



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y PSICOPATOLOGÍA

MEMORIA FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**IMPACTO DEL CONFINAMIENTO EN LA
SALUD MENTAL DE UN GRUPO DE
ADULTOS CON DISCAPACIDAD
INTELECTUAL**



MIEMBROS DEL EQUIPO:

M^{re} DOLORES GIL LLARIO, OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA,

IRENE DÍAZ RODRÍGUEZ Y JESÚS CASTRO CALVO.

INFORME DIRIGIDO A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

1. CONTEXTO SOCIO-SANITARIO DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

La situación de emergencia sanitaria provocada por el Covid-19 obligó a las autoridades sanitarias estatales a confinar a toda la población durante más de 60 días, saliendo progresivamente del confinamiento con avances y retrocesos debido a nuevas olas por variantes del virus que pasaron a ser gestionadas, con el tiempo, por las comunidades autónomas. La población de personas con diversidad funcional intelectual (PDFI), en tanto que colectivo vulnerable, fue objeto de medidas más estrictas, con normativas cambiantes que dejaban margen a la interpretación particular de los directivos de los centros.

Nuestro estudio se llevó a cabo con un grupo de usuarios que viven en una residencia de adultos y que, por ello, tienen derecho a una plaza de centro de día ocupacional (CDO). Asisten al CDO de lunes a viernes, en horario de 9:00-17:00h y luego se van a la residencia que esta colindante, dentro del mismo edificio. Desde que se inició el confinamiento, el 13 de marzo de 2020, se han ido sucediendo una serie de normativas estatales y autonómicas dirigidas a este colectivo, según iba cambiando la situación sanitaria.

1. En marzo de 2020¹, en la fase de confinamiento extremo (toda la población) los usuarios de la residencia quedaron confinados en un único grupo burbuja donde se relacionaban todos los residentes entre ellos. El CDO estaba cerrado para todos (internos y externos a la residencia). En este momento, al haber sido una decisión tan abrupta y dada la incertidumbre existente en la sociedad a nivel general, se optó por flexibilizar los horarios (la hora de despertarse y de irse a dormir, por ejemplo), las actividades (proliferaron actividades conjuntas en el comedor como juegos de cartas) y hombres y mujeres que al estar en plantas diferentes generalmente no coincidían en horarios de comedor, etc. pudieron interactuar con un cierto grado de libertad.

¹https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/505/BOJA20-505-00007-4118-01_00171533.pdf

2. En mayo² pasaron a estar sectorizados por grupos estables de convivencia, es decir, cada uno sólo podía interactuar con las personas de su misma planta. En una planta estaban los hombres; en otra las mujeres de más edad y en otra, las mujeres más jóvenes. Ninguno de ellos podía acceder a los CDO. Esto supuso un retroceso importante en la flexibilidad de las normas y en el margen de libertad que habían disfrutado en el período anterior.
3. En junio se les permite volver al CDO, pero en los mismos grupos estables de convivencia y sectorizados, es decir, sólo pueden interactuar entre sí los hombres, por un lado, las mujeres mayores, por otro y las mujeres jóvenes por otro. Sólo cambia el contexto, de manera que, en lugar de estar todo el tiempo en la residencia, a partir de junio pueden ir al centro, pero están las mismas personas sin poder contactar con nadie de fuera ni con personas de otros grupos de convivencia de la misma residencia, retomando los estrictos horarios y actividades anteriores.
4. En noviembre³, ante las nuevas amenazas sanitarias, se les retira la posibilidad de salir de la residencia para ir al CDO. De manera que siguen interactuando los mismos grupos estables de convivencia, y además, con la restricción de acceso a los CDOs.
5. En enero de 2021 mejora la situación sanitaria y se les permite volver a los CDOs abriendo el contacto a grupos burbuja, es decir, todos los residentes pueden interactuar (hombres y mujeres de diferentes edades).

² [Texto consolidado de la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus \(COVID-19\)](#)

³ [Texto consolidado de la Orden de 8 de noviembre de 2020 por la que se modulan los niveles de alerta 3 y 4 como consecuencia de la situación crítica epidemiológica derivada del COVID-19 en la Comunidad Autónoma de Andalucía](#)

6. En junio de 2021 se vuelven a reunir con sus compañeros del CDO, es decir, vuelven a los talleres con sus compañeros que son usuarios de la calle llegando a una situación de nueva normalidad.
7. El 14 de julio⁴, con el nuevo brote se vuelve a los grupos burbuja, pero se les permite asistir al CDO.

2. INCIDENCIAS EN EL PROYECTO CAUSADAS POR LA SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA

Cuando se solicitó el proyecto los avances que se iban produciendo en el conocimiento de la enfermedad, así como la inminencia de una vacuna eficaz hacían pensar que la pandemia iba a tocar a su fin a mediados del 2021 pero, lamentablemente, en estos momentos (enero de 2022) todavía atravesamos la sexta ola con un nivel de contagios mucho mayor, si bien, con una letalidad menor gracias a las 3 vacunas con que cuenta una gran parte de la población española. Esta demora de la vuelta a la normalidad ha afectado a la toma de medidas por lo que respecta a la última que estaba previsto realizarla en marzo del 2021. Puesto que en marzo la situación todavía estaba muy lejos de ser como la pre-covid, optamos por retrasar algunos meses la recogida de datos, tal y como habíamos indicado que se haría en la memoria explicativa. Sin embargo, desgraciadamente, 3 meses después de lo planificado la situación aún no era post-covid (ver tabla 1). Por este motivo no nos ha sido posible concluir de forma definitiva nuestro segundo objetivo, esto es, observar en qué medida la restitución de las condiciones de normalidad (realmente la entrada en la denominada “nueva normalidad”), contribuye a devolver a los/as usuarios/as a las condiciones de salud mental previas al confinamiento. En su lugar, hemos tomado una última medida en una situación que hemos llamado de pseudonormalidad Esta situación se caracteriza por frecuentes e inesperados cambios debidos a las olas causadas por las continuas variantes del virus, pero en ella se mantiene la interacción entre las personas que viven en la residencia (grupos burbuja) y

⁴ [Texto consolidado de la Orden de 14 de julio de 2021, por la que se actualizan las medidas sanitarias y preventivas de salud pública en los centros sociosanitarios, otros centros y servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus \(COVID-19\)](#)

restableciendo su trabajo en los CDO. De este modo, en algunos momentos incluso han podido interactuar con quienes vienen de la calle en los CDO si bien manteniendo en todo momento las medidas de distanciamiento, mascarilla e higiene establecidas por las autoridades sanitarias.

Tabla 1. *Períodos y momentos de evaluación.*

	<i>EVALUACIÓN</i>	<i>DESCRIPCIÓN DEL PERÍODO</i>
PERIODO 1 <i>SEP 19-FEB 20</i>	M1: FEB 20	Normalidad previa a COVID-19
PERIODO 2 <i>MAR-MAY 20</i>	M2: MAY 20	Confinamiento en residencia con flexibilidad de horarios, actividades y libertad de interacción entre todos los usuarios de la residencia (grupos burbuja)
PERIODO 3 <i>JUN-SEP 20</i>	M3: SEP 20	Confinamiento en residencia con interacción restringida a las personas de la misma planta (sólo hombres/solo mujeres jóvenes/sólo mujeres mayores) (sectorización)
PERIODO 4 <i>OCT 20-JUN 21</i>	M4: JUN 21	Reincorporación al centro ocupacional en grupos burbuja. Durante dos semanas en junio se permite la interacción con los usuarios que vienen de la calle pero a mediados de junio se vuelve a restringir al grupo burbuja.



Figura 1. *Periodos de evaluación y medidas de protección en residencia*

3. MÉTODO

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Si bien inicialmente se estimó que podrían participar 12 adultos de entre 19 y 37 años que viven en una residencia de adultos con discapacidad intelectual, finalmente conseguimos la participación de 24 adultos (45,8% hombres y 45,8% mujeres). La media de edad está en 40 años si bien hay una dispersión importante (DE=13,09). El 70.8% de los residentes tienen discapacidad intelectual moderada frente al 29.2% que la tienen leve. Por último, el 70.8% son heterosexuales, el 16,7% homosexuales y el 12,5% bisexuales. En la tabla 2 aparecen los principales descriptivos.

Tabla 2. *Características de los participantes*

	M±DE o % (n)
Sexo	
Mujer	54,2% (13)
Hombre	45,8% (11)
Edad	40,17±13,09
Nivel de Discapacidad Intelectual	
Leve	29,2% (7)
Moderada	70,8% (17)
Orientación sexual	
Heterosexual	70,8% (17)
Homosexual	16,7% (4)
Bisexual	12,5% (3)

3.2 INSTRUMENTOS

3.2.1. CALIDAD DE VIDA

Para evaluar esta variable se utilizan dos instrumentos. La escala INICO-FEAPS empleada para evaluar a aquellas PDFI leve y, la escala San Martín, totalmente equivalente a la anterior pero destinada a la evaluación de aquellas PDFI moderada.

La *Escala INICO-FEAPS de Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo* (Verdugo et al., 2013) consta de 72 ítems con

un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones: nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre. Las dimensiones de calidad de vida evaluadas son: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos.

Escala San Martín de Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas (Verdugo et al., 2014) proporciona información acerca de las áreas de vida más importantes de una persona con discapacidad significativa desde la perspectiva de un observador externo que la conoce bien. El instrumento consta de 95 ítems organizados en torno a las ocho dimensiones de calidad de vida ya mencionadas en el INICO-FEAPS, que recogen aspectos observables y objetivos de calidad de vida. Los ítems se responden mediante un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos: nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre.

3.2.2. INTENSIDAD DE APOYOS

Se aplicó la *Escala de Intensidad de Apoyos (Supports Intensity Scale, SIS)* (Thompson et al., 2004) adaptada al castellano por Verdugo et al. (2007) que permite realizar una evaluación funcional de las necesidades de la persona, centrándose en el tipo de apoyos que requiere y no en los déficits que tiene. Se aplica mediante el formato de entrevista semiestructurada. A través de las subescalas se miden 10 apoyos que una persona necesita en 57 actividades de su vida, referidas a las áreas de: vida en el hogar; vida en la comunidad; aprendizaje para toda la vida; empleo; salud y seguridad; interacción social; y protección y defensa.

3.2.3. SALUD MENTAL Y PROBLEMAS DE CONDUCTA

Para evaluar la salud mental y los problemas de comportamiento se aplicó la *Evaluación Diagnóstica para Discapacitados Graves DASH-II* (Matson et al., 1995) adaptada al castellano por Novell et al., (1998) que consta de 84 ítems que miden trastornos neurológicos y otros trastornos mentales. El instrumento se divide en 13 subescalas, aunque en nuestro estudio nos centramos en las de ansiedad, trastorno del ánimo (depresión) y síndromes orgánicos. Para este estudio hemos tenido en cuenta la frecuencia con que se dan los principales síntomas de estos trastornos.

3.3 PROCEDIMIENTO

La investigadora principal del grupo de investigación, M^a Dolores Gil Llario, estableció contacto con la psicóloga de un recurso residencial para PDFI de la comunidad de Andalucía, quien, tras explicarle la situación en la que se encontraban los residentes y obtener la aprobación de la dirección de la residencia, se unió al proyecto.

Las dos primeras medidas ya constaban en los expedientes de los participantes y las dos siguientes se obtuvieron siguiendo los cauces habituales de registro de los niveles de salud mental de los usuarios en el centro. Mientras la segunda medida fue recogida de forma online, por las restricciones que en ese momento impedían el acceso de la profesional a la residencia, los dos últimos momentos de evaluación ya se realizaron de forma presencial, pero siempre durante las sesiones con la psicóloga.

Se han seguido todas las normas establecidas en la declaración de Helsinki en cuanto a procedimientos éticos y protección de datos, asegurando por completo el anonimato.

3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En primer lugar, se obtuvieron los descriptivos básicos para caracterizar al grupo muestral. Se extrajeron puntuaciones medias (M) y desviaciones estándar (DE) para las variables numéricas, y porcentajes (%) para las variables categóricas.

En segundo lugar, para analizar la evolución de la salud mental, calidad de vida y apoyos requeridos de las PDFI durante el confinamiento se han extraído las puntuaciones medias (M) y desviaciones estándar (DE) de los participantes en los cuatro momentos de evaluación. Estos análisis se ilustraron con gráficos de barras y de líneas. Asimismo, para determinar si las diferencias entre la puntuación media obtenida en cada uno de los momentos de evaluación eran estadísticamente significativas, se realizaron análisis de varianzas de cuatro niveles (four-way ANOVA) con medidas repetidas en un factor, pidiendo el valor de la eta parcial al cuadrado (η^2). Previamente se probó la condición de esfericidad mediante la prueba de esfericidad de Mauchly.

Todos los análisis se realizaron con las puntuaciones relativas a frecuencia en el caso del DASH y con las puntuaciones percentiles en el caso de las escalas INICO, San Martín y SIS, utilizando el paquete estadístico SPSS 26.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Nuestro objetivo consistió en analizar en qué medida el confinamiento ha podido impactar de forma negativa en la salud mental de un grupo de PCDI con antecedentes de fragilidad en su salud mental que han pasado el confinamiento en una residencia analizando las condiciones y áreas en las que se ha producido el posible impacto negativo. En primer lugar, presentamos los resultados referentes a la *salud mental*, a continuación, los de *calidad de vida* y, por último, el nivel de apoyos requerido. Estos instrumentos fueron aplicados en los 4 momentos descritos anteriormente, esto es Momento 1 (pre-covid) en feb. 2020, Momento 2 (confinamiento en residencia-grupo burbuja) en mayo 2020, Momento 3 (confinamiento en residencia-grupo sectorizado) en sept 2020 y Momento 4 (pseudonormalidad) en junio 2020.

4.1. SALUD MENTAL

En las diferentes subescalas de salud mental analizadas del DASH-II (ansiedad, depresión y síndromes orgánicos), las puntuaciones medias parecen seguir una evolución semejante a lo largo de los diferentes momentos de evaluación (Tabla 3).

Respecto a los síntomas depresivos y ansiosos, se observa como las puntuaciones medias disminuyen en el momento 2 de confinamiento en la residencia (*Ansiedad*: $1,79 \pm 1,91$; *Depresión*: $4,21 \pm 4,21$) respecto al momento 1 de normalidad del que partían (*Ansiedad*: $2,04 \pm 2,33$; *Depresión*: $4,46 \pm 4,42$). Sin embargo, en el momento 3 de sectorización en grupos estables, sus puntuaciones medias aumentan (*Ansiedad*: $2,67 \pm 3,41$; *Depresión*: $5,12 \pm 5,17$), volviendo a bajar en el momento 4 de casi normalidad (*Ansiedad*: $2,21 \pm 2,27$; *Depresión*: $4,5 \pm 4,59$), aunque sin alcanzar el estado de normalidad del que partían antes del confinamiento (ver figura 2). Paradójicamente, a pesar del ambiente de incertidumbre que se respiraba a nivel mundial, con el comienzo del confinamiento los residentes estaban en una situación de mayor estabilidad emocional, al desarrollar toda su actividad en un ambiente mucho más familiar y de mayor control,

disminuyendo la exposición a estímulos perturbadores. Sin embargo, con la llegada de la sectorización de los residentes en grupos estables independientes también llegaron los primeros contagios de profesionales del centro y, por tanto, el mayor flujo de información, lo que sumado al agotamiento emocional que en ese momento se acumulaba y a las limitaciones de contactos y espacio que en ese momento se les impuso, empeoró su sintomatología ansiosa y depresiva.

Respecto a los síntomas relacionados con síndromes orgánicos (incremento en el grado de inquietud, los problemas para centrar la atención o para recordar cosas que antes sabía, si responde más lentamente o presenta cambios de humor rápidos, etc.), la evolución de las puntuaciones medias es algo diferente, ya que en el momento 2 de confinamiento en residencia ya se puede observar su evolución ascendente que continúa en el momento 3 de sectorización en grupos estables ($M1: 2,42\pm 1,86$; $M2: 3,26\pm 3,24$; $M3: 3,79\pm 3,5$). Así, en el último momento de evaluación, la puntuación media baja respecto al momento 2 y 3 ($M4: 2,83\pm 2,53$) (ver figura 2). Estas diferencias entre las puntuaciones de los diferentes momentos de evaluación se han mostrados estadísticamente significativas en el análisis de medidas repetidas ($F = 5,26$, $p = ,032$, $\eta^2 = ,13$). Evidentemente, el cambio tan drástico en la rutina diaria derivado del confinamiento repentino conllevó cierta desorientación y aturdimiento que se ha reflejado en el aumento de su sintomatología relacionada con síndromes orgánicos, y que no alcanzó la estabilidad pre pandémica hasta el momento de pseudonormalidad.

Tabla 3. *Media y desviación estándar de la puntuación total de ansiedad, depresión y síndromes orgánicos en los diferentes momentos de evaluación.*

	M1. Normalidad		M2. Confinamiento en grupo burbuja		M3. Confinamiento en grupos sectorizados		M4. Pseudonormalidad	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Ansiedad	2.04	2.33	1.79	1.91	2.67	3.41	2.12	2.27
Depresión	4.46	4.42	4.21	4.21	5.12	5.17	4.50	4.59
Síndr. orgánicos	2.42	1.86	3.26	3.24	3.79	3.5	2.83	2.53

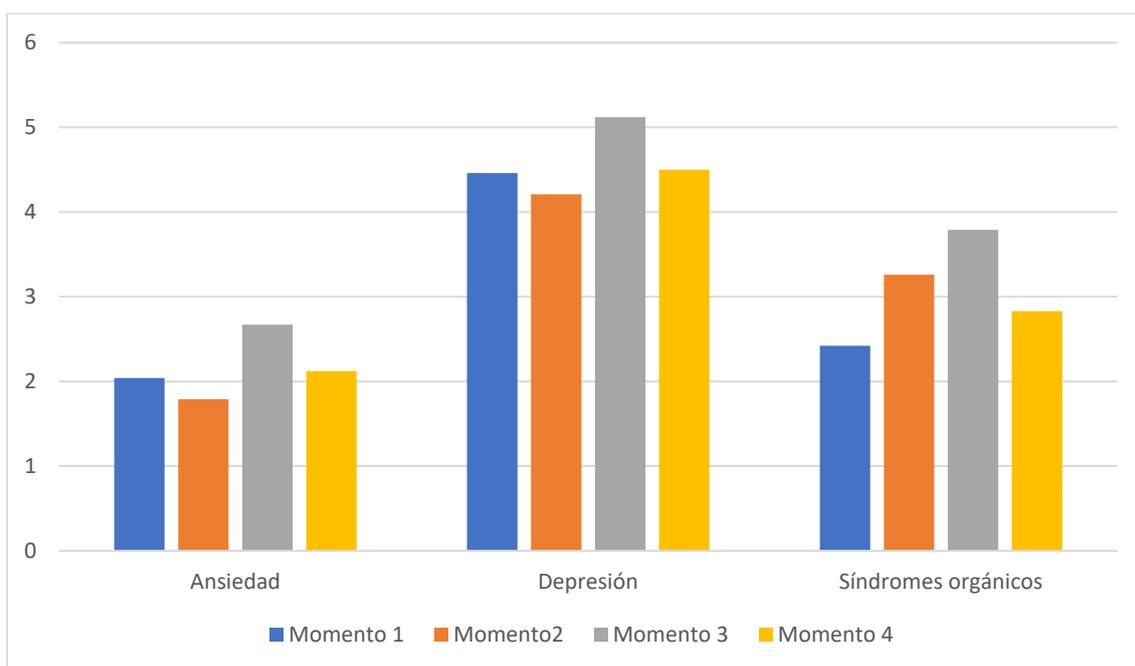


Figura 2. Evolución de las puntuaciones medias de ansiedad, depresión y síndromes orgánicos

4.2. CALIDAD DE VIDA

Como se muestra en la tabla 4, la puntuación percentil del índice de calidad de vida de los participantes informa que desde el inicio del confinamiento su calidad de vida se ha visto deteriorada ($M2: 36,58 \pm 24,62$) empeorando con la sectorización en grupos estables ($M3: 34,79 \pm 24,88$). Sin embargo, con el restablecimiento de la normalidad (parcial) también parece mejorar su calidad de vida ($M4: 36,08 \pm 20,94$), aunque sin llegar a los niveles pre pandémicos ($M1: 3,79 \pm 3,5$).

En la tabla 4 y la figura 3 se presentan también los resultados de las diferentes subescalas de calidad de vida. En *autodeterminación* se observa una evolución ascendente de sus puntuaciones durante el inicio del confinamiento en residencia ($M2: 47,25 \pm 26,25$), dado que es un momento en el que la rutina se vuelve mucho más flexible aumentando, en cierta medida, su libertad para escoger diferentes actividades en las que emplear parte de su tiempo. Sin embargo, con la sectorización de los residentes en grupos estables, sus puntuaciones en *autodeterminación* bajaron ($M3: 44,37 \pm 27,16$) y con el restablecimiento de una situación de casi normalidad, sus puntuaciones parecen

haberse estabilizado e ir al alza progresivamente ($M4: 44,63 \pm 26,71$), aunque sin alcanzarse los niveles del momento 1 ($M1: 46,33 \pm 24,82$).

Sus *derechos* se vieron limitados desde el comienzo de la pandemia ($M2: 43,04 \pm 27,73$), ya que recibían escasas explicaciones sobre la situación fuera del centro, limitándose su acceso a la información y a la interacción con personas externas a la residencia. Lógicamente, ellos lo vivieron como una falta de derechos que se acentuó durante la sectorización de los residentes en grupos estables ($M2: 32,96 \pm 24,44$), pero que se ha ido recobrando con la vuelta a una situación de mayor normalidad ($M2: 39,88 \pm 20,25$), aunque sin alcanzarse los niveles previos a la pandemia ($M2: 46,33 \pm 24,82$).

El *bienestar emocional* también desciende sustancialmente con el inicio de la pandemia ($M2: 41,58 \pm 23,03$) ya que muchos de ellos tuvieron que dejar de ver a sus familiares y parejas. Sin embargo, con la estabilización de la situación de confinamiento (momento 3, sectorización) se gestionaron diferentes vías para que pudieran tener contacto online con sus familiares y parejas, y en otros casos, se fueron creando nuevas parejas. Esto explicaría ese aumento de las puntuaciones en *bienestar emocional* durante la sectorización de los residentes en grupos estables ($M3: 42,79 \pm 24,04$) y su mantenimiento posteriormente ($M4: 42,67 \pm 24,56$).

Contrariamente, entre los residentes aumentó su identificación como grupo al estar compartiendo más tiempo, espacio, actividades, etc. Esto conllevó un aumento de su sensación de *inclusión social* en el inicio del confinamiento, cuando todos los residentes estaban juntos ($M2: 44,37 \pm 28,31$). Sin embargo, con la llegada de la sectorización y su separación en grupos estables sin contacto entre ellos (en una planta había hombres y ese era su sector, en otra mujeres mayores y en otra mujeres jóvenes) su sensación de inclusión social disminuye ($M3: 40 \pm 31,15$) y no parece recobrase con la llegada de la situación de casi normalidad ($M4: 39,92 \pm 27,39$).

Algo parecido ocurre con las *relaciones interpersonales*. Durante el confinamiento en residencia (M2) se incrementan sus oportunidades para interactuar con el resto de miembros de la residencia (con quienes no se ven tanto por tener ocupaciones y actividades diferentes) ($M2: 43,13 \pm 28,98$) y en una etapa más avanzada del confinamiento (M3) recuperan el contacto con personas externas a la residencia gracias

a las nuevas tecnologías ($M3: 43,71 \pm 33,12$), por lo que sus puntuaciones aumentan, y, por supuesto, lo siguen haciendo con la vuelta a una situación de mayor normalidad ($M4: 44,67 \pm 26,8$).

A diferencia de lo observado en estas últimas variables comentadas, el *desarrollo personal* de los participantes bajó desde el comienzo del confinamiento ($M2: 47,12 \pm 25,10$; $M3: 46,5 \pm 27,46$) cuando se cancelaron sus ocupaciones diarias (trabajo, talleres, etc.). Asimismo, con el restablecimiento de sus actividades principales, su desarrollo personal también se ha visto restablecido ($M4: 50,92 \pm 26,26$), aunque sin llegar a los niveles pre pandémicos ($M1: 53,83 \pm 21,64$).

Respecto a su *bienestar material*, con el comienzo del confinamiento vieron totalmente restringido su acceso a ciertos caprichos que se conceden con el dinero que tienen asignado (p.ej. tabaco, chocolate, etc.), lo que justificaría la bajada en su puntuación en el momento 2 ($M2: 34,13 \pm 28,31$) y su mantenimiento en el momento 3 ($M3: 34 \pm 32,16$). Asimismo, con la flexibilización de medidas y el incremento de permisibilidad de salidas, su acceso a estos extras se ve restablecido ($M4: 35,96 \pm 26,37$), aunque sin verse cubiertos en la misma medida que antes de la pandemia ($M1: 38 \pm 27,04$).

Por otro lado, con el comienzo del confinamiento su *bienestar físico* subió ($M2: 34,54 \pm 25,35$) al haber una flexibilización de las normas (p. ej. se les permite levantarse más tarde, dedicar más tiempo a hacer actividades como juegos de mesa, etc.), manteniéndose un mínimo de actividad física diaria. Con la llegada de la sectorización de los residentes en grupos estables, sus niveles de bienestar físico se situaron por debajo de los niveles pre pandémicos ($M1: 32,79 \pm 23,67$; $M3: 32,04 \pm 24,19$), ya que las consecuencias de una menor movilidad mantenida en el tiempo acabaron por hacerse notar. Con el regreso a la rutina retomando los hábitos saludables anteriores ($M4$) su bienestar físico aumentó ($M4: 36,3 \pm 29,99$).

Tabla 4. Media y desviación estándar de la puntuación total de calidad de vida y de las variables que la conforman en los diferentes momentos de evaluación.

	M1. Normalidad		M2. Confinamiento en grupo burbuja		M3. Confinamiento en grupos sectorizados		M4. Pseudonormalidad	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
CALIDAD DE VIDA PT*	38,33	21,35	36,58	24,62	34,79	24,88	36,08	20,94
Autodeterminación	46,33	24,82	47,25	26,25	44,37	27,16	44,63	26,71
Derechos	43,04	27,73	40	22,82	32,96	24,44	39,88	20,25
Bienestar emocional	45,38	23,67	41,58	23,03	42,79	24,04	42,67	24,56
Inclusión social	42,63	24,91	44,37	28,31	40	31,15	39,92	27,39
Desarrollo personal	53,83	21,64	47,12	25,10	46,5	27,46	50,92	26,26
Relaciones interpersonales	41,29	28,81	43,13	28,98	43,71	33,12	44,67	26,8
Bienestar material	38	27,04	34,13	28,31	34	32,16	35,96	26,37
Bienestar físico	32,79	23,67	34,54	25,35	32,04	24,19	36,3	29,99

*Nota: PT: Puntuación Total

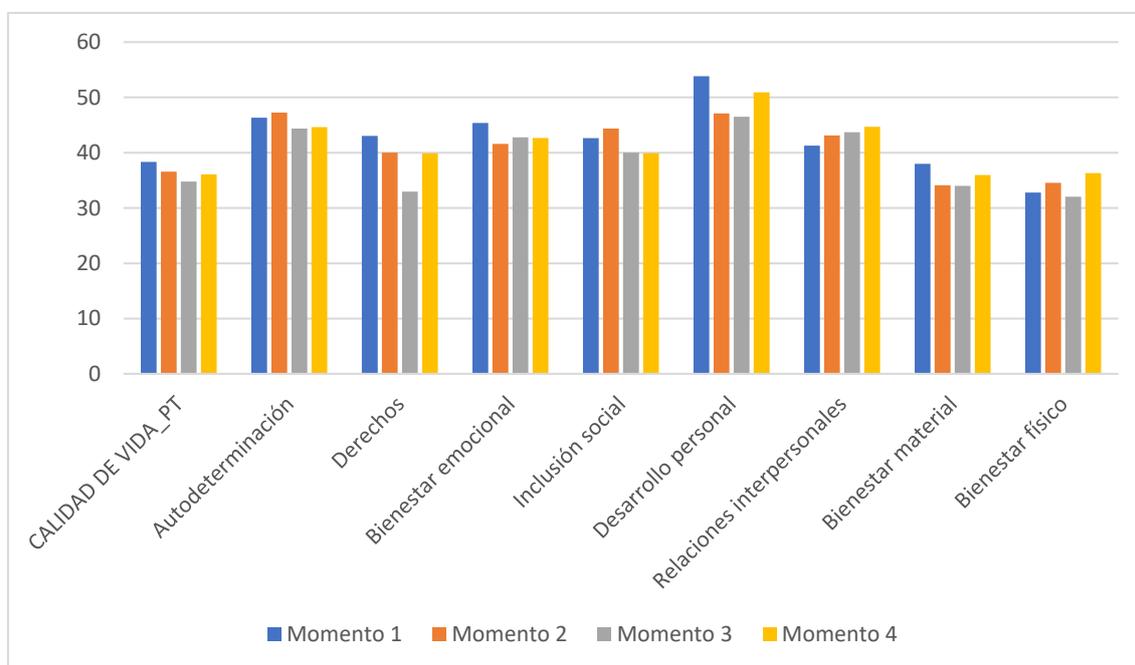


Figura 3. Evolución de la puntuación total en calidad de vida y de las variables que la conforman

4.3 INTENSIDAD DE LOS APOYOS REQUERIDOS

Cuando analizamos las necesidades de apoyo que han presentado los participantes durante los diferentes momentos en los que han sido evaluados (tabla 5, figura 4), vemos que, en general, aumentan los apoyos requeridos desde el comienzo del confinamiento ($M2: 78 \pm 23,1$; $M3: 82,04 \pm 19,19$) y, únicamente vuelven a disminuir con la vuelta a una situación más cercana a la normalidad ($M4: 77,71 \pm 23,81$). En este sentido, el análisis de medidas repetidas sí que ha mostrado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los diferentes momentos ($F = 4,69$, $p = ,041$, $\eta^2 = ,18$).

Si nos detenemos en analizar las puntuaciones medias de las diferentes variables implicadas, vemos que, en *necesidades de apoyo en el hogar, salud y seguridad y social*, las puntuaciones medias siguen una tendencia semejante a lo comentado anteriormente. Los apoyos requeridos aumentan desde el comienzo del confinamiento (*Vida en el hogar*, $M2: 79,92 \pm 19,64$; $M3: 81,04 \pm 19,21$; *Salud y seguridad*, $M2: 78 \pm 24,87$; $M3: 79,21 \pm 23,79$; *Social*, $M2: 75,38 \pm 25,73$; $M3: 77,92 \pm 22,9$), y con el regreso a una situación de mayor normalidad van disminuyendo (*Vida en el hogar*, $M4: 73,25 \pm 29,10$; *Salud y seguridad*, $M4: 77,29 \pm 25,61$; *Social*, $M4: 77,17 \pm 23,82$). En el caso de los apoyos requeridos en el hogar, es de esperar que al pasar mucho más tiempo en el hogar tuvieran que realizar muchas más actividades en este entorno y aumentara el número de apoyos requeridos durante el confinamiento. Asimismo, la alerta sanitaria que se decretó llevó consigo un aumento exponencial de las medidas de higiene y protección que a todos nos sorprendieron y que conllevaron un incremento de los apoyos que las PDFI requerían para cumplirlos. A nivel social, durante la pandemia, la forma de relacionarnos cambió adquiriendo los contactos online un rol central e imprescindible. En este sentido, tuvimos que mejorar nuestro manejo de las tecnologías por lo que este colectivo requería mayor apoyo para establecer interacciones sociales.

Respecto a los apoyos requeridos en la realización de actividades fuera del hogar, evaluados mediante las subescalas de *vida en la comunidad y empleo*, los apoyos durante el confinamiento aumentaron (*Vida en la comunidad*, $M2: 74,08 \pm 27,52$; $M3: 73,71 \pm 27,89$; *Empleo*, $M2: 77,83 \pm 24$; $M3: 76,83 \pm 25,59$), ya que sus interacciones en estos contextos cambiaron drásticamente viéndose en la mayoría de las ocasiones restringidos. Sin embargo, con la relajación de medidas y el restablecimiento de unas

condiciones de mayor normalidad, los apoyos requeridos para desarrollar sus actividades en estos contextos fueron disminuyendo (*Vida en la comunidad, M4: 73,25±29,1; Empleo, M4: 73,58±28,61*) al volver al ambiente en el que estaban acostumbrados a desarrollar su actividad diaria.

Tabla 5. *Media y desviación estándar de la puntuación total en necesidades de apoyo y en las variables que la conforman en los diferentes momentos de evaluación.*

	M1.		M2.		M3.		M4.	
	Normalidad		Confinamiento en grupo burbuja		Confinamiento en grupos sectorizados		Pseudonormalidad	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
NEC. APOYO_PT*	77,83	22,78	78	23,1	82,04	19,19	77,71	23,81
Vida en el hogar	78,08	21,08	79,92	19,64	81,04	19,21	79,71	20,84
Vida comunidad	73,42	28,3	74,08	27,52	73,71	27,89	73,25	29,10
Empleo	73,5	27,13	77,83	24	76,83	25,59	73,58	28,61
Salud y seguridad	76,42	24,02	78	24,87	79,21	23,79	77,29	25,61
Social	75,08	22,94	75,38	25,73	77,92	22,9	77,17	23,82

*Nota: NEC. APOYO_PT: Necesidades de Apoyo Puntuación Total

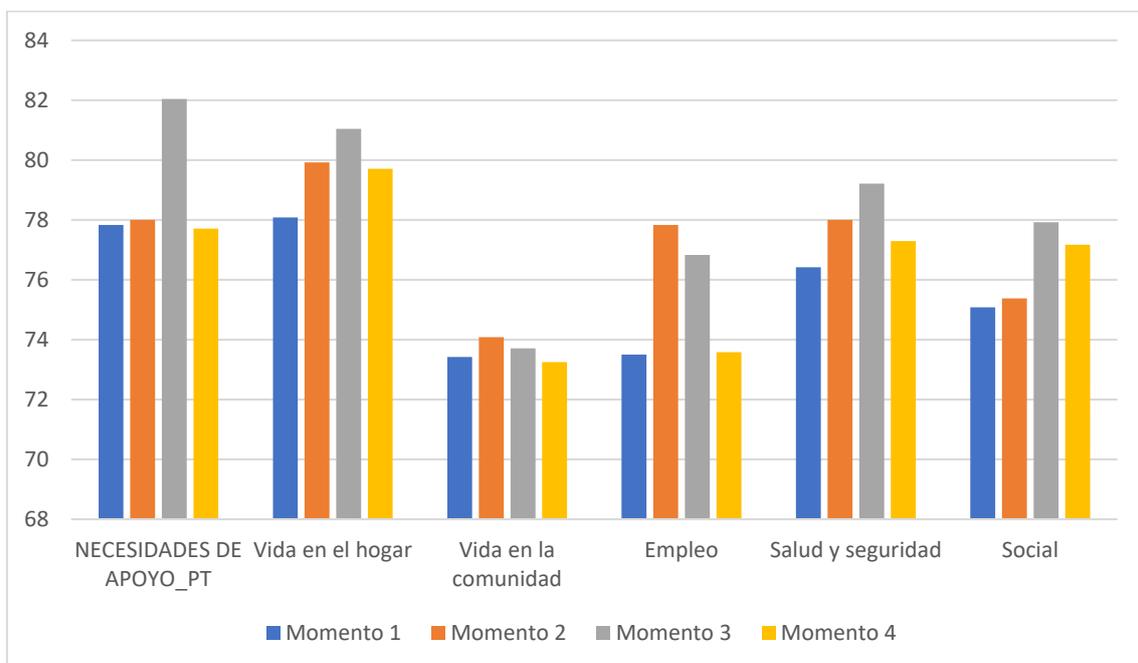


Figura 4. *Evolución de la puntuación total en necesidades de apoyo y de las variables que la conforman*

5. CONCLUSIONES

A través del presente estudio se ha pretendido dar a conocer a la comunidad científica el alcance de las consecuencias que una situación de confinamiento puede tener en PDFI, ahondando en su salud mental, calidad de vida y necesidades de apoyos.

En un primer momento, los estudios realizados con población normotípica en relación a su salud mental y calidad de vida durante el confinamiento (Brooks et al., 2020; Ribot Reyes et al., 2020), nos llevaron a hipotetizar, erróneamente, que en la fase extrema del confinamiento en la que se limitó totalmente la movilidad ciudadana (momento 2), las PDFI, al igual que el resto de la población, presentarían los peores niveles de salud física y mental. Sin embargo, nada más lejos de la realidad, los resultados obtenidos aluden a que, en esta primera fase del confinamiento, el bienestar de las PDFI que quedaron confinados en su residencia (no en la unidad familiar) no sólo no se vio deteriorado, sino que mejoraron muchos de sus indicadores. Estos resultados son totalmente comprensibles si tenemos en cuenta que su limitado acceso a la información dificultaba aún más su comprensión de la dimensión del problema y facilitaba la disminución de la sensación de ansiedad e incertidumbre que experimentábamos aquellos que seguíamos la contradictoria y alarmante información que proporcionaban los medios de comunicación. Todo esto, sumado a la oportunidad que se les presentó para interactuar con libertad entre ellos y a la flexibilización de rutinas y obligaciones que se respiraba en el recurso, potenció algunas dimensiones de su calidad de vida y de su salud mental.

Sin embargo, cuando dentro del propio recurso los residentes fueron sectorizados en pequeños grupos estables independientes, limitándose así sus contactos y el espacio en el que podían desarrollar sus actividades diarias, su salud mental y su calidad de vida empeoraron drásticamente. En grupos vulnerables como las PDFI, el encierro puede inducir o aumentar la soledad, lo que, en este caso, habría incentivado los sentimientos de depresión y los altos niveles de ansiedad (Bennardi et al. 2019), contribuyendo a la disminución de su calidad de vida. Asimismo, en la dirección que esperábamos, sí que parecen mejorar progresivamente con la flexibilización de medidas y la implantación de

una pseudonormalidad, aunque sin reestablecerse los niveles previos a la pandemia. Estos resultados sí que parecen encajar con los reportados por otras investigaciones con población general que se hacen eco de las secuelas y consecuencias psicológicas derivadas del confinamiento y de la situación de pandemia mundial (Sandín et al, 2020).

Por otro lado, en relación a sus necesidades de apoyo, la alteración de su rutina diaria y del contexto en el que la llevaban a cabo, así como el incremento de las medidas de salud y seguridad hasta ahora inauditas, produjo un aumento en los apoyos requeridos desde el comienzo de la situación de pandemia que no bajaron hasta alcanzar una situación de mayor normalidad.

A pesar de ello, teniendo en cuenta que se trata de un colectivo que se enfrenta a una realidad bien diferente y en el que los problemas de salud mental están muchos más extendidos (Vigo et al., 2016), cabe destacar los bajos niveles de calidad de vida sobre los que divagan sus puntuaciones, así como los elevados apoyos que precisan en el desarrollo de su día a día, algo que les convierte en un colectivo más vulnerable al impacto biopsicosocial de la enfermedad y a las medidas tomadas para su control (Courtenay, 2020). Por este motivo será de vital importancia seguir de cerca su evolución e intervenir en la línea de lo expuesto en los resultados con el objetivo de paliar posibles secuelas que acentúen su desarrollo vital y sus habilidades diarias.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bennardi, M., Caballero, F. F., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M., Lara, E., et al. (2019) Longitudinal relationships between positive affect, loneliness, and suicide ideation: age specific factors in a general population. *Suicide Life -Threat Behav.* 49(1):90–103.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

- Courtenay, K. (2020). Covid-19: Challenges for people with intellectual disability. *The BMJ*, 369(April), 32205309. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1609>
- Matson, J. L. (1995). The diagnostic assessment for the severely handicapped-revised (DASH-II). *Baton Rouge, LA: Disability Consultants, LLC.*
- Novell, R., Mercadal, J., Forgas, E., Medinyà, Ll., Cid, M., y Costa-Molinari, J.M. (1998). Adaptación Transcultural al español de la escala Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped Revised (DASH-II) de Matson, J.L. (1995). The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped revised (DASH-II). Baton Rouge, LA: Disability Consultants, LLC. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=102>
- Ribot Reyes, V. D. L. C., Chang Paredes, N., y González Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-escalera, J., & Chorot, P. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic: Negative and positive effects in Spanish people during the mandatory national quarantine. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Thompson, J. R., Bryant, B., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C., & Rotholtz, D. A. (2004). Support intensity scale. *Supports Intensity Scale Users Manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Verdugo, M.A., Gómez, L., Arias, B., Santamaría, M., Navallas, E., Fernández, S. y Hierro, I. (2014). *Escala San Martín Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas*. Santander: Fundación Obra San Martín.
- Verdugo, M.A., Gómez, L.E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D. y Tamarit, J. (2013). *Escala INICO-FEAPS Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Salamanca: Publicaciones del INICO Instituto Universitario de Integración en la Comunidad Universidad de Salamanca.
- Verdugo, M.A., Ibáñez, A. & Arias, B. (2007). Adaptación transcultural al español de la Escala de Intensidad de los apoyos. *Siglo Cero* 38(2), 5-16 de Thompson, J. R., Bryant, B., Campbell, E. M., Craig, E.M., Hughes, C., Rotholz, D. A., Schallock, R.L.,

Silverman, W., Tasse, M. J., & Wehmeyer, M. (2004). Supports Intensity Scale. Users manual. American Association on Mental Retardation.

Vigo, D., Thornicroft, G. & Atun, R. (2016) Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*.3(2):171–8.