



T. Sappok
S. Zepperitz
M. Hudson

Atendiendo las necesidades emocionales en la discapacidad intelectual

Un enfoque evolutivo



hogrefe

Atendiendo las necesidades emocionales en la discapacidad intelectual

Sobre los autores

La **Dra. Tanja Sappok** nació y se crió en Heidelberg. Estudió Medicina en la RWTH Aachen (Alemania), la Louisiana State University (Shreveport, EE. UU.) y la East Tennessee State University (Johnson City, EE. UU.). Actualmente es médica jefe y directora del Centro de Tratamiento de Berlín para la Salud Mental en Discapacidades del Desarrollo del Hospital Evangélico Reina Elisabeth Herzberge.

Su labor clínica y científica se centra en los trastornos del espectro autista, el desarrollo emocional, los trastornos del comportamiento y la demencia. Preside la European Association for Mental Health in Intellectual Disability (EAMHID) y es vicepresidenta de la Sociedad Alemana para la Salud Mental en Discapacidad Intelectual (DGSGB). Además, forma parte del profesorado de psiquiatría del Hospital Universitario Charité, Berlín.

Su trabajo tiene como objetivo mejorar la atención sanitaria de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, así como promover la investigación y la formación especializada en este ámbito.

Sabine Zepperitz, Pedagoga, estudió Ciencias de la Educación en la Universidad Técnica de Berlín (Alemania). Es terapeuta sistémica y consultora en trauma, y actualmente coordina al equipo pedagógico del Centro de Tratamiento de Berlín para la Salud Mental en Trastornos del Desarrollo del Hospital Evangélico Reina Elisabeth Herzberge.

Su labor profesional se centra en la atención a personas con discapacidad intelectual moderada y grave, encargándose de diseñar e implementar intervenciones no farmacológicas adaptadas a los entornos de vida de los pacientes.

Desde hace años es formadora de profesionales para el uso de la SED-S para el diagnóstico, impartiendo talleres especializados y ofreciendo formación continua a cuidadores y consultoría a equipos profesionales dedicados al acompañamiento de personas con discapacidad.

El Doctor en Psicología clínica **Mark Hudson**, realizó sus estudios de grado en psicología en la Universidad de Leicester (Reino Unido), para continuar posteriormente su formación en psicología clínica en las universidades de Birmingham y Sheffield. Es psicólogo clínico en ejercicio y profesor adjunto de psicología clínica en la Universidad de Nottingham, donde combina docencia e investigación.

Tras finalizar su formación, trabajó inicialmente en una unidad de evaluación hospitalaria para niños con discapacidad intelectual de moderada a grave, y posteriormente en un servicio comunitario de salud mental para niños y adolescentes y en un equipo especializado en intervención comunitaria para menores con discapacidad intelectual.

Sus principales áreas de interés incluyen el apego y la terapia familiar sistémica, ámbitos sobre los que ha publicado, especialmente en relación con personas con autismo y discapacidad intelectual. Actualmente, es codirector del Elizabeth Newson Centre, donde se ofrecen evaluaciones especializadas a familias con niños que presentan dificultades en su desarrollo.

Atendiendo las necesidades emocionales en la discapacidad intelectual

Un enfoque evolutivo

Tanja Sappok, Sabine Zepperitz, y Mark Hudson

Traducción española: Natalia Kazah Soneyra, Carlos Peña Salazar, Friedrich Wilhelm Behne, Juan Valdés Sataubr y Silvia Ángel Buil

Nota. En la redacción de esta obra se ha utilizado un lenguaje inclusivo para evitar la discriminación por razón de sexo. En este contexto, los sustantivos variables o los comunes acordados deben interpretarse en un sentido inclusivo de mujeres y varones, cuando se trate de términos de género gramatical masculino referidos a personas o grupos de personas no identificadas específicamente.

Original title: *Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung*, 2nd revised edition, by Tanja Sappok, Sabine Zepperitz

© 2016, 2019 by Hogrefe AG

English edition: *Meeting Emotional Needs in Intellectual Disability. The Developmental Approach*, by Tanja Sappok, Sabine Zepperitz, Mark Hudson

© 2022 by Hogrefe

Copyright de la edición española © 2026 by Hogrefe TEA Ediciones. Todos los derechos, incluidos los relacionados con minería de textos y datos (TDM), entrenamiento de Inteligencia Artificial (IA) y tecnologías similares, están reservados.

Copyright of the Spanish version © 2026 by Hogrefe TEA Ediciones. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

ISBN: 978-84-18745-74-4

Depósito legal: M-10925-2026

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

A nuestros pacientes

Prefacio a la versión en lengua española

Este libro tiene su origen en la práctica clínica, concretamente en la atención sanitaria de adultos con discapacidad intelectual y problemas emocionales o de comportamiento. Es el resultado de muchos años de colaboración interdisciplinar entre médicos, enfermeros, educadores, profesores de educación especial, psicólogos, terapeutas y otros profesionales dedicados a apoyar a las personas con discapacidad intelectual. La unión de diferentes perspectivas profesionales, cada una con su propia filosofía y enfoque, ha dado lugar a numerosos debates enriquecedores. Hemos descubierto que esta diversidad de puntos de vista es un gran recurso que beneficia enormemente el desarrollo de un enfoque holístico compartido. Este discurso interno enriquecedor ha evolucionado por medio de intercambios continuos con los sistemas de apoyo que acompañan a nuestros pacientes. El libro que ahora tiene en sus manos es uno de los resultados de este proceso colectivo.

Nuestro objetivo es ayudar a mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y apoyar a los profesionales de la salud y los servicios sociales para que puedan hacer frente a los retos a los que se enfrentan cada día. La participación en una sociedad inclusiva solo puede tener éxito si la individualidad de todas las personas tiene el mismo valor.

Creemos firmemente que el enfoque del desarrollo emocional puede mejorar sustancialmente la vida de las personas con discapacidad en una sociedad inclusiva. Animamos a todos a ver a las personas con discapacidad intelectual en su totalidad, con todas sus dimensiones físicas, intelectuales y emocionales, a reconocer y valorar todas sus competencias y a permitirles desarrollar sus capacidades y potencial individuales de forma autónoma. Confiamos en que quienes apoyan a las personas con discapacidad estén preparados para dar este paso en el acompañamiento y la promoción. El apoyo y la atención basados en las necesidades permiten a las personas con discapacidad intelectual desarrollar toda su personalidad. Esta es nuestra contribución a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

La publicación de este libro en español es motivo de especial alegría y gratitud. Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento al equipo español, y en especial a Natalia Kazah y Carlos Peña-Salazar, por su dedicación, esfuerzo y compromiso en la traducción y publicación de esta obra. Gracias a su trabajo, este enfoque puede ahora llegar a más profesionales y familias, contribuyendo a una mejor comprensión y apoyo a las personas con discapacidad intelectual en el mundo hispanohablante.

*Tanja Sappok, Bielefeld
Sabine Zepperitz, Berlin*

Índice

Sobre los autores	ii
Prefacio a la versión en lengua española	vii

Capítulo 1. Desarrollo emocional: una introducción

1.1	Emoción y cognición en diálogo	3
1.2	Conceptualización del desarrollo emocional	5
1.3	El desarrollo del cerebro emocional	6
1.4	La neuroanatomía del cerebro emocional	8
1.5	Teorías del desarrollo y tareas del desarrollo	11
1.5.1	Referencia emocional	14
1.5.2	Apego	18
1.5.3	La permanencia del objeto	20
1.5.4	Teoría de la mente: capacidad de mentalizar	21
1.5.5	Desarrollo emocional	25
1.5.6	Regulación de las emociones	26
1.5.7	Necesidades emocionales	28
1.6	El enfoque del desarrollo y la edad adulta	31

Capítulo 2. Fases del desarrollo emocional

2.1	Fase 1. Adaptación (edad de referencia: 0-6 meses) – SIMBIOSIS	38
2.2	Fase 2. Socialización (edad de referencia: 7-18 meses) – SEGURIDAD	40
2.3	Fase 3. Primera individuación (edad de referencia: 19-36 meses) - AUTONOMÍA	43
2.4	Fase 4. Identificación (edad de referencia: 4-7 años) - FORMÁNDOSE A SI MISMO	47
2.5	Fase 5. Conciencia de la realidad (edad de referencia: 8-12 años) – AUTODIFERENCIACIÓN	51
2.6	Fase 6. Individuación social (edad de referencia: 10-17 años) – IDENTIDAD	53

Capítulo 3. La aplicación práctica de la SED-S

3.1	La Escala de Desarrollo Emocional para Personas con Discapacidad Intelectual: SED-S	57
3.2	Evaluación del desarrollo emocional con la SED-S	58
3.3	Análisis de la SED-S	59
3.4	La evaluación con la SED-S y la derivación de intervenciones terapéuticas: un estudio de caso	61
3.5	Otros métodos de diagnóstico del desarrollo	71

Capítulo 4. Los hitos del desarrollo emocional

4.1	Dominio 1. Relación con su propio cuerpo	78
4.2	Dominio 2. Relación con personas significativas	81

4.3	Dominio 3. Manejo del cambio y permanencia del objeto	85
4.4	Dominio 4. Diferenciación de las emociones	88
4.5	Dominio 5. Relación con los compañeros/as	92
4.6	Dominio 6. Interacción con el mundo material	95
4.7	Dominio 7. Comunicación con los demás	98
4.8	Dominio 8. Regulación emocional	101
Capítulo 5. Conductas desafiantes		107
5.1	La etapa del desarrollo emocional como clave para comprender el comportamiento desafiante	109
5.2	Desarrollo emocional y comportamiento desafiante: un estudio de caso	113
5.3	Problemas de conducta según el nivel de desarrollo emocional (DE)	115
5.3.1	Problemas de conducta en la Fase 1	115
5.3.2	Problemas de conducta en la Fase 2	117
5.3.3	Problemas de conducta en la Fase 3	118
5.3.4	Problemas de conducta en la Fase 4	120
Capítulo 6. Problemas de salud mental		123
6.1	La importancia del desarrollo emocional en el desarrollo del malestar psicológico	123
6.2	Diagnósticos psiquiátricos en función del nivel de desarrollo emocional	125
6.3	Trastornos mentales que influyen en la etapa del desarrollo emocional	126
6.4	El dilema de la categorización	129
Capítulo 7. La implementación del enfoque de desarrollo emocional en la práctica clínica		133
7.1	Aspectos generales	133
7.2	Particularidades de la niñez y la adolescencia	136
Capítulo 8. Ejemplos característicos de enfoques de atención y tratamiento en las cada fase de la SED-S		143
8.1	Estudio de caso para la SED-S: Fase 1	143
8.2	Estudio de caso para la SED-S: Fase 2	145
8.3	Estudio de caso para la SED-S: Fase 3	148
8.4	Estudio de caso para la SED-S: Fase 4	150
8.5	Estudio de caso para la SED-S: Fase 5	152
8.6	Estudio de caso para la SED-S: Fase 6	154
Capítulo 9. Intervenciones terapéuticas		155
Capítulo 10. Oportunidades y posibilidades para reuniones multidisciplinarias de casos con un enfoque de desarrollo		175
Resumen		197
Conclusiones		199
Agradecimientos		201
Definiciones y abreviaturas		203
Bibliografía		207

1. Desarrollo emocional: una introducción

Una mujer de 20 años con discapacidad intelectual grave se rasca y se golpea mientras camina inquieta entre las habitaciones. Dicha inquietud se da principalmente en situaciones en las que debe esperar o cuando está físicamente incómoda, como cuando tiene hambre. Necesita ayuda para comer y vestirse y a menudo está sola. Suele mecerse de un lado a otro, acurrucarse en su cama durante el día, jugar con su pelo o masticar algún objeto sensorial. Vive en una residencia con otros siete compañeros y trabaja ocho horas al día en un proyecto de empleo protegido. Sin embargo, no tiene interés en los otros residentes y solo busca contacto con sus cuidadores.

Un hombre de 25 años con discapacidad intelectual moderada que no puede estar solo parece inquieto y camina constantemente de un lado para otro. Busca continuamente la atención de los cuidadores e insiste en hacer lo que él quiere. Es una persona curiosa que puede comprender las consecuencias de sus acciones y tiene algunas habilidades de pensamiento abstracto. Sin embargo, su constante búsqueda de afecto y su inquietud son tan estresantes para los cuidadores que fue despedido del trabajo, empeorando su situación al estar todo el día en casa.

Estos ejemplos muestran que los comportamientos de las personas con discapacidad intelectual a menudo resultan muy difíciles de manejar para los familiares, cuidadores y profesionales de la salud. Para poder comprenderlos y abordarlos mejor, hay que considerar el desarrollo emocional junto con el desarrollo físico y cognitivo. Al brindar apoyo a las personas con discapacidad intelectual, a menudo se intenta determinar primero su edad biológica y sus capacidades cognitivas, mientras que su edad de desarrollo emocional generalmente se desconoce o se tiene poco en cuenta (Figura 1). Esto puede dar lugar a situaciones abrumadoras, que pueden conducir a problemas de conducta graves o incluso a problemas de salud mental, como la depresión.

La joven presentada al inicio muestra una edad emocional de referencia de unos 6 meses. Su gran necesidad de descanso, el deseo de satisfacción inmediata de sus necesidades, la preocupación predominante por su propio cuerpo y la falta de interés por los compañeros son expresiones propias de su etapa de desarrollo emocional. En esta etapa, la necesidad primaria es la regulación física y emocional; la tarea de desarrollo es integrar la información sensorial. Por lo tanto, los cuidadores deben asumir el papel de figuras de confianza, ofrecer intervenciones sensoriales y orientadas al cuerpo, así como también asegurarse de que tenga suficientes períodos de descanso y recuperación.

La edad emocional de referencia del joven mencionado en segundo lugar es de unos 3 años; emocionalmente se encuentra en la llamada “fase de desafío”. La tarea principal en su desarrollo es la individuación y, por tanto, su primera necesidad es desarrollar su autonomía, es decir, separarse de los cuidadores y establecer su propio sentido de identidad. En esta etapa, puede ser útil establecer estructuras y reglas claras identificando áreas de la vida en las que pueda satisfacer su creciente necesidad de independencia de una manera gradual y manejable. Los cuidadores deben proporcionar una rutina diaria claramente estructurada, asignando responsabilidades en ciertas áreas, como por ejemplo poner la mesa o guardar la ropa. Es crucial que el equipo trabaje en conjunto y brinde elogios directos e inmediatos para reforzar los comportamientos deseados. Mediante la consideración positiva constante se reafirmará en su persona y ya no necesitará reclamar atención, la inquietud disminuirá y podrá separarse de los cuidadores por períodos de tiempo más largos.

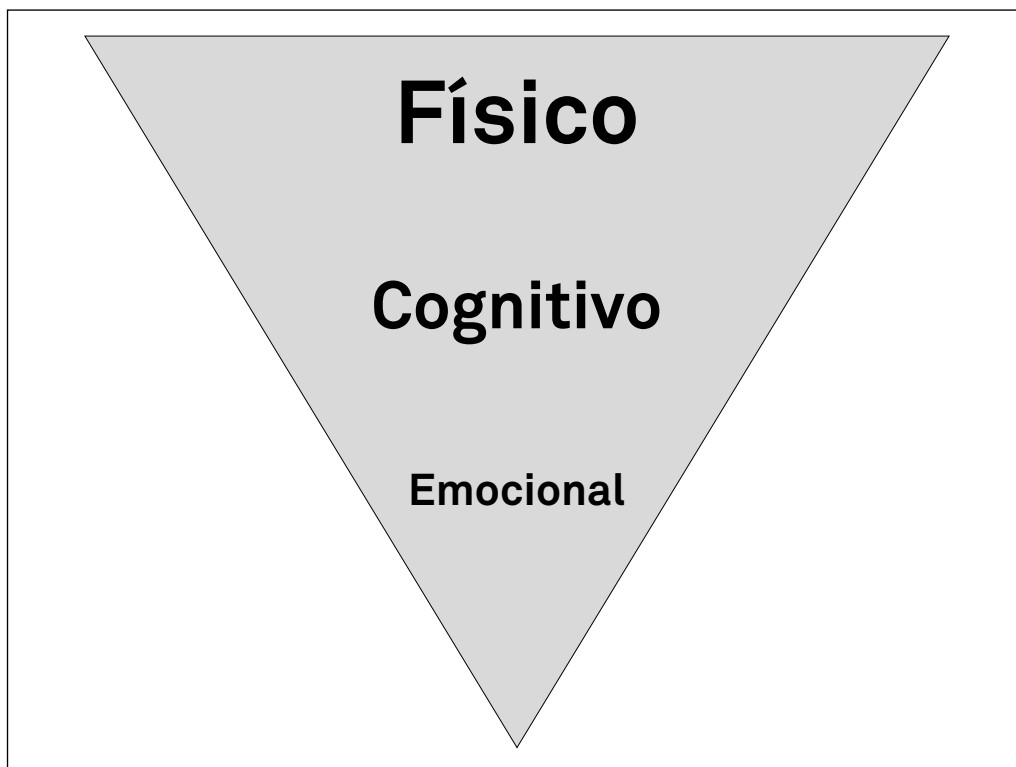


Figura 1. En los encuentros o interacciones, generalmente se tiene en cuenta inicialmente la edad biológica de la persona evaluada y luego su nivel de desarrollo cognitivo, mientras que el nivel de desarrollo emocional es con frecuencia el menos considerado. Sin embargo, la edad de referencia emocional puede ser menor en comparación con el desarrollo cognitivo.

Adaptar las intervenciones al nivel de desarrollo emocional puede precipitar el crecimiento de la personalidad de los usuarios, aumentar sus oportunidades de participación en la vida social y conducir a una mejor comprensión de las conductas problemáticas (Hart y Lindahl Jacobsen, 2018).

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.hogrefe-tea.com

2.1 Fase 1. Adaptación (edad de referencia: 0-6 meses) – SIMBIOSIS

En esta fase, el individuo se adapta a una vida fuera de la madre. En psicología del desarrollo, esto corresponde a la fase del recién nacido. Los límites corporales son borrosos y no hay conciencia de uno mismo. El bebé forma una unidad física y emocional con el cuidador (Figura 13) y no puede diferenciar entre extraños y cuidadores familiares.

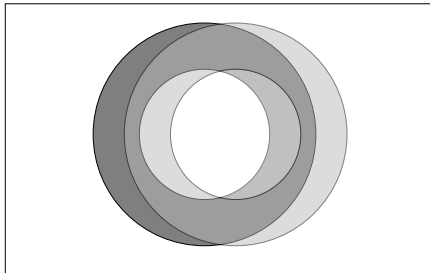


Figura 13.

Adaptación, 0-6 meses de vida. Hay una unidad física y emocional del individuo (círculo claro) con el cuidador, por ejemplo, la madre (círculo oscuro).

Las partes del cuerpo del bebé y su entorno se descubren más bien por coincidencia o sin intención. El mundo se percibe principalmente a través de los sentidos del olfato, el gusto, el tacto, el oído y la temperatura. Por ello, el infante recibe una variedad de estímulos que deben ser procesados: olores, ruidos, sabores, lo que ve, lo que siente en la piel, los movimientos del cuerpo (equilibrio), el dolor físico, etc. En esta fase del desarrollo, predominan las necesidades fisiológicas básicas. Para las personas que se encuentran en esta etapa, resulta fundamental descansar adecuadamente, no experimentar dolor, hambre o sed, estar bien abrigadas y no verse sometidas ni a una estimulación insuficiente ni excesiva. En resumen, necesitan sentirse físicamente cómodas y en equilibrio.

A nivel emocional, en esta fase del desarrollo se manifiestan principalmente estados de activación y relajación. Las emociones básicas, como la alegría, la tristeza, la ira o el miedo, aún no están claramente diferenciadas. La capacidad de autorregulación del infante es mínima; por ello, la regulación externa, predominantemente a través del contacto físico (como sostener, mecer o acariciar), resulta esencial para lograr un equilibrio en los niveles de activación y para apoyar el control de los impulsos.

Los estímulos intensos, como ruidos fuertes, el dolor o el frío, pueden generar una sensación inmediata de amenaza. En esta etapa, no existe aún la noción de permanencia del objeto: si algo desaparece, para la persona simplemente ha dejado de existir.

El objetivo del cuidado en este nivel de desarrollo es lograr la homeostasis, un equilibrio psicológico entre la tensión y la emoción, ya que la persona vive centrada en su propio mundo, con una percepción muy limitada de su entorno. El cuidador debe asumir el rol de figura confiable. Para ello, dado que la comunicación es mayoritariamente no verbal, es imprescindible interpretar el bienestar de la persona a partir de la observación atenta de su comportamiento.

En el caso de personas con discapacidad intelectual que se encuentran en esta etapa del desarrollo, las conductas autolesivas deben entenderse como una forma de comunicación: una llamada de atención que expresa necesidades profundas no verbalizadas y que requieren una respuesta inmediata. En estos casos, es fundamental priorizar la satisfacción rápida de necesidades físicas básicas, como el alivio del hambre, el dolor o la incomodidad.

Dado que aún no existe un concepto claro del tiempo, incluso breves periodos de espera pueden generar altos niveles de tensión y malestar.

En esta etapa del desarrollo, la persona comienza a procesar y organizar la información que recibe, integrando percepciones sensoriales y estímulos del entorno. Su percepción está centrada principalmente en su propio cuerpo y en el entorno inmediato. Es común observar movimientos corporales estereotipados, como mecerse, aletear o masturbarse, que pueden entenderse no solo como autoestimulación, sino también como estrategias físicas de afrontamiento ante situaciones de tensión.

Dado que el procesamiento de estímulos es el aspecto central en esta fase, la principal tarea del cuidador consiste en regular y dosificar adecuadamente dichos estímulos. Además, la persona suele ser muy sensible a la atmósfera emocional que la rodea; por ejemplo, puede absorber y reflejar el estrés de quien la cuida, por lo que es crucial tener presente este “efecto contagio” en la intervención. No debe esperarse que la persona manifieste conciencia de los demás, ya que la capacidad de mentalización (concepto clave: simbiosis) aún no está desarrollada.

Las personas en esta fase dependen de cuidadores sensibles que les ayuden a regular sus emociones y a procesar los estímulos. Las intervenciones más efectivas son las de carácter físico y sensorial: caricias en amplias zonas del cuerpo, contacto físico cercano, balanceo, tarareos, hablar en tono suave o el uso de aromas agradables que generen una atmósfera calmada. Estas acciones ayudan a disminuir su nivel de activación. La disposición del cuidador para involucrarse en un contacto físico cercano y constante es esencial en la Fase 1.

Es importante evitar una sobreestimulación derivada de enfoques terapéuticos orientados a la acción. Por ello, el diseño del entorno debe priorizar estímulos básicos y de baja intensidad, como los que se encuentran en salas Snoezelen o a través de un contacto físico constante. El vínculo puede establecerse mediante reflejos coordinados y modulados dentro de una atmósfera tranquila, centrándose inicialmente en la percepción mutua más que en la interacción recíproca.

También debe considerarse que factores como la rutina matutina o los desplazamientos largos en coche (por ejemplo, al grupo de apoyo) pueden resultar excesivamente estimulantes. En consecuencia, no puede esperarse de estas personas comprensión de normas, pensamiento lógico o moral, empatía, trabajo en grupo o compromiso con tareas.

En resumen, en este nivel de desarrollo emocional, las prioridades fundamentales son el procesamiento de información sensorial, la integración de estímulos internos y externos y la satisfacción de necesidades físicas básicas.

En pocas palabras:

Adaptación

- Adaptación a la vida fuera de la madre.
- Límites corporales borrosos; ningún esquema del propio cuerpo.
- Unidad física y psicológica con el cuidador.
- La confianza básica comienza a desarrollarse.
- Tarea de desarrollo: procesamiento sensorial, es decir, integración de estímulos internos y externos.
- Predominan las necesidades físicas básicas: mantenerse abrigado, sentirse lleno, estar libre de dolor.
- Los estímulos físicos intensos o la incomodidad física provocan tensión/estrés.
- Los cuidadores sensibles apoyan el procesamiento de estímulos y la regulación de emociones.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.hogrefe-tea.com

La exploración de la sexualidad es una parte fundamental del desarrollo en esta etapa. Las personas comienzan a experimentar con la sexualidad, tanto consigo misma como con los demás. La exploración de la identidad sexual incluye una aceptación o rechazo conscientes de ciertos roles típicos de género y la presencia física asociada a ellos, lo que forma parte del proceso de consolidación de la identidad.

En esta fase, se experimenta la sexualidad con las parejas románticas. Sin embargo, las relaciones tienden a ser breves o a cambiar con frecuencia debido a que la madurez emocional para mantener relaciones a largo plazo generalmente no está lo suficientemente desarrollada.

En esta fase, es común que se adopten comportamientos de riesgo debido a la confluencia de una autorregulación emocional inmadura y una gran necesidad de gratificación emocional (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, situaciones físicamente peligrosas, consumo de drogas, etc.). El uso de sustancias psicoactivas a menudo se relaciona con la búsqueda de una autoimagen física (¿Cuánto puedo tolerar? ¿Cómo me afectan estas sustancias?) y la búsqueda de una identidad adulta (¡Puedo fumar y comprar alcohol porque soy mayor de edad!).

Los individuos también utilizan su cuerpo y sus capacidades para posicionarse socialmente. La importancia de pertenecer a un grupo de iguales se expresa mediante el uso de determinadas prendas o conjuntos de ropa.

Finalmente, en la relación con el cuerpo se reflejan las necesidades emocionales vinculadas a otros dominios del desarrollo, como poner límites en las relaciones con personas significativas y la búsqueda de pertenencia al grupo de iguales.

4.2 Dominio 2. Relación con personas significativas

El término cuidadores hace referencia a las personas que desempeñan un papel significativo en la vida de un individuo, pero que no forman parte de su grupo de iguales. En el caso de los niños, los cuidadores suelen ser los padres u otras figuras principales en su vida; mientras que, para los adultos con discapacidad intelectual, los cuidadores suelen ser compañeros de un grupo residencial o personas de apoyo. En el desarrollo infantil, la relación con los cuidadores, a diferencia de la relación con los compañeros o iguales, se caracteriza por un enfoque educativo que influye en la relación entre ambas partes.

El niño tiene derecho a la educación y los padres, o quienes asuman el papel de cuidadores, tienen la responsabilidad de proporcionar dicha educación. En la educación actual, especialmente en la sociedad occidental, ha habido un cambio significativo en los estilos de crianza. El estilo tradicional autoritario, que priorizaba la obediencia y el control estricto, está siendo reemplazado cada vez más por un estilo de educación autoritativo. Este nuevo enfoque combina la reciprocidad con la orientación educativa.

Para los adultos con discapacidad intelectual, a menudo los cuidadores no son los padres, sino personal de apoyo de las instituciones. En estos casos, el término "educador" no se utiliza de la misma manera que en la educación infantil, ya que los adultos no

requieren el mismo tipo de guía educativa. Los padres de adultos también se enfrentan al desafío de cambiar su papel como educadores.

El papel del cuidador se enfoca más en el acompañamiento y el apoyo en la vida diaria, aunque sus funciones se van adaptando en las distintas etapas. Sin embargo, las responsabilidades principales del cuidador son, por un lado, fomentar la exploración (descubrir el mundo) y, por otro, ayudar a regular las emociones. En las primeras fases, el cuidador asume un papel activo en ambos objetivos, mientras que, con el tiempo, el individuo va asumiendo estas funciones de manera más independiente dentro de un ambiente de apego seguro, hasta que pueda explorar y regularse por sí mismo.

Adaptación: *En esta etapa, las personas son principalmente egocéntricas y su conexión con el entorno se da principalmente a través de los sentidos cercanos (como el tacto y el oído). La regulación de sus estados físicos y emocionales se logra por medio del contacto con personas significativas.*

En la Fase 1, los individuos aún no comprenden al resto de personas, ya que no distinguen entre sí mismos y los demás; existe una fusión entre el individuo y su cuidador. En esta etapa, están completamente enfocados en sus propias necesidades y en mantener su bienestar físico y mental. El cuidador asume la tarea de ser un apoyo incondicional, que vela por que el individuo se sienta bien tanto mental como físicamente. Las necesidades básicas deben satisfacerse lo antes posible, por ejemplo, proporcionar comida, aliviar el dolor, dar calor o brindar contacto físico.

Como el procesamiento de los estímulos de entrada es la principal tarea del desarrollo en esta etapa, el cuidador se encarga de proteger al individuo de los estímulos sensoriales externos abrumadores. Al principio, los individuos expresan sus necesidades mediante el llanto o mostrando inquietud, pero a partir del segundo mes de vida desarrollan la capacidad de interactuar con sus cuidadores de formas más diversas (p. ej., con diferentes intensidades de llanto, vocalizaciones, sonrisas o manteniendo contacto visual). En situaciones donde el cuidador ofrece una atención cercana y exclusiva, se fomenta el bienestar del individuo, animándolo a integrarse y aprender de las experiencias en el marco de esa atención compartida.

Socialización: *En esta etapa, la persona es extremadamente dependiente y está muy enfocada en sus seres queridos. El contacto se establece tanto a través de los sentidos proximales como los distales.*

En la Fase 2, la persona comienza a desarrollar sentimientos hacia los demás y toma conciencia de que hay alguien que se ocupa de su cuidado físico y emocional. Sin embargo, todavía no hay certeza sobre la permanencia del objeto, es decir, no se tiene la seguridad de que algo o alguien siga existiendo cuando no se ve, lo cual genera grandes temores de pérdida cuando el cuidador ya no está a la vista. En este punto, la persona empieza a distinguir entre personas conocidas y desconocidas, y el contacto con desconocidos le produce ansiedad.

La valoración de situaciones como potencialmente peligrosas o seguras depende de la reacción del cuidador. Por ejemplo, si el cuidador grita con miedo "¡Alto!" al ver un escalón y sujeta al niño, este interpretará la situación como potencialmente peligrosa. Por el contrario, si el cuidador anima al niño a seguir adelante, este se sentirá seguro al dar el paso. De este modo, el cuidador apoya al niño a experimentar y atreverse a explorar el mundo.

Esta fase del desarrollo se ve favorecida por las expresiones faciales y los gestos exagerados del cuidador, combinados con el tono de voz que utiliza (ver Sección 1.5.1).

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.hogrefe-tea.com

9. Intervenciones terapéuticas

La Tabla 5 presenta ejemplos de intervenciones terapéuticas para cada dominio y etapa del desarrollo de la SED-S (Sappok et al., 2018). Esta tabla es especialmente útil para trabajar con perfiles de desarrollo equilibrados, es decir, cuando los ocho dominios tienen un nivel de desarrollo similar y se corresponden con el nivel de desarrollo cognitivo.

Si el perfil de desarrollo está desequilibrado o si el desarrollo cognitivo se desvía significativamente del nivel de desarrollo emocional, las intervenciones descritas no se pueden aplicar directamente. En estos casos, deben ajustarse al nivel de desarrollo específico de cada dominio. Por lo tanto, las intervenciones aquí enumeradas deben considerarse como sugerencias, ya que siempre deben adaptarse a las necesidades individuales de cada persona.

La tabla sirve como guía para discutir intervenciones adecuadas en las reuniones de equipo. Con la ayuda de las preguntas de reflexión (ver Capítulo 10, Tabla 6) y las sugerencias de esta tabla, es más fácil crear un plan de tratamiento basado en los resultados de la SED-S.

Es importante recordar que esta tabla nunca será completa o definitiva, ya que cada persona vive su propia experiencia. No obstante, debe garantizarse que las intervenciones no se limitan al procesamiento cognitivo, sino que alcanzan el mundo emocional de la persona. Se deben observar emociones como alegría, automotivación, seguridad u orgullo. Aunque el aprendizaje puramente cognitivo no es el foco principal del enfoque basado en el desarrollo emocional, puede desempeñar un papel complementario en el fortalecimiento de las habilidades funcionales para la vida (por ejemplo, aprendizaje para ir al baño).

Tabla 5. Ejemplos de intervenciones terapéuticas basadas en el desarrollo.

Fase	INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EDUCATIVAS
Dominio 1: Relación con su propio cuerpo	
Fase 1. Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de los límites corporales: mediante masajes, pesas, calor envolvente, cama de agua, aplicación de crema, baño, envolturas en manta o hamaca. • Percepción de profundidad y equilibrio: uso de chaleco con pesos, hamaca, trampolín, caminar descalzo en el césped o en la arena. • Estimulación oral y olfativa: explorar diferentes materiales con la boca (duros, suaves, húmedos...), aceites perfumados, jabón de baño. • Ofertas táctiles: juegos manuales, espuma de afeitar, jugar con lentejas secas/pasta. • Ofertas visuales y auditivas: atmósfera de estimulación coordinada y reducida (solo una fuente de luz o sonido a la vez), sonidos naturales, luz tenue, poco movimiento de luz. • Estímulos corporales fuertes e individuales (si es necesario): cosas con olor fuerte, masajes firmes, masaje con bolas de erizo, dispositivos de vibración. • Regulación y satisfacción inmediata de las necesidades por un cuidador de confianza en caso de dolor, hambre, sed, cansancio o sobreestimulación.
Fase 2. Socialización	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones físicas por parte de los cuidadores: entrelazar los brazos, acariciar, usar bolas de pinchos, etc. • Promoción de las propias experiencias corporales: aplicarse crema uno mismo. • Experiencias corporales utilizando materiales: arcilla, arena, legumbres, hierba/hojas. • Aclarar los límites del cuerpo: usar un chaleco de arena, caminar descalzo, tocar partes del cuerpo (por ejemplo, aplicar crema). • Sensaciones corporales fuertes (si es necesario): masajes firmes, agarre firme, golpecitos en la espalda, etc. • Permitir la cercanía física de manera apropiada: movimiento de baile, juegos de manos, contacto de todo el cuerpo a través de un objeto (pelota con pinchos, pelota de gimnasia, cojín, etc.)
Fase 3. Primera individuación	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la autonomía: elegir la ropa, qué comer y las actividades que hacer. • Definir una estructura: establecer las primeras reglas sobre el trato con el cuerpo y los límites en caso de contacto inapropiado. • Establecer reglas espaciales para la masturbación: únicamente en la habitación o en el baño, nunca en público. Si es necesario, apoyar visualmente con una imagen en el baño. • Iniciación en la limpieza e higiene, incluyendo el entrenamiento para ir al baño: ¿Cómo me limpio? ¿Cómo uso el baño? ¿Cuándo ya no debo esperar para usar el baño? • Trabajar con la propia imagen en el espejo: ¿Cómo me veo? Nombrar partes del cuerpo, peinarse, vestirse, maquillarse, etc.; si es necesario, pintar la imagen del cuerpo. • Ofrecer intervenciones físicas si lo desea: abrazos, pelota puntiaguda, etc.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.hogrefe-tea.com

Mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual utilizando un enfoque centrado en sus necesidades

Desde una perspectiva evolutiva, los autores proponen un modelo integrado de apoyo a personas con discapacidad intelectual. Este enfoque combina los avances más recientes en las teorías del apego con una comprensión más amplia de sus competencias sociales, emocionales y cognitivas apoyándose en la neurociencia y la psicología evolutiva. El libro muestra cómo los comportamientos desafiantes y las dificultades de salud mental en las personas con discapacidad intelectual pueden surgir cuando sus necesidades emocionales básicas no son atendidas. A través de intervenciones personalizadas, que se suman a los modelos de cuidado ya existentes, los profesionales pueden acompañar los procesos de maduración y reducir conductas que resultan difíciles para el entorno. Los ejemplos de casos reales que se incluyen a lo largo del libro ilustran cómo este enfoque, centrado en la etapa de desarrollo emocional de cada persona, favorece una mejor adaptación a su entorno.

Este libro está dirigido a una amplia gama de profesionales que trabajan con personas con discapacidad intelectual: psicólogos clínicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, personal de enfermería especializado en discapacidad, logopedas y docentes de educación especial, así como a padres y cuidadores.

«Este enfoque claro, científicamente riguroso y práctico, tiene el potencial de mejorar radicalmente la atención que ofrecemos a las personas con discapacidad intelectual. No puedo recomendarlo más encarecidamente a los profesionales que trabajan en este ámbito».

Doctor en Psicología Allan Skelly, miembro de la AFBPS, psicólogo clínico consultor en Gateshead (Reino Unido) y expresidente de la Facultad para Personas con Discapacidad Intelectual de la Sociedad Británica de Psicología

«Como médico y académica, valoro especialmente que este libro ofrezca una nueva y muy necesaria perspectiva terapéutica sobre las conductas desafiantes o problemáticas. Contribuirá a abrir nuevos caminos para conceptualizar y abordar los principales problemas de salud mental en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo».

Doctora Angela Hassiotis, división de Psiquiatría de la University College de Londres (UCL), Reino Unido

«Este libro transformará los servicios dirigidos a las personas con discapacidad intelectual que presentan conductas problemáticas o han sido diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico. Cualquiera que desee que los servicios para la discapacidad intelectual estén verdaderamente fundamentados en el apego y el trauma debería leerlo, aplicarlo y difundirlo».

Doctora Jennifer Clegg, especializada en Psicología Clínica y Terapia de Familia, profesora de la Universidad La Trobe, Australia

Grupo Editorial Hogrefe

Göttingen · Berna · Viena · Oxford · París
Boston · Ámsterdam · Praga · Florencia
Copenhague · Estocolmo · Helsinki · Oslo
Madrid · Barcelona · Sevilla · Bilbao
Zaragoza · São Paulo · Lisboa
Bogotá · Monterrey · Guadalajara
Ciudad de México

www.hogrefe-tea.com

ISBN 978-84-18745-74-4

