP predice un buen afrontamiento de conflictos, así como estados de ánimo agradables, despertando la creatividad y la motivación afiliativa de los individuos (Schmidt, 2008). En los últimos años ha quedado de manifiesto que el PANAS es la medida de afectividad que más se utiliza en los estudios de las dimensiones del afecto y el ánimo (Schmukle, Egloff y Burns, 2002).

- Registro de Meditación (Diarios). Se preparó una hoja de tres columnas para registrar (1) la fecha, (2) sentimiento de ira (3) sentimiento de tristeza, (4) tiempo y minutos de meditación y (5) comentarios. Esta hoja permitió obtener el promedio de minutos en meditación diarios.
- Escala tipo Likert (0=nada, 1=poco, 2=medio, 3=alto, 4=muy alto) Likert (1932): Esta se integró al diario de meditación, a fin de identificar el grado de ira y de tristeza diaria en los participantes, el mismo parámetro se utilizó durante las sesiones para conocer el estado de las emociones de los jóvenes adultos con discapacidad intelectual, ya que resulta sencilla y práctica. Sin embargo, existen variaciones válidas a la escala que son ampliamente utilizadas y que permiten constatar el grado, nivel o intensidad de una característica en particular que se requiera cuantificar como puede ser el dolor, la ira, etc. Siendo este último el utilizado para el presente estudio (Carifio y Rocco, 2007).

Resultados del plan de intervención

A continuación, se presenta el análisis cualitativo sobre el impacto que tiene la dificultad del manejo adecuado (autorregulación) de la ira y la tristeza en los jóvenes adultos con



discapacidad intelectual. Esta información fue enriquecida con la información obtenida en las historias de vida. Así como el efecto a partir de la intervención con mindfulness.

En todos los casos se aplicó ambas escalas pre y post test, más adelante se expone en detalle sobre el análisis de la información recabada a través de las escalas PANAS y DERS respectivamente.

La dimensión positiva refleja el grado en que una persona se siente entusiasmada, activa y alerta. En términos evolucionistas se considera que estas emociones comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas, permitiendo aumentar los recursos físicos, psicológicos y sociales disponibles (Fredrickson, 2001). La dimensión de afecto negativo involucra emociones tales como miedo, enojo, congoja y nerviosismo. Estas emociones resultarían funcionales dado que indican los límites y peligros, favoreciendo nuestra supervivencia (Jiménez, 2006).

Sobre lo anterior, el PANAS pone en evidencia un incremento de entre 11 a 16 puntos en cuanto al afecto positivo, en cuanto al afecto negativo se observa una disminución de entre 12 a 18 puntos y en consecuencia la balanza afectiva sufre un drástico incremento en el puntaje post-test como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1.

Cuadro comparativo general pre-test y post-test Escala PANAS

Participante

| | PRE-TEST | | | POST- | | |
|---------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| | TEST | | Balanza Afectiva | Afecto Positivo | Afecto Negativo | Balanza Afectiva |
| | Afecto Positivo | Afecto Negativo | | | | |
| CASO 1 | 31 | 26 | 1 | 42 | 14 | 28 |
| CASO 2 | 27 | 31 | 4 | 43 | 15 | 28 |
| CASO 3 | 23 | 24 | 1 | 38 | 12 | 26 |
| CASO 4 | 23 | 32 | 9 | 39 | 14 | 25 |

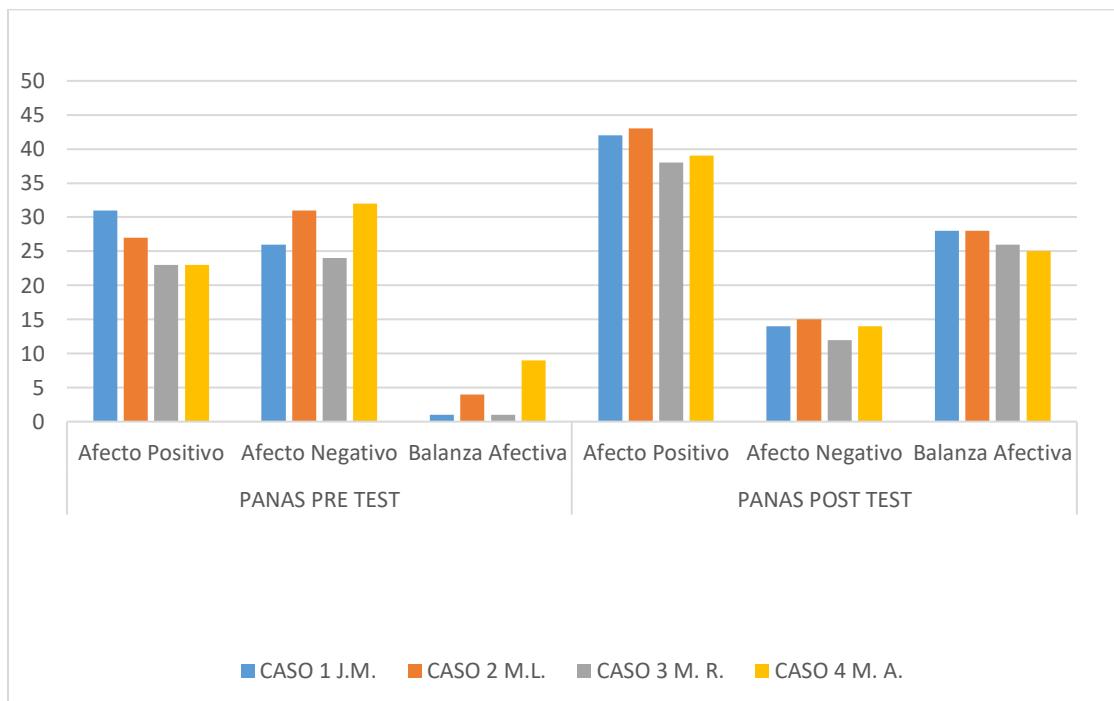
Fuente: Elaboración propia



En la comparación gráfica general, se observa un notable cambio ocurrido en el afecto positivo y negativo de los cuatro participantes, presentando una disminución significativa del afecto negativo y un incremento significativo en afecto positivo, demostrando el efecto de la intervención con mindfulness en esta población (Figura 1).

Figura 1

Comparación general pre y post test Escala PANAS



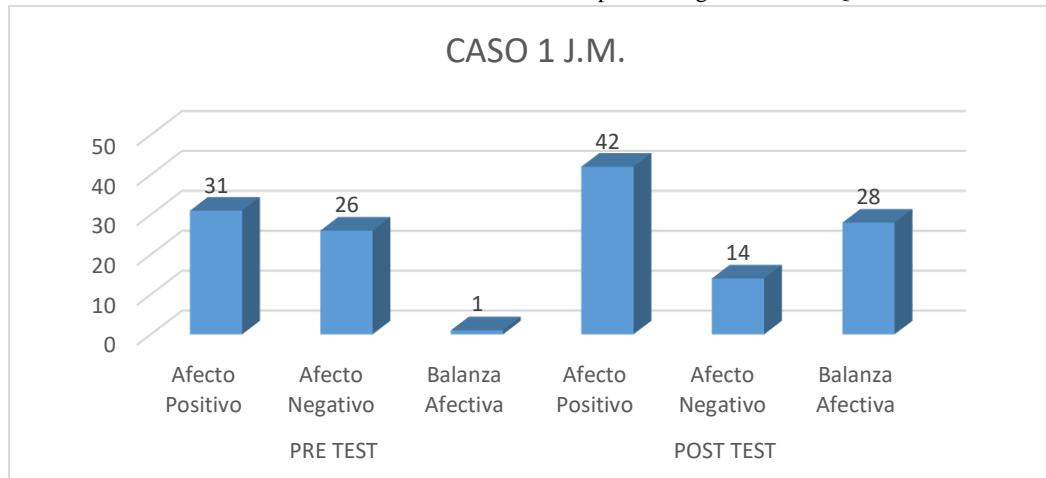
Fuente: Elaboración propia

A continuación, se puede observar una comparación pre-test vs post-test individual de la Escala PANAS, de cada uno de los cuatro casos, lo que permite apreciar con mayor detalle los resultados y efectos referidos sobre el impacto de la intervención con mindfulness en cada participante.

Figura 2

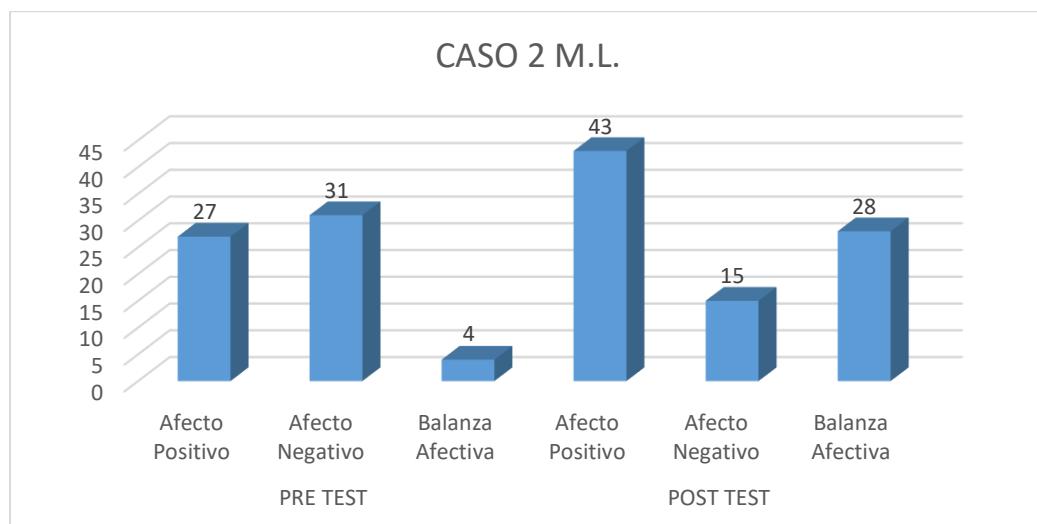
Comparación individual CASO 1 pre y post test Escala PANAS





Fuente: Elaboración propia.

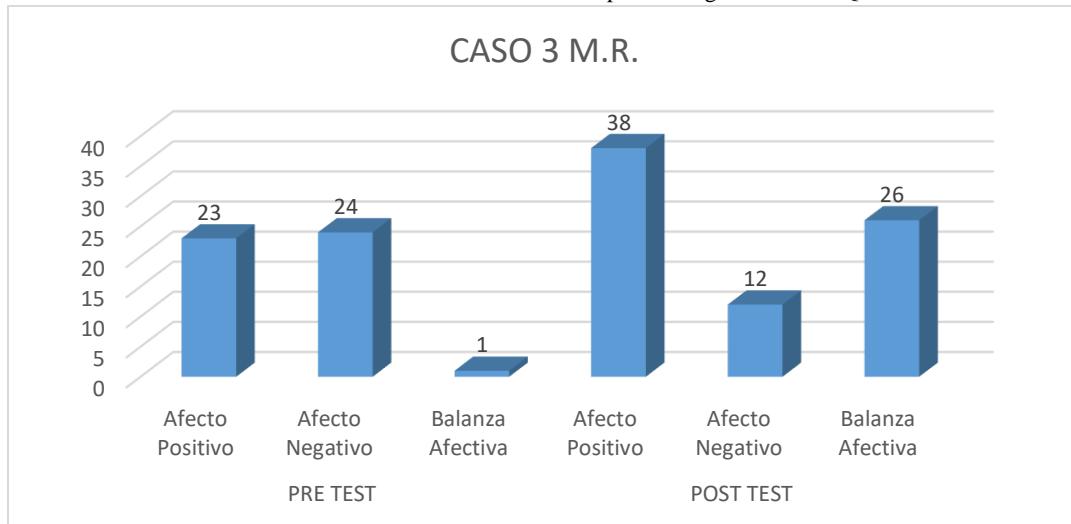
Figura 3
 Comparación individual CASO 2 pre y post test Escala PANAS



Fuente: Elaboración propia

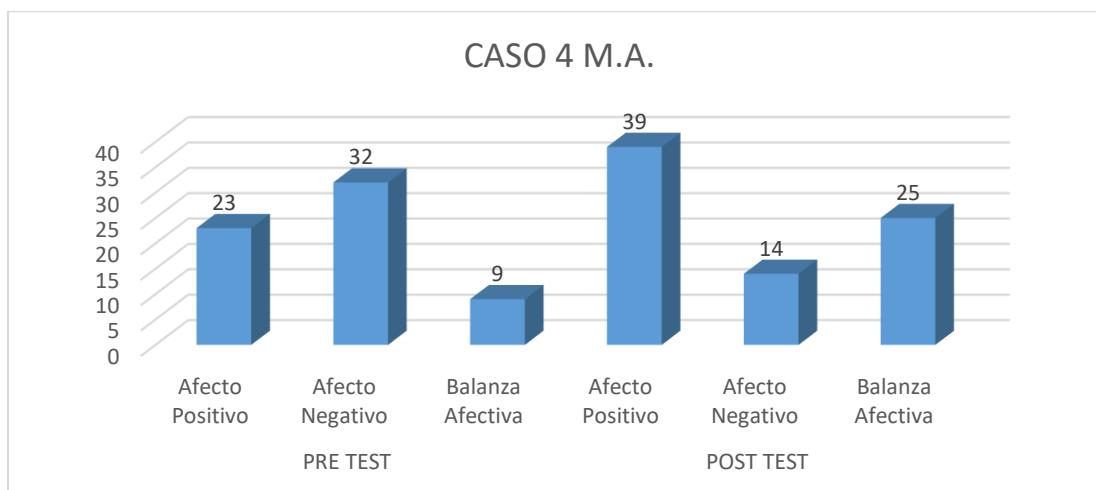
Figura 4
 Comparación individual CASO 3 pre y post test Escala PANAS





Fuente: Elaboración propia.

Figura 5
 Comparación individual CASO 4 pre y post test Escala PANAS



Fuente: Elaboración propia.

En PANAS positivo: dentro del margen global de personas adultas regulares es decir sin discapacidad se considera que las mujeres que puntúen por debajo de 26 y los hombres por debajo de 25 se sitúan en el 33% de menor afectividad positiva. En PANAS negativo: las mujeres que puntúen por encima de 32 y los hombres por encima de 30 se sitúan en el 33% de mayor afectividad negativa. Las personas que puntúan por debajo de 31 puntos en



afectividad positiva tienen probabilidades de malestar. Lamentablemente no se puede tomar en cuenta esta media general sobre el afecto positivo y negativo de base; sin embargo sobre la puntuación de 31 se puede considerar un buen parámetro base que puede considerarse para comparar la presente muestra, siendo así, se observa que efectivamente de los cuatro participantes solo uno de ellos (J.M.=31) se encuentra justo en el rango de no tener probabilidad de malestar, mientras que los otros tres participantes se encuentran por debajo de esta puntuación previo a la implementación del programa de mindfulness (M.L.=27; M.R.=23 y M.A.= 23) con probabilidad al malestar. Por otro lado, en el gráfico de post test se observa que el afecto positivo supera el rango anterior, disminuyendo notablemente la posibilidad de padecer malestar.

De la misma forma se aplicó a la par la escala DERS en los participantes de la investigación, a continuación, se observan los datos comparativos de ambas fases y sus resultados.

Esta escala evalúa diferentes aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades como: el descontrol emocional, la interferencia cotidiana, la desatención emocional, la confusión emocional y el rechazo emocional.

En la Tabla 2 se pone en evidencia un cambio importante frente al puntaje obtenido de los cuatro participantes en los resultados del pre test versus el post test, como se observa el rango que corresponde a confusión tiene una disminución de entre 1 a 6 puntos, el factor de desatención emocional aumenta de 3 a 7 puntos, en cuanto al factor sobre el descontrol éste disminuye en un valor de 11 a 19 puntos, la interferencia disminuye de forma significativa con un rango de 10 hasta 14 puntos, y finalmente el rechazo también presenta una importante disminución con rangos de 9 hasta 12 puntos.

Tabla 2.

Cuadro comparativo pre-test y pos-test Escala DERS



| PAX | PRE TEST | | | | | POST TEST | | | | |
|--------|-----------|-------------|------------|---------------|---------|-----------|-------------|------------|---------------|---------|
| | CONFUSIÓN | DESATENCIÓN | DESCONTROL | INTERFERENCIA | RECHAZO | CONFUSIÓN | DESATENCIÓN | DESCONTROL | INTERFERENCIA | RECHAZO |
| CASO 1 | 9 | 15 | 21 | 18 | 19 | 8 | 18 | 10 | 4 | 7 |
| CASO 2 | 10 | 6 | 25 | 14 | 15 | 6 | 13 | 10 | 4 | 7 |
| CASO 3 | 12 | 9 | 29 | 16 | 16 | 6 | 15 | 10 | 6 | 7 |
| CASO 4 | 10 | 7 | 20 | 17 | 16 | 7 | 15 | 9 | 5 | 7 |

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la Figura 2, de los datos recogidos del pre-test en el DERS de los participantes reflejan importantes niveles de confusión respecto de sus emociones, factor que después de la intervención con mindfulness se ve bastante disminuido; sobre la desatención emocional se encontró al inicio una clara falta de atención que podría implicar una baja conciencia de atención sobre este factor y que en el post test se ve incrementado mostrando posiblemente una mejor comprensión sobre lo que les ocurría internamente, en el factor de descontrol emocional al inicio se observan niveles altos de desregulación los cuales también se ven posteriormente disminuidos gracias a los recursos entregados tanto dentro de lo psicoeducativo como de los ejercicios prácticos de meditación y de mindfulness.

La interferencia emocional es otro de los factores que resultaban más evidentes tanto en la información recogida en la historia de vida y que resultaba ser una de las mayores consecuencias negativas registradas en los cuatro casos, dado que la ira y la tristeza afectaban a la concentración y al desempeño de las actividades de los participantes sobre todo en los espacios de trabajo.

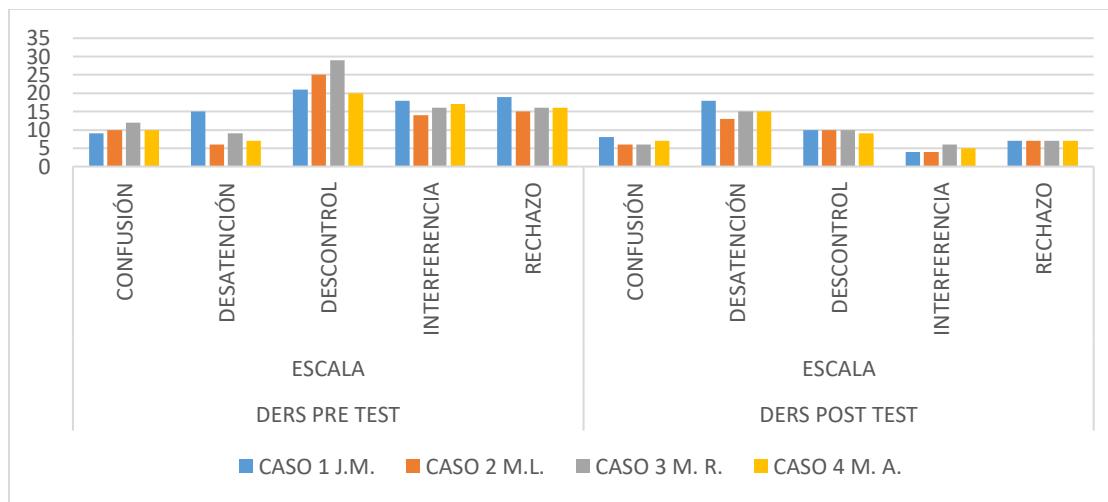
Finalmente sobre el último factor que corresponde al rechazo emocional, también se observa que inicialmente existía una actitud de evasión sobre las emociones percibidas por los participantes, lo que de alguna manera implica que se anulaban al negarse la posibilidad de expresarlos y exteriorizarlos, sin embargo después de la intervención con mindfulness se evidencia una importante disminución sobre este factor dado posiblemente al conocimiento consciente en cuanto a la validación propia y sobre todo a la incorporación de la actitud mindfulness es decir el aceptar las emociones sin juzgarlas, experimentarlas sin reaccionar



bajo las antiguas pautas que resultaban poco adecuadas tanto para sí mismos como para los demás, dejarlas pasar recordando que son pasajeras y sin anclarse a ellas, permitiendo una gestión más efectiva de las mismas.

Figura 6

Comparación general pre y post test Escala DERS



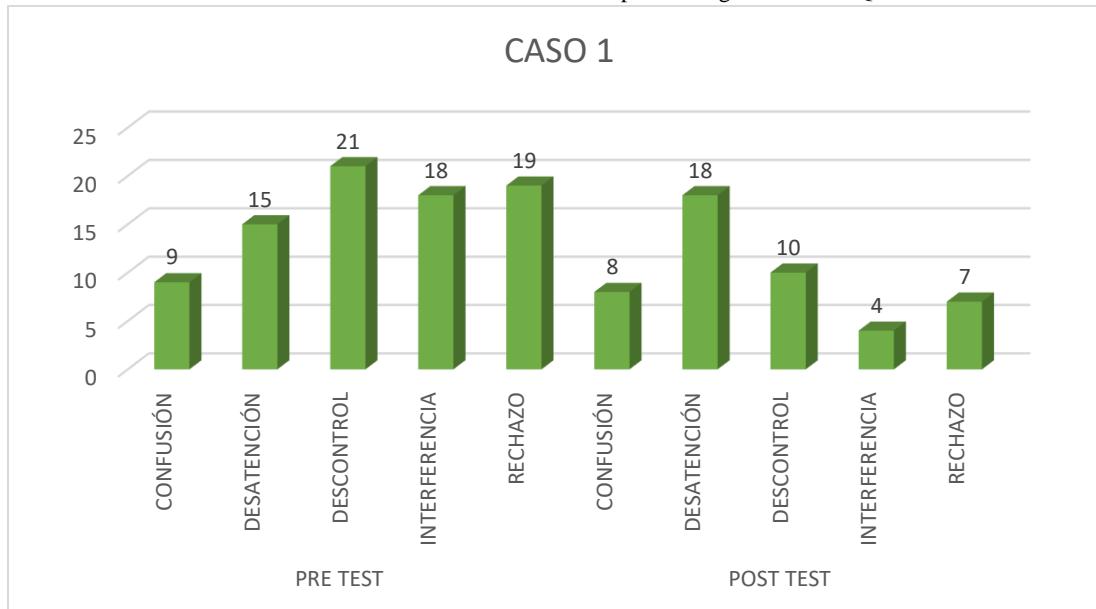
Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se puede observar una comparación pre-test vs post-test individual de la Escala DERS, de cada uno de los cuatro casos, lo que permite apreciar con mayor detalle los resultados y efectos referidos sobre el impacto de la intervención con mindfulness en cada participante.

Figura 7

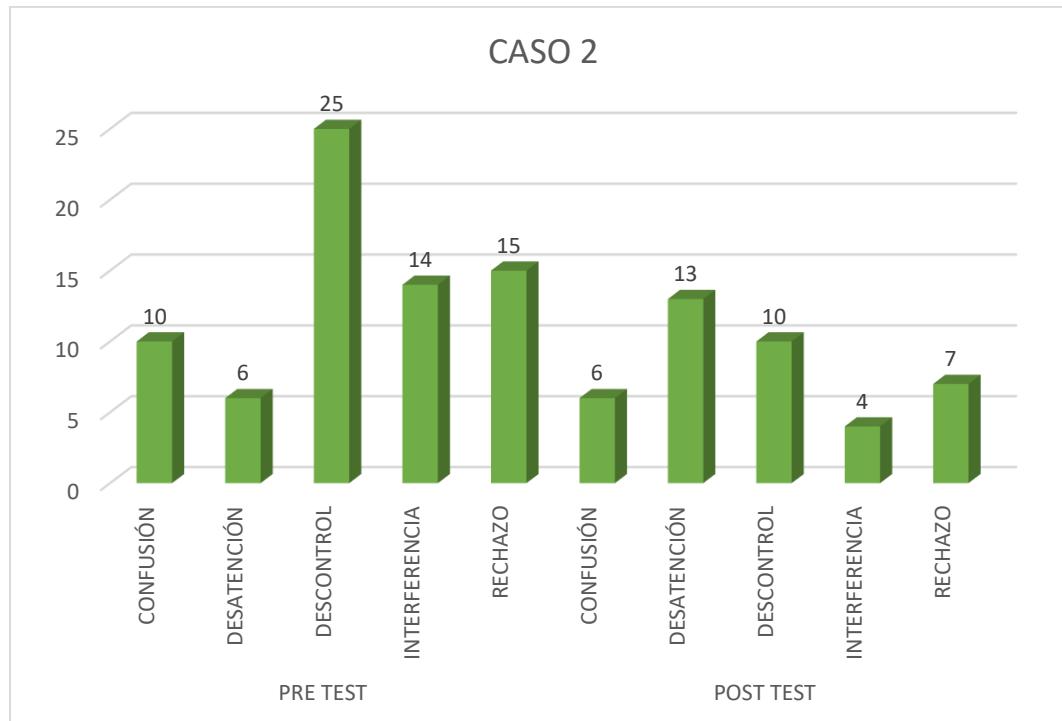
Comparación individual CASO 1 pre y post test Escala DERS





Fuente: Elaboración propia.

Figura 8
 Comparación individual CASO 2 pre y post test Escala DERS

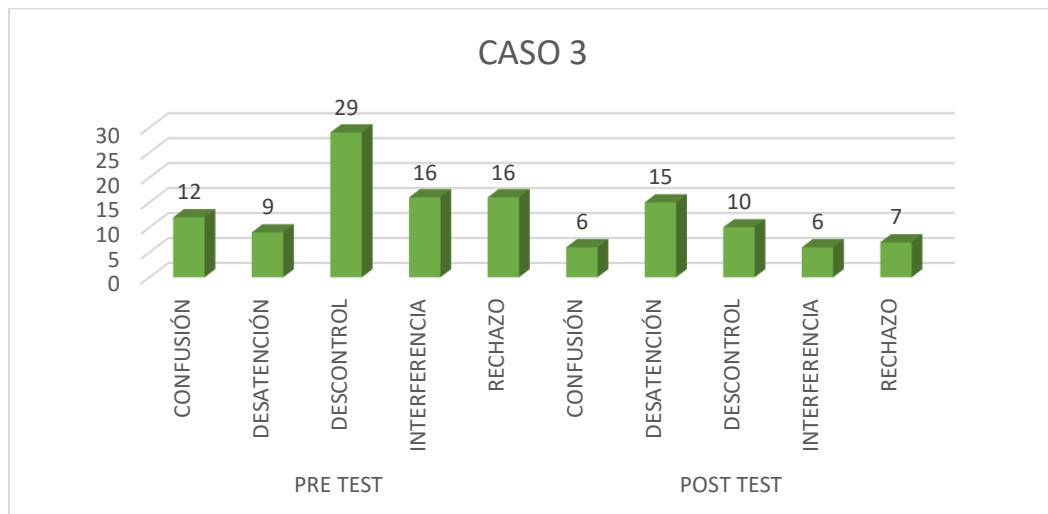


Fuente: Elaboración propia.



Figura 9

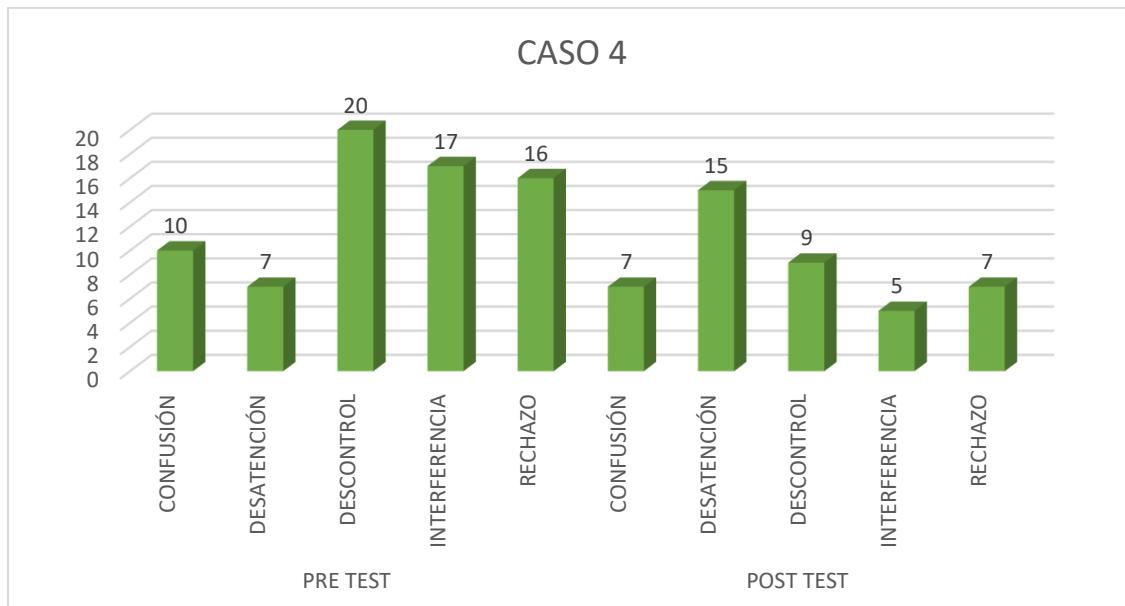
Comparación individual CASO 3 pre y post test Escala DERS



Fuente: Elaboración propia.

Figura 10

Comparación individual CASO 4 pre y post test Escala DERS



Fuente: Elaboración propia.



Discusión de resultados

En referencia comparativa, los resultados del estudio confirman la eficacia en cuanto al incremento de la regulación emocional y el comportamiento pro-social, ya que la práctica de atención plena aumenta la conciencia de pensar que contribuye a la autorregulación (Metz et al., 2013; Schonert - Reichl, et al., 2015), tal como lo refieren investigaciones previas. También existió la mejora en cuanto al comportamiento de los participantes en los contextos en donde se desarrollan, el mindfulness provocó cambios importantes en el autoconcepto total, así como en las diferentes dimensiones del mismo: académico, social, emocional y familiar (Barnes, Bauza, y Treiber, 2003; Schonert – Reichl et al., 2015; Semple et al., 2010) apoyando los resultados de otras investigaciones. Otro efecto encontrado responde a la mejora sobre las habilidades emocionales y sociales subyacentes, que como se han registrado ya en estudios internacionales incluyen la capacidad de sentirse en control, de aceptar la experiencia sin negar los hechos, de manejar los sentimientos difíciles y de estar tranquilo, compasivo y empático (Baer, 2003; Salmon et al., 2004).

Sobre la atención y concentración existe una clara potenciación de las mismas, tal como lo refieren algunos investigadores (Baijal, Jha, Kiyonaga, Singh, y Srinivasan, 2011; Napoli, Krech, y Holley, 2005; Semple, Lee, Rosa, y Miller, 2010). Finalmente, sobre el bienestar, se ha comprobado un aumento significativo en el bienestar de los participantes lo que confirma los hallazgos de otros investigadores (Hennelly, 2011; Huppert y Johnson, 2010; Lau y Hue, 2011; Schonert-Reichl y Hymel, 2007). A pesar de que este factor no fue medido con escala el análisis cualitativo de la información permite reconocer y validar esta mejora ya que la práctica del mindfulness ha generado cambios positivos en la salud emocional, física (ya no somatizan), mejoró el sueño como ya se ha probado en anteriores estudios del uso del MBSR (Bootzin y Stevens, 2005).

Si bien la efectividad de la atención plena ha sido probada en la reducción de la depresión y la agresión (Raes et al., 2014; Sibinga et al., 2016). En el presente estudio no se trabajó sobre la depresión, ya que corresponde a una patología diagnóstica y esto era parte del criterio de exclusión; sin embargo, si se trabajó sobre la tristeza que produce malestar emocional y de lo que se observó una significativa disminución. De igual manera, con respecto al aporte del



mindfulness sobre la agresividad de esta población, para el presente caso, ninguno presentaba esta característica, pero si se analizó el manejo de la ira y se observaron cambios relevantes en cuanto a la mejora de este factor.

Sobre la empatía y la aceptación de los pares, que corresponde a otro de los probados beneficios de la práctica continua (Schonert et al., 2015). Se confirma la correlación directa que existe con emoción positiva, popularidad y amistad-extensión, y negativamente con emoción y ansiedad negativas como lo refiere Miners (2008), los jóvenes lograron generar un sentido de grupo, de pertenencia, fortaleciendo los lazos de amistad entre ellos y demostrando en varias ocasiones tanto dentro de la práctica del programa como durante los contactos por WhatsApp solidaridad entre ellos, apoyo, compasión frente al dolor del otro; a pesar de que no se consideró medir estos factores de manera formal, son factores que se vieron motivados, fortalecidos y desarrollados durante y a partir del programa. La posibilidad de realizar estos encuentros grupales ha sido parte del éxito logrado, ya que es un espacio idóneo para rescatar estos valores positivos, de tal modo que el grupo de WhatsApp continúa habilitado y ellos mantienen el contacto en vías de una sana relación de amistad sintiendo en el grupo un apoyo y contención emocional informal.

Adicionalmente, también se ven mejoras en las interrelaciones con otros (familia, compañeros de trabajo, de colegio) mostrando amplios progresos de su comportamiento en todos los contextos (hogar, trabajo, colegio), incrementando la valía personal, el desarrollo personal, y todos los resultados expuestos anteriormente.

Por otro lado, se refiere que los objetivos específicos se relacionaron directamente con el objetivo general probando que la intervención basada en mindfulness permitió entrenar a los participantes en el uso de técnicas de mindfulness como herramienta de autorregulación emocional, mejorando la forma en la que estos gestionaban sus emociones de ira y tristeza en lo cotidiano y ante situaciones complejas., también fueron capaces de parar, detenerse, observar y dar una respuesta más adecuada frente a los estímulos que les generaban dichas emociones negativas. Todo lo anterior en consonancia con las fuentes científicas de investigaciones previas, revisadas y citadas como base de este tipo de investigación, la herramienta, su aplicación y los resultados sobre este grupo poblacional en particular.



Conclusiones

Durante el proceso de investigación bibliográfica para el sustento del presente estudio parte de lo que motivó la investigación es que en el Ecuador las personas con discapacidad intelectual no logran acceder a la atención psicológica profesional o al cuidado adecuado de su salud mental o a programas de prevención del malestar psíquico o la enfermedad mental; y si bien la bibliografía ha sido limitada sobre la aplicación del mindfulness en esta población, se ha encontrado resultados positivos y aún programas adaptados para tales usos; sin embargo se observa que estas muestras referidas incluyen sólo a personas con discapacidad intelectual (niños, adolescentes o adultos), cuyos síntomas han sido lo suficientemente “graves” como para justificar tanto el tratamiento como la investigación clínica.

Por tal motivo, este estudio difiere sobre los de referencia científica en población adulta, en cuanto a que la población muestra no presentaba expresiones de agresividad, autolesiones, o sintomatología “grave”; pero si presentaban dificultades en cuanto al manejo de emociones naturales como la ira y la tristeza, lo que resultaba en conflictos como consecuencia del manejo inadecuado de las mismas en los diferentes entornos en los que se desarrollan. Lo anterior, obliga necesariamente a considerar que el desarrollo de investigaciones para grupos no clínicos puede ayudar a prevenir estos comportamientos inadecuados o poco efectivos, adaptativos y regulados, mucho antes de que alcancen una gravedad clínica significativa que implique altos costes tanto personales, familiares, económicos y sociales no solo para la persona con discapacidad intelectual y su familia sino también para el estado.

Sobre la eficacia de la intervención se recogen en primera instancia datos específicos de cada uno de los casos expuestos en el trabajo, observando lo siguiente:

En el CASO 1, durante y después del proceso de implementación del programa de MBSR, J.M. logró comprender que la ira y la tristeza no son “malos” que son emociones parte de la vida, que lo importante es aprender a expresarlas sin hacerse daño a si mismo guardando ese malestar ni hacia los demás de forma inadecuada, aprendió a aceptar sin juicios sus emociones, validando su sentir aprendiendo a expresar verbalmente y de manera asertiva, logró aprender a defenderse sin gritar, ni recurrir a las expresiones anteriores, ya que aprendió



a valerse por su cuenta sin anclarse en la emoción del momento. A pesar de que no fue muy regular en sus prácticas diarias (Registro diario de Meditación) informó que mejoró su sueño, mejoró la somatización y reconoció sentirse mejor al aplicar los ejercicios aprendidos de mindfulness en los diferentes contextos y en los retos cotidianos que detonaban estas emociones (Datos recogidos de: Historia Clínica y Evaluación del Programa).

En el CASO 2, después y durante la intervención con mindfulness M.L. aprendió a reconocer sus emociones, aceptándolas, logrando detenerse y recordar que pronto pasarán, aprendió a respirar de tres a 10 veces de manera profunda antes de reaccionar ante las circunstancias difíciles, aprendió a pedir aclaración sobre las situaciones de bromas para no interpretar equivocadamente mejorando la comunicación verbal y expresión adecuada gracias a la identificación de “Una comunicación difícil” que incluyó el programa, también utiliza el recurso de meditación de Singh en los pies cuando siente ira y le ayuda a calmarse, ya no sostiene las emociones negativas por demasiado tiempo, no se aísla y si requiere visita el baño para realizar las respiraciones o meditación logrando atravesarlos sin mayor dificultad (Datos recogidos de: Chat grupal de WhatsApp). Refiere que le escribió una carta a su padre expresando sus sentimientos ya que aprendió a reconocer que la ira y la tristeza son emociones normales que se debe aprender a expresar sin hacerse daño a sí misma y con respeto también a los demás. Reporta que duerme mejor que antes, el malestar psicosomático ha disminuido significativamente. También refiere que la ira y la tristeza ya no le afectan en la concentración ni en las actividades laborales ya que sabe que son “cosas” del momento y ha recomendado las técnicas a su jefa que suele enfadarse mucho (Datos recogidos de: Historia Clínica, Evaluación del Programa y corroboración de la tutora).

En el CASO 3, M. R. refiere que duerme mejor, aprendió a no expresar la ira por medio de palmadas fuertes y expresiones verbales fuertes, recurre asertivamente a expresar si algo no le agrada lo que ha sido bien recibido por los compañeros de oficina y cuando la emoción es fuerte pide permiso para calmarse y se aleja al patio del lugar para caminar, respirar y calmarse utilizando cinco minutos mientras escucha la meditación guiada con audífonos desde su celular, logrando superar y atravesar el malestar del momento pudiendo continuar con las actividades normales. La concentración ha mejorado sin afectar a sus labores. Y



también refiere que ya no le duele la cabeza, o solo pocas veces (Datos recogidos de: Historia Clínica, Chat grupal de WhatsApp, Evaluación del Programa y corroboración de la tutora).

En el CASO 4, durante y después de la intervención con mindfulness, M.A. ha logrado aprender a reconocer sin juicio sus emociones, comprende que la ira y la tristeza son válidos y a expresarlos de manera más adecuada tanto para sí mismo como para los demás, actualmente ha logrado expresar verbalmente y de manera assertiva sus sentimientos tanto en la empresa como en casa. A pesar de que no ha logrado una constancia efectiva debido a problemas de salud propios (hospitalizado por cuatro días debido a neumonía), se observan y registran los efectos positivos (Datos recogidos de: Historia Clínica, Chat grupal de WhatsApp, Evaluación del Programa). Refiere que su concentración ha mejorado, ya no le duele la cabeza ni el estómago. Cuando esta triste que es lo que más le ocurre debido a la situación de salud de la hermana, recurre a la respiración profunda y a la meditación, le ha sugerido a su hermana escuchar sus audios de meditación para que se sienta mejor de salud y con sus emociones.

Adicionalmente, cabe referir que la adherencia de los participantes al grupo fue óptima y positiva, desde el inicio los jóvenes adultos con discapacidad intelectual se mostraron altamente motivados en cada sesión, así como con las prácticas informales que realizaban en casa, de esto se destacan los siguientes beneficios observados durante el programa:

- Respiran de manera correcta, incorporan las posturas de yoga y meditación, preparándose adecuadamente para realizar los ejercicios.
- Existe mayor comprensión y conciencia sobre sus emociones de ira y tristeza. Durante los encuentros grupales se han apoyado entre los participantes brindándose consejos o soluciones alternativas frente a los factores que motivan emociones negativas o situaciones que las perciben como difíciles.
- Ha incrementado el nivel de empatía con los demás en los diferentes contextos; así como verse con mayor aceptación y cariño a sí mismos.
- El uso del mindfulness ha permitido mejoras en el sueño (les toma menos tiempo conciliar el sueño, descansan más y mejor), la disminución significativa y hasta la completa extinción de la psico somatización en los participantes, presentando mejoras importantes en este aspecto.



- Han incorporado y mantenido el hábito de comer con conciencia y atención plena, concentrándose en esta actividad, sin uso del celular o la televisión, tanto en el hogar como en los lugares de trabajo, para disfrutar de los alimentos.
- Frente a las emociones negativas de ira y tristeza, los participantes sostienen una actitud de aceptación y gestión más adecuada tanto para ellos mismos como para los demás, ya no presentan evasión o reacción inadecuada.
- Existe una mejor aceptación y validación de sí mismos, logrando expresar de manera verbal y asertiva sus emociones.
- Han logrado un mayor control de impulsos mejorando la auto observación a través de la premisa de observar con atención plena las conductas internas.
- Evidente mejora en la potencialización de la regulación emocional global.
- Recurren a los recursos aprendidos de mindfulness para distanciarse de la ira y la tristeza sin reaccionar ni dejarse llevar por el impulso, desprendiéndose de los condicionamientos antiguos.
- Presentan un estado mental mucho menos reactivo sino de aceptación y comprensión de la realidad.
- Muestran compasión como autoafirmación, a través de la disposición de cuidado, ternura y apoyo frente a situaciones de sufrimiento propio y de sus cercanos.
- Dos de los cuatro participantes realizan la meditación formal dos veces por día.
- Todos los participantes mantienen la meditación formal guiada por la noche antes de dormir.
- Uno de los cuatro participantes ha incrementado el tiempo de meditación por iniciativa propia logrando la práctica por 40 minutos.
- Uno de los cuatro tuvo dificultad con la constancia de la práctica (el más joven).
- No se encontró diferencia entre los participantes con Síndrome Down vs la participante con Síndrome de Asperger, frente al programa, su aplicación o resultados.

Sobre las preguntas planteadas al inicio del estudio ¿Podría ser mindfulness un recurso adecuado para el manejo de emociones negativas como la ira y la tristeza en personas con discapacidad intelectual leve? Efectivamente queda demostrado en una muestra pequeña de cuatro estudios de caso, que el mindfulness resulta efectivo y adecuado para trabajar el



manejo de la ira y la tristeza en esta población. A la par, existían cuestionamientos subsidiarios respecto al problema central, tales como; ¿Puede ser la falta de regulación de emociones básicas negativas como la ira y la tristeza, ser un desencadenante de malestar emocional en personas con discapacidad intelectual leve?, lamentablemente, para esta población como para cualquier otra la falta de habilidades psico emocionales adecuadas y el carecer de comportamientos pro sociales efectivos hacen que conlleven varios conflictos y problemáticas subsecuentes, como la exclusión familiar y social, ya que si un individuo no es capaz de autorregularse frente a las exigencias de la vida, sus propias emociones o las circunstancias percibidas como desagradables corre un alto riesgo de desarrollar sintomatología grave que conlleve al malestar psíquico y aún a enfermedad mental; en el caso de las personas con discapacidad intelectual esta falta de aprender a autorregular sus emociones desde la infancia hace que su riesgo sea mayor en todos los sentidos y aspectos referidos anteriormente, razón por la cual es de suma importancia para los cuidadores y profesionales que brindan apoyos para potenciar las habilidades que pueden estar limitadas debido al diagnóstico, deben también promover el trabajo psico emocional a tiempo de tal modo que cuenten también con esta importante habilidad personal y así se logre posiblemente prevenir a la posteridad en la edad adulta, problemas de exclusión y de salud mental.

Otra de las preguntas planteadas sobre si ¿Las personas con discapacidad intelectual leve, están en condición de practicar mindfulness de manera continuada?, se puede responder de manera afirmativa, y sustentar los trabajos previos de investigación sobre este aspecto, sin embargo en la muestra se observó cierta dificultad en mantener la constancia en el miembro más joven, lo cual podría deberse a su personalidad, a que tal vez le resultaba “aburrido”, o a que simplemente le resultó difícil incorporar con facilidad el hábito. Sin embargo, para los cuatro participantes a pesar de no haber tenido práctica o conocimiento previo en meditación, como en el resto de población regular el inicio fue difícil, así como la práctica ya que a pesar de que se inició con pocos minutos, durante el primer ejercicio grupal los cuatro se quedaron dormidos, lo cual se logró superar con el transcurrir del tiempo y el mejor manejo propio de la meditación, por lo anterior y para no poner en riesgo el estudio se optó por utilizar meditaciones guiadas durante todo el programa así les resultaba más sencillo lograr el estado adecuado de atención plena.



Al respecto de la práctica del mindfulness es útil y eficaz como una herramienta de apoyo para mejorar la regulación emocional en jóvenes adultos con discapacidad intelectual leve, a través de la potencialización de la autorregulación emocional específicamente de la ira y la tristeza. Se responde afirmativamente, ya que en los cuatro casos de estudio existía dificultad en cuanto a la autorregulación y gestión de la ira y la tristeza, la práctica continuada del mindfulness tanto durante las sesiones como con los ejercicios en casa de la práctica formal e informal permitieron un cambio de efecto positivo observable y comprobable a través de las escalas utilizadas, así como de los registros y reportes de los propios participantes y de las madres/tutoras.

Referencias bibliográficas

- Allen, D. G., Lowe, K., Moore, K. y Brophy, S. (2007). Predictores, costos y características de la colocación fuera de área para personas con discapacidad intelectual y comportamiento desafiante. *J Intellect Disabil*, (51) 409-416. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00877.
- Baer, R.A. (2003). El entrenamiento de la atención plena como una intervención clínica. Una revisión conceptual y empírica. *Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*. 10 (2), 125 - 43.
- Bion, W. R. (1957). *Sobre Arrogancia, XX Congreso Internacional de Psicoanálisis*. Paris: Segundo Pensamientos.
- Biegel, GM, Brown, KW Shapiro, SL, y Schubert, CM (2009). Reducción de estrés basada en la atención plena para el tratamiento de pacientes ambulatorios psiquiátricos adolescentes: un ensayo clínico aleatorizado. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (5), 855 - 866.
- Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, y Carmody J, et al. (2004). Mindfulness: una definición operativa propuesta. *Clin Psychol Sci Pract*.11, 230-41.
- Bootzin, RR, y Stevens, SJ (2005). Adolescentes, abuso de sustancias, y el tratamiento del insomnio y somnolencia diurna. *Clinical Psychology Review*, 25, 629 - 644.
- Bronwyn, R. (2011) "La adaptación y aplicación de prácticas psicoterapéuticas basadas en la atención plena para personas con discapacidad intelectual", *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5 (5), 46 – 52.



Carifio, J., Perla, R. J. (2007). Diez malentendidos comunes, conceptos erróneos, mitos persistentes y leyendas urbanas sobre las escalas de Likert y los formatos de respuesta de Likert y sus antídotos. *Journal of Social Sciences*, 3 (3), 106–116. doi:10.3844/jssp.2007.106.116.

Constitución De La República Del Ecuador. (2008). Ecuador. Recuperado de <http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitución.pdf>

Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS). Dirección de Gestión Técnica Ministerio de Salud Pública. (2017). Ecuador. Recuperado de <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec>.

Da Costa, C. (1997). Otros documentos: la historia clínica. *Documentación de las Ciencias de la Información*, (20), 41-63.

Díez-Itza, E. (2014). *Lingüística clínica de las discapacidades intelectuales*. Síndrome de Williams, síndrome de Down y síndrome X-Frágil. En M. F. Pérez, Lingüística y déficit comunicativos. Madrid: Síntesis.

Fredrickson, B.L. (2008). Promoción del Afecto Negativo. *The Science of Subjective Well-Being*, 449-468.

Hennelly, S. (2010) *Los efectos inmediatos y sostenidos del programa de atención plena de sobre el bienestar social y emocional de los adolescentes y su funcionamiento académico*. Oxford Brookes University (inédito).

Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

Huppert, F.A. y Johnson, D.M. (2010). Un ensayo controlado del entrenamiento de la atención plena en las escuelas: La importancia de la práctica para un impacto en el bienestar. *El Diario de Psicología Positiva*, 5 (4), 264-274.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2016). Ecuador. Recuperado de www.ecuadorencifras.gob.ec.

Kabat-Zinn J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.



Kemeny, M.E., Foltz, C., Cavanagh, J.F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., y Wallace, B.A. (2012). El entrenamiento contemplativo / emocional reduce el comportamiento emocional negativo y promueve respuestas prosociales. *Emoción*, 12 (2), 338.

La Rocca, S., Martínez, G., Rascio, A. y Bajardi, M., (2005). La investigación biomédica y el consentimiento informado en el ámbito de las poblaciones e individuos vulnerables. *Acta bioeth.* doi: 10.4067/S1726-569X2005000200007.

Léniz, M. I., García R. (2011). Adaptación, aplicación y evaluación de un programa en reconocimiento, manejo y expresión de emociones en niños con Síndrome de Asperger y sus padres. *Rev. Chilena Psiquiatría Neurología Infancia Adolescencia*, (22), 1.

Miners, R. (2008) Recopilados y Conectados: mindfulness y Adolescencia temprana. *Resumen de Disertación Internacional: Sección B. Ciencias e Ingeniería*, 68, 9.

Novell A. Ramon. (2014). Discapacidad Intelectual y Salud Mental Evaluación e intervención psicológica. España. Recuperado de <http://www.plenainclusionmadrid.org>.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). N.W., Washington, D.C, EU. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/>.

Organización Mundial de la Salud. (1946). N.W., Washington, D.C EU. Recuperado de <http://www.who.int/es/>.

Razza, N., Schwartz, L., Tomasulo, D. y Ballan, M. (2014). Discapacidad intelectual y salud mental: ¿está preparada la psicología? *Avances en Salud Mental e Incapacidades Intelectuales*, (8), 381 - 389.

Salmón, P., Sephton, S., Weissbecke, I., Hoover, K., Ulmer, C. y Studts, J.I. (2004). Mindfulness meditación en la práctica clínica. *Práctica Cognitiva y Conductual*. 11 434-46.

Sánchez, L. (2017). El Auge del mindfulness en el Entorno Educativo. Familia Educación. Recuperado de http://www.abc.es/familia/educacion/abci-auge-mindfulness-entorno-educativo-201704212227_noticia.html

Schalock, R., y Verdugo, M. (2002/2003). *El concepto de calidad de vida en los servicios humanos*. Un manual para profesionales del servicio humano. Washington, D.C.: Asociación Americana para el Retraso Mental. (Trad. cast. M. A. Verdugo y C. Jenaro. Calidad de vida. Manual para profesionales de la salud, educación y servicios sociales. Madrid: Alianza).



- Schmidt, C. (2008). Construcción de un cuestionario de emociones positivas en población entrerriana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 26, 117-139
- Schmukle, S. C., Egloff, B. y Burns, L. R. (2002). La relación entre el positivo y el negativo en el Programa de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). *Journal of Research in Personality*, 36, 463-47.
- Semple R., Lee, J., Dinehia, R., y Miller, L. (2010) Un ensayo aleatorio de la terapia cognitiva basada en la atención plena para los niños: Promover la atención consciente para mejorar la resistencia social y emocional en los niños. *Journal of Child and Family Studies*, 19 (2), 218 - 229.
- Simón V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Información psicológica*, 100, 162-70.



Conflictos de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.

