

Trabajo Fin de Grado

INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Autor/a: Peña Sanz, Virginia

Tutor/a: Cardoso Moreno, María Jesús
Salavera Bordás, Carlos

Cotutor/a: Tena Bernal, Olga

Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud

Curso Académico 2012/ 2013

RESUMEN

El Síndrome de Down es la condición asociada a Discapacidad Intelectual más común, un trastorno genético producido por una mutación cromosómica que conduce un tercer cromosoma 21 en el 95% de los casos. Debido a sus múltiples manifestaciones clínicas el tratamiento es multidisciplinar y en él se incluye la TO, que hace uso de la ocupación como herramienta para facilitar y ayudar a la persona en la construcción y desarrollo de una vida significativa. Siguiendo el Modelo de los Apoyos y utilizando de un enfoque de Integración Sensorial se trabajarán las habilidades de comunicación e interacción en una paciente con Síndrome de Down.

El objetivo del presente trabajo es realizar una intervención sobre una paciente con Síndrome de Down utilizando la Integración Sensorial y comprobar si existen beneficios a nivel comunicativo y social que influyen en la respuesta a este tratamiento.

La intervención consta de 13 sesiones realizadas dentro del Centro Ocupacional Santo Ángel, las cuales están basadas en la Pirámide del Desarrollo Humano, por lo que las actividades han sido planteadas siguiendo dicha estructura.

Tras dos meses de tratamiento y una vez finalizada la recogida de datos, éstos se analizan y comparan y se observa que existen mejoras significativas en el desempeño ocupacional, ya que la paciente muestra mayor asertividad con su familia, compañeros y profesionales, apreciándose mayor contacto físico, atención en tareas concretas e iniciativa en distintas situaciones.

Palabras Clave: Discapacidad Intelectual, Terapia Ocupacional, Síndrome de Down, Integración Sensorial.

ÍNDICE

	Págs
1.- INTRODUCCIÓN.....	3
2.- OBJETIVOS.....	6
3.- METODOLOGÍA	
➤ PERFIL OCUPACIONAL.....	7
➤ ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO Y ENTORNO OCUPACIONAL.....	7
➤ PLAN DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	10
4.- DESARROLLO.....	15
5.- RESULTADOS.....	15
➤ DISCUSIÓN.....	21
➤ CONCLUSIÓN.....	22
6.- BIBLIOGRAFÍA.....	24
7.- ANEXOS.....	27

I. INTRODUCCIÓN

Dentro del término de Salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. ⁽¹⁾ Las personas con Discapacidad Intelectual (DI) están caracterizadas por una serie de limitaciones ⁽²⁾, en el funcionamiento mental y en destrezas como la comunicación, el cuidado personal y las habilidades sociales ⁽³⁾, que repercuten en el funcionamiento global de la persona. La Asociación de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) la define como (...) *una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual ⁽²⁾ (razonamiento, aprendizaje, resolución de problemas ⁽⁴⁾) como en la conducta adaptativa que se origina antes de los 18 años.* ⁽²⁾ De todas las condiciones asociadas con la DI, el Síndrome de Down (SD) es la más común (1/700 concepciones) ⁽⁵⁾, es un trastorno genético producido por una mutación cromosómica que conduce a un tercer cromosoma 21 en el 95% de los casos. ⁽⁶⁾

Según los datos obtenidos durante el período de 1980 a 2010, en el informe anual del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC), el SD es la anomalía cromosómica que ha sufrido un mayor declive, ya que se ha registrado un promedio de 3,7 casos menos cada año por cada 100.000 nacimientos. Tal descenso es especialmente notable en el grupo de madres mayores de 34 años. Este último hallazgo pone de manifiesto el resultado de los planes específicamente dirigidos al estrato de madres mayores, el que se sabe que tiene mayor riesgo para SD. El descenso en madres jóvenes es resultado de la aplicación de otras medidas, como el cribado bioquímico y la valoración de marcadores ecográficos. ⁽⁷⁾

A partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008), realizada por el Instituto Nacional de Estadística, la Fundación ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles), el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) y FEAPS (Confederación Española de

Organizaciones a favor de las personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo), se puede realizar una estimación de la población española con SD de menores de 0 a 5 años y de 6 años en adelante residentes en hogares. Si a esa cifra le sumamos los datos generales de población del Padrón Municipal para dichas edades, podemos afirmar que en España viven aproximadamente 34.000 personas con SD, apreciándose un incremento en el número de varones (20.032) frente al de mujeres (13.933).⁽⁸⁾

La DI es una condición particular de funcionamiento intelectual con la cual se puede haber nacido o haber ocurrido después del nacimiento, sin embargo, el pronóstico es bueno en términos generales cuando se usa como parámetro el bienestar emocional del individuo. La tarea principal en estos casos es detectar las limitaciones y habilidades en función de la edad y expectativas para el futuro de la persona, con el único fin de proporcionar el apoyo necesario para cada una de las áreas en las que se expresa y expone la vida del individuo.⁽⁹⁾ Hoy en día la expectativa de vida para las personas con SD ha aumentado significativamente hasta los 60 años.⁽¹⁰⁾

Debido a sus múltiples manifestaciones clínicas, las especialidades que forman parte del tratamiento son multidisciplinarias: Pediatría, Neurología, Gastroenterología, Cardiología, Ortopedia, Endocrinología, Oftalmología, Audiología, además de otras terapias y servicios de apoyo que también forman parte integral del desarrollo de estas personas, como son la Educación Especial, Terapia Ocupacional (TO), Fisioterapia, Logopedia, etc.^(6, 11)

La visión del Terapeuta Ocupacional dentro de la DI es bio- psico-social, lo que le permite formar parte del equipo de rehabilitación, haciendo uso de la ocupación como herramienta para facilitar y ayudar a la persona en la construcción y desarrollo de una vida significativa, a participar plenamente en la sociedad.⁽¹²⁾

Se ha observado que en el SD existe un retraso en el desarrollo, lo que les conduce a una escasez en las relaciones sociales y a una gran dependencia de las personas que forman parte de su entorno. En este

sentido, se pretende utilizar el Modelo de los Apoyos para trabajar las habilidades de comunicación e interacción, entendiendo los apoyos como *"los recursos y estrategias destinados a promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal, y a incrementar el funcionamiento individual"*. Este modelo resulta de la interacción de los apoyos con las dimensiones y roles sociales; salud y contexto, y describe la relación que hay entre el desajuste de las competencias personales, las demandas ambientales y la provisión de apoyos individualizados que conducen a mejores resultados personales (aumentar relaciones personales y participación en la sociedad, mayor sentido de bienestar personal y satisfacción vital, etc). Con la finalidad de mejorar dichas habilidades se opta por trabajar a través del enfoque de Integración Sensorial (IS).^(2, 12, 13)

Según la Terapeuta Ocupacional Jean Ayres, creadora de la terapia de IS, afirma que *"la idea central consiste en proporcionar y controlar el input sensorial del sistema vestibular, músculos, articulaciones y la piel, de manera que la persona espontáneamente adquiera respuestas adaptadas que integren esas sensaciones para el uso personal, que puede referirse a la percepción del cuerpo o del mundo, dar una respuesta adaptativa, un proceso de aprendizaje o desarrollar alguna función neural"*.⁽¹⁴⁾

El plan de intervención se ha desarrollado en el Centro Ocupacional Santo Ángel, integrado ATADES, que proporciona una programación adaptada estimulando las capacidades y habilidades sociales de cada usuario adaptadas a su nivel de discapacidad. El Centro dispone de siete secciones donde se llevan a cabo las tareas prelaborales que se complementan con otras, formativas y de ocio⁽¹⁵⁾.

II. OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son:

- Diseñar y elaborar un plan individualizado de TO en una persona adulta con SD utilizando como herramienta la integración sensorial para trabajar las capacidades comunicativas y sociales con su entorno más próximo y comprobar si existen beneficios que influyen en la respuesta a este tratamiento.
- Evaluar el efecto de la integración sensorial en la mejora de las capacidades comunicativas y sociales en un caso único con DI.

III. METODOLOGIA

PERFIL OCUPACIONAL

Mujer de veintinueve años que padece SD, mostrando un retraso mental moderado de etiología congénita, lo que le causa un grado de minusvalía del 69%. (Ver Anexo I)

La etapa escolar la realizó en el Centro de Educación Especial San Antonio, posteriormente formó parte del Centro Ocupacional Santa Ana y actualmente se encuentra en el Centro Ocupacional Santo Ángel.

La usuaria presenta problemas de visión, necesitando lentes de contacto permanentes. Además muestra un comportamiento físico lento, inactivo y apático que le dificulta el poder seguir instrucciones hacia los demás, precisando de este modo una motivación por parte del personal del Centro, una ausencia de intencionalidad comunicativa, expresión oral escasa, dificultad para indagar y averiguar, además de escasas reacciones y emociones. Presenta deficiente destreza social, lo que provoca en ella un aislamiento entre el grupo de compañeros, a pesar de ello cuando responde siempre lo hace con respeto y educación. En la actividad laboral muestra pequeñas dificultades de coordinación oculomanual y destreza manipulativa.

ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL Y DEL ENTORNO OCUPACIONAL

Teniendo en cuenta las necesidades que presenta la paciente, las escalas que se han utilizado para detectar y evaluar las distintas habilidades sociales y de comunicación son:

- La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS) adaptada al español por Verdugo MA, Arias B e Ibáñez A. (Ver Anexo II)
- El Sistema de evaluación conductual de la Habilidad Social (SECHS) elaborada por Caballo V. (Ver Anexo III)

- La Evaluación para las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) elaborada por Forsyth K, Salamy M y Kielhofner G. (Ver Anexo IV)

La Escala de Intensidad de Apoyos

La SIS es la única evaluación de necesidades de apoyo estandarizada, por ello su uso ha sido de vital importancia, ya que está basada en el modelo utilizado ⁽²⁾. Esta escala esta destinada a personas adultas (16 años o más) y se divide en tres secciones.

- Sección 1: **Escala de necesidades de apoyo.**
- Sección 2: **Escala suplementaria de protección y defensa.**
- Sección 3: **Necesidades excepcionales de apoyo médico y conductual.** ⁽¹⁶⁾

Según la Revista Española sobre DI en su estudio dedicado a la adaptación inicial al contexto español y análisis de las propiedades psicométricas afirman que *"aporta una valiosa información en cuanto a que contribuye a identificar a las personas basándonos en la intensidad de apoyos en vez de en su coeficiente intelectual; ayuda al profesional de atención directa a conocer de manera más objetiva las áreas que requieren mayores y menores apoyos; y desarrolla enfoques objetivos y equitativos para financiar los apoyos en estas personas"* ⁽¹⁷⁾.

El Sistema de evaluación conductual de la Habilidad Social

El uso del SECHS como instrumento de evaluación valora el comportamiento del sujeto puntuando de 1 a 5 la adecuación de cada uno de los 21 ítems, que se agrupan en tres subescalas que arrojan una puntuación independiente: **Componentes No Verbales, Componentes Paralingüísticos y Componentes Verbales.** ⁽¹⁸⁾ Según un estudio que utilizó este instrumento para la realización de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para jóvenes con DI leve y moderada

afirmó que dicho programa mejoró significativamente las habilidades de comunicación tanto verbal como no verbal, pero que si se producía una carencia de estimulación psicosocial, seguidamente se apreciará una disminución y deterioro funcional progresivo en estas personas ⁽¹⁹⁾. La principal ventaja de este instrumento es el alto grado de estructuración de los ítems que permite descomponer cualquier situación en sus elementos ⁽¹⁸⁾

La Evaluación para las Habilidades de Comunicación e Interacción

El ACIS ha sido una escala de interés con la que evaluar a la usuaria ya que es una evaluación observacional con la que se obtienen datos acerca de la habilidad que la persona demuestra al interactuar y comunicarse con otros durante el desempeño de una tarea y/ o dentro de un grupo social del cual la usuaria forma parte, en este caso dentro del taller ocupacional. De esta manera se pretende determinar en que contextos necesita más o menos apoyos y a la misma vez buscar los entornos sociales que tengan un impacto más positivo en ella ^(20, 21). Los 20 ítems que se evalúan en dicha escala representan tres dominios de comunicación e interacción: **Físico, Intercambio de Información y Relaciones**. Cada habilidad es graduada de acuerdo a una escala tipo ordenada de la siguiente manera:

- Competente: 4
- Cuestionable: 3
- Inefectivo: 2
- Déficit: 1

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones directas logradas en los 20 ítems. El rango de puntuación debe oscilar de una puntuación mínima de 20 puntos (déficit severo) a una puntuación máxima de 80 puntos (desempeño competente) ⁽²²⁾.

PLAN DE INTERVENCIÓN DE TO

Antes de comenzar se le facilita a la madre de la usuaria un consentimiento informado (Ver Anexo V) donde autoriza la participación de su hija en el trabajo. Junto con este documento se le pasa una encuesta (Ver Anexo VI) para obtener más información acerca de los hábitos y comportamientos de la paciente. A continuación se realiza una búsqueda bibliográfica con el objetivo de obtener información acerca la patología de SD y si existe evidencia sobre IS en dicha patología.

En el plan de intervención, dirigido a una usuaria con SD, se opta por utilizar el Modelo de los Apoyos combinado con un enfoque de IS, centrándonos en aspectos fundamentales de la ocupación de la misma como es la participación social dentro de su entorno más cercano. Para ello se presta especial atención y se analizan las destrezas sensoriales-perceptuales y las destrezas sociales y de comunicación para llevar a cabo diferentes acciones.

El tratamiento llevado a cabo a través de un programa individual y estructurado desde TO ha tenido una duración de dos meses y se ha impartido personalmente dentro del Centro, durante dos días a la semana.

Los objetivos específicos son:

- Potenciar el equilibrio, la capacidad de atención y percepción mediante ejercicios vestibulares, propioceptivos y táctiles.
- Estimular y/o discriminar las diferentes variedades de sensaciones visuales, auditivas, olfativas y gustativas con la finalidad de generar conductas adaptativas.
- Ampliar el número de reflejos.
- Potenciar la planificación motriz, la capacidad de equilibrio y la coordinación dinámica general.
- Mejorar y/o Mantener la lateralidad y el esquema corporal.

- Potenciar y/o Mantener la relajación, la imagen corporal, la percepción del propio cuerpo, la coordinación visomotriz y el control postural.
- Desarrollar destrezas del lenguaje, habilidades de juego simbólico, además de mantener la atención- percepción.
- Favorecer la estructuración espacio- temporal.

El plan de intervención planteado está basado en la pirámide del desarrollo humano que, según los autores Lázaro A. y Berruezo. P, contiene las capacidades del ser humano dispuestas en capas de manera que si existen dificultades en una capa superior es necesario reforzar inmediatamente la inferior ⁽²³⁾. (Ver Anexo VII)

Tras la primera sesión de evaluación, donde se le pasan a la paciente las diferentes escalas, se decide distribuir el tratamiento en 13 sesiones repartidas durante los dos meses de Marzo y Abril, con una duración de una hora en cada sesión. Durante o al final de cada una se rellena una ficha de observación (Ver Anexo VIII) que nos servirá para orientar posteriores intervenciones.

En la siguiente tabla se detallan los objetivos específicos y operativos planteados en cada sesión:

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS OPERATIVOS
Sesión 1	- Potenciar el equilibrio, la capacidad de atención y percepción mediante ejercicios vestibulares, propioceptivos y táctiles.	- Mantener el equilibrio sobre la pelota de Bobath apoyando un solo pie en el suelo al menos 3 veces en la sesión. - Discriminar con éxito las texturas y temperaturas presentadas en el 50% de los casos.
Sesión 2	- Potenciar el equilibrio, la capacidad de atención y percepción mediante ejercicios vestibulares, propioceptivos y táctiles.	- Mantener el equilibrio sobre la pelota de Bobath separando los dos pies de encima del tatami al menos 2 veces en la sesión. - Discriminar con éxito las texturas y temperaturas presentadas en el 50% de los casos.
Sesión 3	- Estimular y/o discriminar las diferentes variedades de sensaciones visuales, auditivas, olfativas y gustativas con la finalidad de generar conductas adaptativas.	- Conseguir que aparezca seguimiento visual y respuestas verbales exitosas en el 70% de los casos. - En las actividades gustativas, observar si las expresiones faciales coinciden con las respuestas verbales.
Sesión 4	- Estimular y/o discriminar las diferentes variedades de sensaciones visuales, auditivas, olfativas y gustativas con la finalidad de generar conductas adaptativas.	- Conseguir que aparezcan reacciones y seguimiento visual exitoso hacia el lado estimulado con el instrumento en el 70% de los casos. - Discriminar diferentes olores y observar si las expresiones faciales coinciden con las respuestas verbales.
Sesión 5	- Ampliar el número de reflejos. - Potenciar la planificación motriz, la capacidad de equilibrio y la	- Lograr que aparezca seguimiento visual en el 70% de los casos. - Adoptar la postura adecuada para la realización de la actividad

	coordinación dinámica general.	planteada en el 90% de los casos.
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar el número de reflejos. - Potenciar la planificación motriz, la capacidad de equilibrio y la coordinación dinámica general. 	<ul style="list-style-type: none"> - Completar un puzzle de tres piezas con ayuda una vez en la sesión. - Adoptar la postura adecuada para la realización de la actividad planteada en el 90% de los casos.
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar y/o Mantener la lateralidad y el esquema corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer las partes del cuerpo en las actividades propuestas en el 90% de los casos. - Diferenciar el hemicuerpo izquierdo del derecho en el 90% de los casos.
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar y/o Mantener la lateralidad y el esquema corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer las partes del cuerpo en las actividades propuestas en el 90% de los casos. - Diferenciar el hemicuerpo izquierdo del derecho en el 90% de los casos.
Sesión 9	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar y/o Mantener la relajación, la imagen corporal, la percepción del propio cuerpo, la coordinación visomotriz y el control postural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adoptar una postura relajada cuando se presentan estímulos agradables en el 95% de los casos. - Reconocer prendas y partes del cuerpo en las actividades propuestas en el 90% de los casos.
Sesión 10	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar y/o Mantener la relajación, la imagen corporal, la percepción del propio cuerpo, la coordinación visomotriz y el control postural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar actividades visuomotoras de presas y pinzas con éxito en el 90% de los casos. - Adoptar la postura adecuada para la realización de la actividad planteada en el 90% de los casos.
Sesión 11	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar destrezas del lenguaje, habilidades de juego simbólico, además de mantener la atención-percepción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer en el panel táctil al menos 6 imágenes de las presentadas por la terapeuta. - Mantener la atención en

		la actividad propuesta en el 90% de los casos.
Sesión 12	- Desarrollar destrezas del lenguaje, habilidades de juego simbólico, además de mantener la atención-percepción.	- Adoptar un nuevo rol a través del juego simbólico en la sesión. - Mantener la atención en la actividad propuesta en el 90% de los casos.
Sesión 13	- Favorecer la estructuración espacio-temporal.	- Diferenciar los días de la semana, meses y estaciones del año con ayuda de imágenes y estimulación verbal.

Tabla 1. Objetivos específicos y operativos planteados en las sesiones.

Con el propósito de cumplir los objetivos programados, se planifican una serie de actividades desarrolladas de la siguiente manera:

En la primera y segunda sesión se utilizaron herramientas como la pelota de Bobath, las cajas de sensibilidad, un antifaz y materiales, colocados en el panel de sensaciones táctiles: esponjas, plumas, pelotas de goma, hielo, pinceles, etc.

En las siguientes dos sesiones se utilizaron el proyector solar, pelotas luminosas y la fibra óptica para la estimulación visual; con los instrumentos musicales y el piano de pie se estimulaba el oído; para el sentido del gusto se utilizaron diversos sabores, así como para el olfato se usaron olores con diferentes aromas agradables y desagradables.

En la quinta y sexta sesiones se trabajaron los reflejos utilizando globos y bolos. Para la planificación motriz y la coordinación dinámica general se utilizaron construcciones de torres y puzzles de dos o tres piezas, se utilizó también la parafina y se desarrollaron circuitos con huellas y aros.

En las siguientes dos sesiones se trabajó el esquema corporal utilizando gomets, folios y pintura de dedos. En cambio para trabajar la lateralidad se utilizaron huellas y pelotas de colores diferentes.

En la novena y décima sesiones, la relajación se desarrolló utilizando calor y un masajeador para la cabeza, para trabajar la imagen corporal y la percepción del propio cuerpo se utilizó un espejo, una linterna y globos y por último para la coordinación visuomotriz y el control postural se utilizaron materiales como la plastilina, collares, el puf, aros y pelotas.

En las siguientes dos sesiones se trabajaron las destrezas del lenguaje y la atención- percepción mediante la pizarra táctil.

En la sesión decimotercera se desarrolló una actividad de orientación temporo- espacial donde se utilizaban imágenes con los días de la semana y estaciones y meses del año.

IV. DESARROLLO

La reevaluación, llevada a cabo a los dos meses de la realizada inicialmente, nos indica que no ha habido cambios importantes en este período de tiempo, por lo que sería necesario alargar la etapa de intervención para apreciar resultados más considerables.

Al finalizar la recogida de datos, se procedió al análisis de los mismos y se realizó una comparativa de los resultados obtenidos entre los pretest y los postest. Para ello se utilizó un programa llamado IBM SPSS Statistics versión 20.0, concretamente unas técnicas descriptivas y pruebas no paramétricas (prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas).

V. RESULTADOS

En las gráficas presentadas a continuación se muestran los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA SIS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

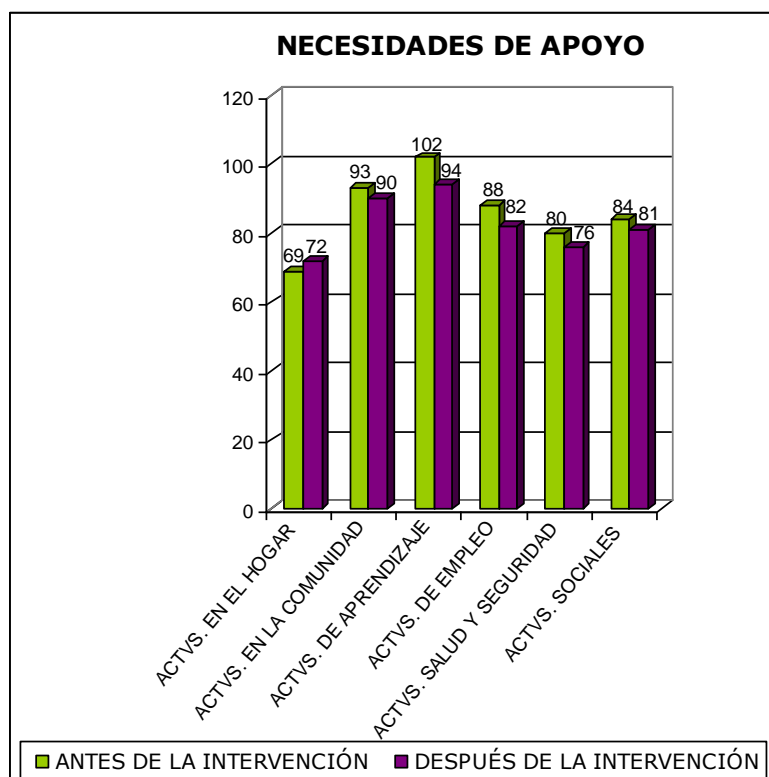


Gráfico 1. Datos obtenidos en la sección 1 de la escala SIS antes y después de la intervención.

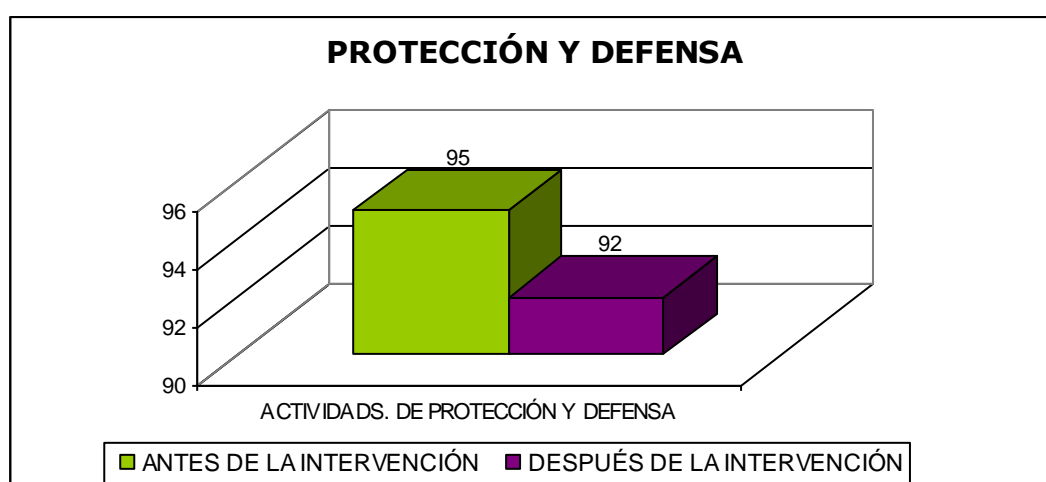


Gráfico 2. Datos obtenidos en la sección 2 de la escala SIS antes y después de la intervención.

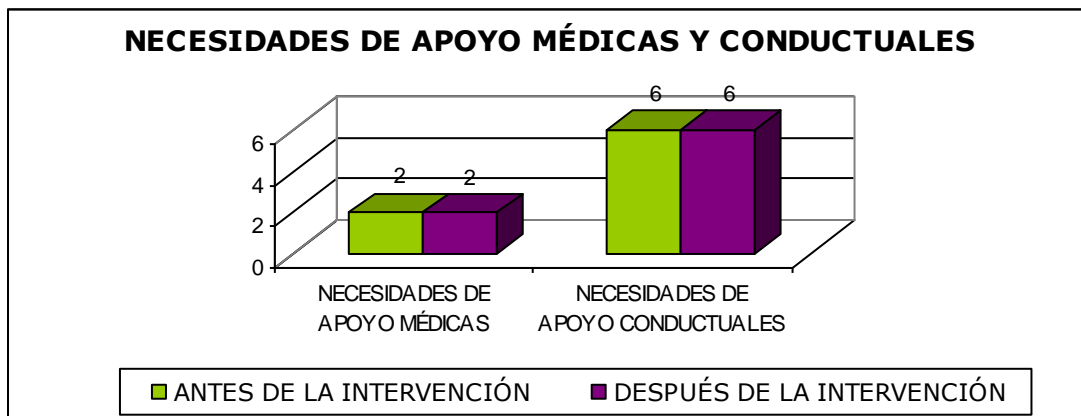


Gráfico 3. Datos obtenidos en la sección 3 de la escala SIS antes y después de la intervención.

PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA SECHS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

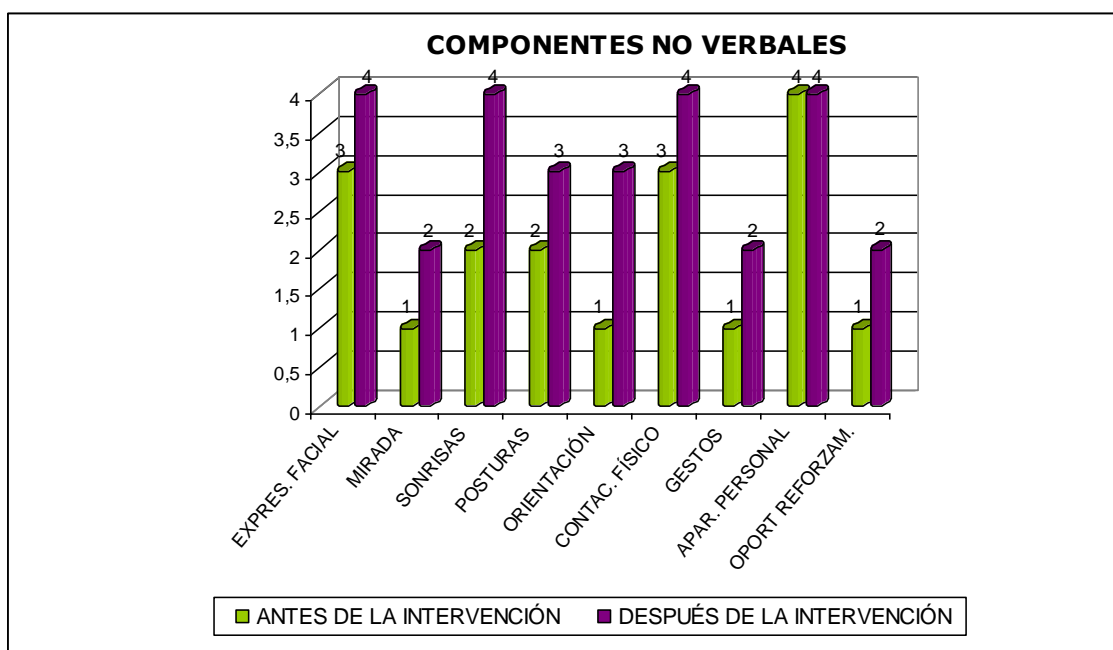


Gráfico 4. Datos obtenidos en la sección 1 de la escala SECHS antes y después de la intervención.

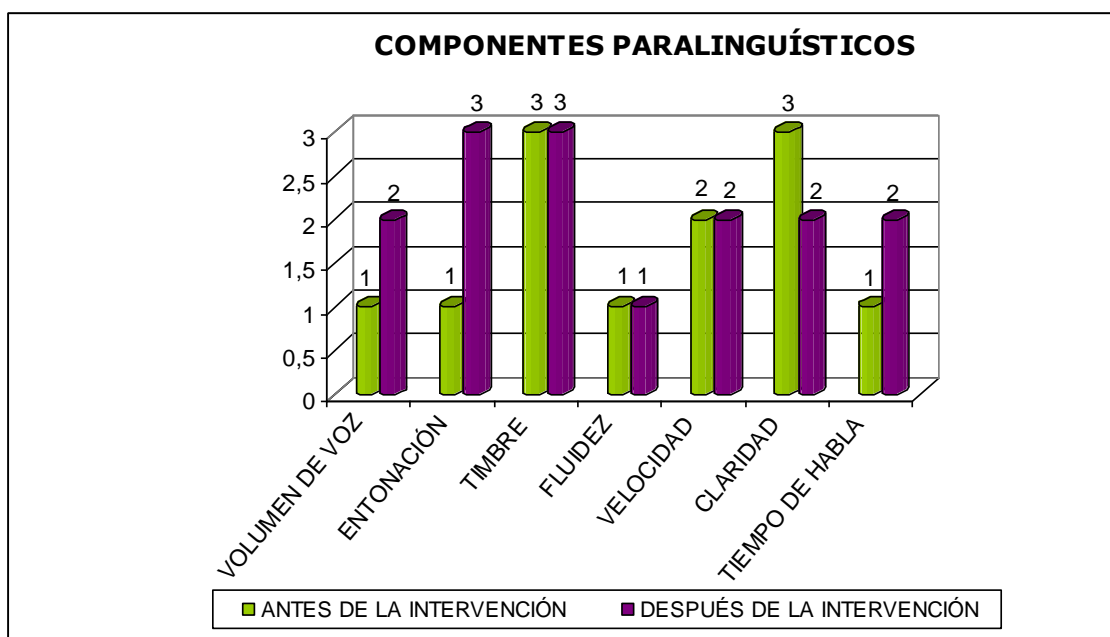


Gráfico 5. Datos obtenidos en la sección 2 de la escala SECHS antes y después de la intervención.

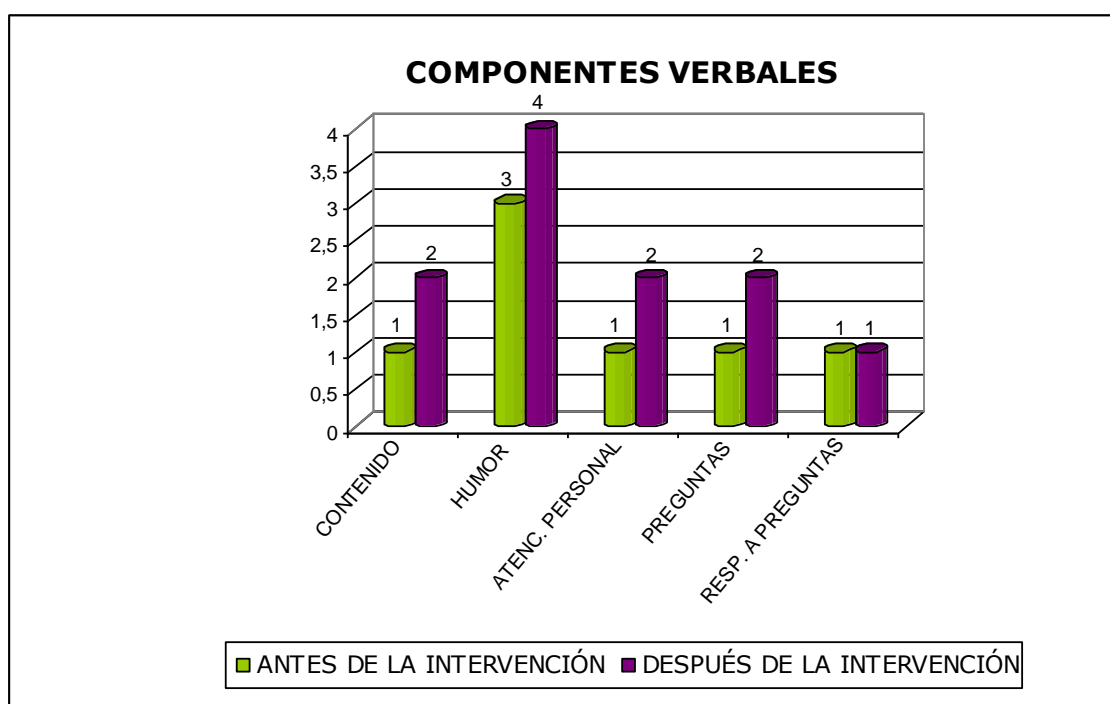


Gráfico 6. Datos obtenidos en la sección 3 de la escala SECHS antes y después de la intervención.

PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA ACIS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

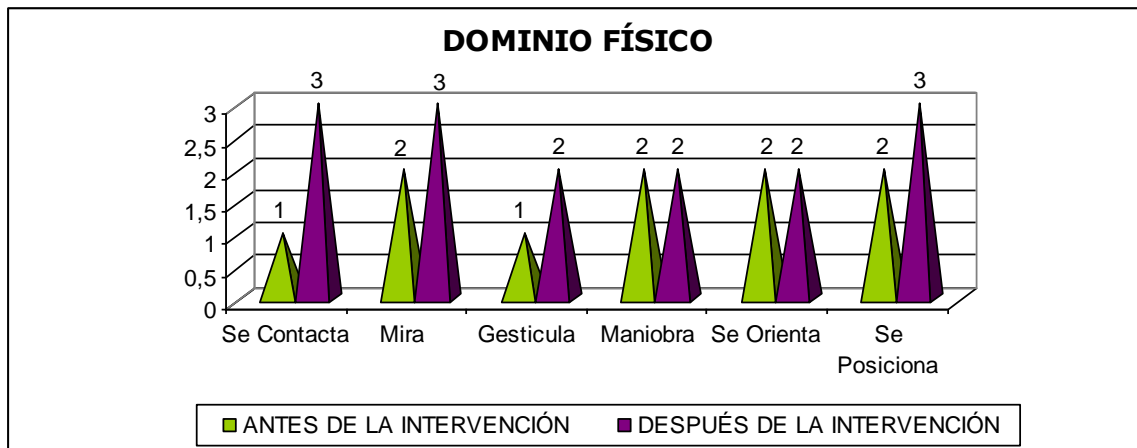


Gráfico 7. Datos obtenidos en la sección 1 de la escala ACIS antes y después de la intervención.

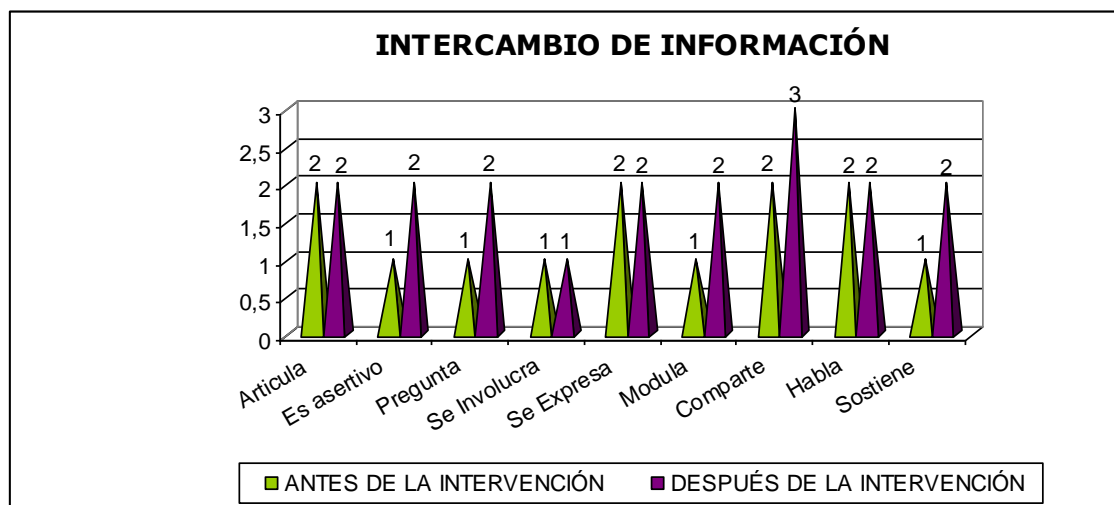


Gráfico 8. Datos obtenidos en la sección 2 de la escala ACIS antes y después de la intervención.

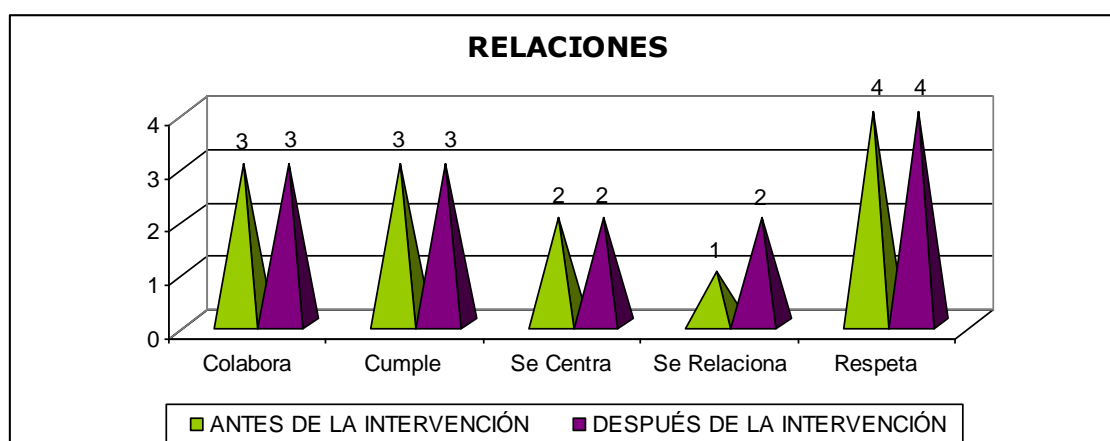


Gráfico 9. Datos obtenidos en la sección 3 de la escala ACIS antes y después de la intervención.

Los objetivos planteados son comprobar si utilizando la IS como herramienta existen beneficios que ayuden a mejorar las capacidades comunicativas y sociales en una persona con SD.

Una vez estudiado el rendimiento de la paciente y obtenidos los resultados de las valoraciones antes y después de la intervención, se observa que ha habido diferencias, pero que éstas no han sido estadísticamente significativas, aunque si existe una ligera tendencia.

En la escala SIS, dentro de la subescala necesidades de apoyo, encontramos una disminución del nivel de apoyos en casi todos los ítems, excepto en "*actividades en el hogar*", sobre todo se encuentran diferencias en las "*actividades de aprendizaje y de empleo*", donde la diferencia de puntuación en el primer ítem es de 8 puntos y en el segundo es de 6 puntos. En la subescala de protección y defensa, también se encuentra una ligera disminución del nivel de apoyos. En cambio la subescala necesidades de apoyo médicas y conductuales se ha mantenido a lo largo del tiempo.

En las puntuaciones obtenidas en la escala SECHS se aprecia un incremento en la valoración final de los tres componentes. Dentro de los componentes no verbales hay un aumento de casi todos los ítems, sobre todo en la "*orientación*" y las "*sonrisas*" y un mantenimiento en la

"*apariciencia personal*". En cuanto a los componentes verbales encontramos un aumento en el "*contenido*", el "*humor*", la "*atención personal*" y en las "*preguntas formuladas*" y un mantenimiento de la puntuación en el ítem "*respuesta a preguntas*". Por último en los componentes paralingüísticos se observan cambios significativos en el "*volumen de la voz*", la "*entonación*", la "*claridad*" y el "*tiempo de habla*" y siguen igual el "*timbre*", la "*fluidez*" y la "*velocidad*".

Por último, en las puntuaciones obtenidas en el ACIS se observa un incremento en los dos primeros dominios. En cuanto al dominio físico se estiman mejores resultados en "*contacto*", "*mirada*", "*gestos*" y "*posición*" y en relación al dominio de intercambio de información los ítems "*es asertivo*", "*pregunta*", "*modula*", "*comparte*" y "*sostiene*" son los que muestran cambios más positivos. Por último se observa un mantenimiento en el dominio de relaciones, apreciándose un ligero aumento en el ítem "*se relaciona*", donde se estima un déficit severo antes y un déficit leve - moderado después de la intervención.

DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos anteriormente se pretende esclarecer que la IS utilizada desde TO produce beneficios en las capacidades comunicativas y sociales en las personas con SD que muestren alguna limitación, teniendo en cuenta que no sólo presentan problemas biológicos en las etapas de formación y desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC), sino que permanecen a lo largo de la vida.⁽²⁴⁾

Dada la escasez de estudios que utilizan la IS como herramienta destinada a personas adultas con SD, se encuentran otros estudios que apoyan el uso de la IS desde TO en niños con SD, un estudio desarrollado durante 3 meses afirma que la IS combinada con otros métodos de tratamiento resultaron eficaces en estos niños.⁽²⁵⁾ Otro estudio que utiliza la IS en niños con problemas de procesamiento sensorial afirma que esta práctica puede ser beneficiosa en personas con distinto grado de DI

enumerando los resultados positivos obtenidos en dichos casos.⁽¹⁴⁾ Diversos estudios donde se utiliza la IS en niños con trastornos en la modulación sensorial y déficits de IS reflejan la importancia de la TO, apoyan los fundamentos teóricos de la IS y consideran que es efectiva y produce cambios positivos en campos como el lenguaje y la comunicación a través del trabajo interprofesional. Estos niños, al igual que las personas con SD, necesitan de un buen procesamiento del SNC para llevar a cabo habilidades cognitivas, lingüísticas y motrices.^(26, 27) A pesar de ello estos resultados no se pueden generalizar por lo que se necesitan estudios significativos investigados sistemáticamente para corroborar si la TO a través de la IS es efectiva, por quién y bajo qué condiciones, y de esta manera crear una evidencia clara sobre el tema.^(26, 28)

CONCLUSIÓN

Las personas con SD presentan un desequilibrio en los distintos sistemas biológicos y la afectación del SNC, especialmente del cerebro, que les supone experimentar una escasa experiencia sensorial que les afecta en la adquisición de capacidades comunicativas y sociales, además de dificultarles la relación con otras personas y entornos.^(13, 27)

Podemos afirmar que desde el tratamiento de TO utilizando la IS como herramienta se han conseguido mejoras significativas en el desempeño ocupacional, en el caso de esta paciente, presentando mayor asertividad y relación con su familia, compañeros y profesionales, apreciándose mayor contacto físico y atención en tareas concretas e iniciativa en distintas situaciones.

Por lo tanto podemos decir que se han cumplido los objetivos generales propuestos para este trabajo, gracias a la intervención organizada e individualizada realizada por el Terapeuta Ocupacional orientada a mejorar la intencionalidad comunicativa y la destreza social de la paciente. Aunque creo necesaria la realización de estudios adicionales que hablen de IS y adultos con SD para poder generalizar resultados en un futuro.

Por último quisiera destacar la escasez de estudios que hablen sobre la TO- IS y el SD, tanto en adultos como en niños, que se han obtenido durante la búsqueda bibliográfica para la realización del presente trabajo.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Mutua de Accidente de trabajo y Enfermedad profesional de la seguridad social [Internet]. Madrid: Guía de recursos para personas con discapacidad. [Consulta el 26 de Febrero de 2013] Disponible en: http://www.ibertalleres.com/guias/guia_madrid/inicial.htm
2. Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD). Discapacidad Intelectual: Definición, Clasificación y Sistemas de apoyo. 11ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 2011.
3. Discapacidades Intelectuales [Internet]. Washington: Centro Nacional de Disseminación de Información para Niños con Discapacidades; 2010 [Consulta el 28 de Febrero de 2013]. Disponible en: <http://nichcy.org/wp-content/uploads/docs/spanish/fs8sp.pdf>
4. Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo [Internet]. Washington: Preguntas más frecuentes sobre Discapacidad Intelectual; 2010 [Consulta en 28 de Febrero de 2013]. Disponible en: http://www.aaid.org/content_104.cfm
5. El Síndrome de Down [Internet]. Washington: Centro Nacional de Disseminación de Información para Niños con Discapacidades; 2010 [Consulta el 28 de Febrero de 2013]. Disponible en: <http://nichcy.org/wp-content/uploads/docs/spanish/fs4sp.pdf>
6. Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 11ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011. p.1017-1021.
7. Boletín del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. Revista de Dismorfología y Epidemiología [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2011 [Consulta el 3 de Marzo de 2013]. p. 110
Disponible en: http://revista.isciii.es/public/journals/2/pdf_149.pdf
8. Down España. Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down. 2011. [Consulta el 28 de Febrero de 2013]. Disponible en: http://www.sindromedown.net/adjuntos/cPublicaciones/90L_downsalud.pdf
9. Katz G, Lazcano- Ponce E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. Salud Pública Mex. 2008; 50 (2): S132- S141.

10. Sociedad Nacional del Síndrome de Down. Hoja de datos sobre el Síndrome de Down [Internet]. New York; 2012 [Consulta el 26 de Febrero de 2013]. Disponible en:
<https://www.ndss.org/PageFiles/1474/NDSS%20Down%20Syndrome%20Fact%20Sheet%20Spanish.pdf>
11. Lamas F. Guía de práctica clínica sobre Síndrome de Down. 1ª ed. Buenos Aires: OSTAC; 2009. p. 1-15
12. Cuairán Yeregui O, Laparra Alguacil I, Arnedo Villanueva A, Loitegui Baciero A. Terapia Ocupacional en Discapacidad Intelectual. TOG (A Coruña). 2009; 6 (4): 391- 409.
13. Madrigal Muñoz A. Síndrome de Down: Conceptos Generales [Internet]. Madrid: Servicio de Información a la Discapacidad; 2004 [Consulta el 3 de Marzo de 2013]. Disponible en:
http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO10413/informe_down.pdf
14. Lázaro A, Blasco S, Lagranja A. La integración sensorial en el Aula Multisensorial y de Relajación: estudio de dos casos. Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 2010; 13 (4): 321-334.
15. ATADES. Centro Ocupacional y Residencia Santo Ángel [Internet]. Zaragoza. [Consulta el 15 de Marzo de 2013]. Disponible en:
<http://www.atades.com/>
16. Antequera Maldonado M, Bachiller Otero B, Calderón Espinosa MT, et al. Manual de Atención al Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo Derivadas de Discapacidad Intelectual [Internet]. Andalucía; 2010 [Consulta el 15 de Marzo de 2013]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278667550468_10.pdf
17. Verdugo MA, Ibáñez A, Arias B. La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS): Adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. 2007; 38 (2): 5- 16.
18. Gisbert Aguilar C. Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. En: Fernández J, González Cases J, Mayoral F, Touriño R. Evaluación Funcional en Rehabilitación Psicosocial. Métodos e

- Instrumentos. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003.
[Consulta el 19 de Marzo de 2013] p. 88.
19. Boluarte A, Méndez J, Martell R. Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales para Jóvenes con Retraso Mental Leve y Moderado. Mosaico Cient. 2006; 3 (1).
 20. Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, et al. OPHI- II: Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (II). Chicago; 1998.
 21. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 4ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
 22. Torralbas Ortega J, Arias Núñez E, Puntí Vidal J, Naranjo Díaz MC, Palomino Escrivá J. Perfil de los adolescentes con retraimiento social ingresados en una Unidad de Hospitalización Parcial de Salud Mental. Enferm Clin. 2010; 20 (1): 17-22.
 23. Lázaro A, Berruezo PP. La Pirámide del Desarrollo Humano. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 2009; 9 (2): 15- 42.
 24. Flórez J. La Atención Temprana en el Síndrome de Down: bases neurobiológicas. XXI Curso Básico sobre Síndrome de Down; 2011 Noviembre 11-12; Santander, Cantabria: Fundación Síndrome de Down de Cantabria.
 25. Uyanik M, Bumin G, Kayihan H. Comparison of different therapy approaches in children with Down Syndrome. Pediatr Int. 2003; 45 (1): 68-73.
 26. Schaaf R.C, Nightlinger K. M. Occupational Therapy Using a Sensory Integrative Approach: A case study of effectiveness. American Journal of Occupational Therapy. 2007; 61 (2): 239-246.
 27. Álvarez Otero B, Moreno Angarita M, Zea Arias P. Percepciones de Terapeutas Ocupacionales sobre el lenguaje y la comunicación de los niños con déficit de integración sensorial. Rev Fac Med. 2010; 58 (4): 263-271.
 28. Miller L.J, Coll J.R, Schoen S.A. A randomized controlled pilot study of the effectiveness of Occupational Therapy for children with Sensory Modulation Disorder. American Journal of Occupational Therapy. 2007; 61 (2): 228-238.

ANEXO I. Descripción biográfica y clínica del caso

DATOS PERSONALES

Nombre: LLV

Fecha de nacimiento: 15/01/1984

Antecedentes personales: LLV fue reconocida por el equipo de valoración y orientación del Centro de Base de Zaragoza, emitiendo el siguiente dictamen:

- A. Retraso Mental Moderado
- B. por Síndrome de Down
- C. de etiología congénita

GRADO TOTAL DE MINUSVALÍA DE 69%

LLV presentó síntomas depresivos en el periodo comprendido entre 2007-2009, precisando tratamiento farmacológico.

Presenta dificultad de visión, necesitando lentes de contacto permanentes.

LLV estuvo escolarizada en el Centro de Educación especial San Antonio, posteriormente pasó al Centro Ocupacional Santa Ana en 2005 y actualmente se encuentra en el Centro Ocupacional Santo Ángel desde 2010.

RESULTADOS VALORACIONES

Escala de autonomía Barthel

Obtiene una puntuación de 50 sobre 100. Dependencia moderada. Es dependiente para la higiene, el vestido y la alimentación, necesitando apoyos verbales y supervisión para realizarlo en un tiempo adecuado.

Guía para la observación y descripción del comportamiento ocupacional

LLV realiza actividades laborales en el Centro Ocupacional Santo Ángel. Presenta un comportamiento físico lento, inactivo y apático. Tiene dificultades para seguir instrucciones hacia los demás, precisando motivación por parte del personal del centro. Ausencia de intencionalidad comunicativa, expresión oral escasa, uso de frases cortas y monosílabos sólo si se le pregunta. LLV muestra dificultad para indagar y averiguar, escasas reacciones y emociones. Presenta deficiente destreza social. Suele aislarse del grupo, solo interacciona con sus compañeros cuando éstos lo inician, respondiendo educada y escasamente. En la actividad laboral muestra pequeñas dificultades de coordinación O-M y destreza manipulativa.

Batería de deterioro cognoscitivo severo (SIB)

Esta prueba valora el funcionamiento cognitivo de sujetos con discapacidad. Permite registrar datos directos sobre el funcionamiento de una amplia variedad de tareas de bajo nivel que tiene en cuenta el comportamiento específico y los déficits cognitivos. Se compone de órdenes simples que se presentan conjuntamente con pistas gestuales. Se compone de 6 subescalas: atención, orientación, lenguaje, memoria, habilidad visuoespacial y construcción. Así mismo, realiza breves evaluaciones de la praxis, interacción social y orientación para nombrar.

Resultados SIB: 52 puntos sobre 100. Una puntuación en esta prueba inferior a 63 puntos (que corresponde a una puntuación de 4 en el Mini Examen Cognoscitivo) clasifica a los sujetos como "muy severamente deteriorados".

Las áreas en las que se aprecia más dificultad han sido orientación, lenguaje, habilidad visuoespacial y construcción.

Sistema de Evaluación para personas plurideficientes (S.E.P.P)

Evalúa el comportamiento adaptativo de 6 áreas (sensorial, motriz, imagen corporal, socialización, cognitiva y lenguaje).

Resultados S.E.P.P:

- **Sensorial:** LLV es capaz de dirigir la mirada, discrimina y nombra los colores básicos, discrimina letras sencillas. Presenta respuesta reflejas, discrimina sonidos familiares, discrimina e imita ritmos sencillos. Realiza exploración táctil (necesitando motivación), identifica y explora superficies. Dificultad para discriminar formas sencillas y diferentes texturas.
- **Área motora:** camina con autonomía. Dificultad para subir y bajar escaleras debido al miedo que expresa. Es capaz de agarrar y sostener objetos, realizar presiones (radial, palmar y digital), pasar objetos de una mano a otra, arrojar, apilar y ensartar.
- **Imagen corporal:** identifica las diferentes partes del cuerpo con alguna dificultad, diferencia tamaños, problemas de lateralidad.
- **Área de socialización:** presenta conductas receptivas ante la presencia de personas pero no busca su atención. Dificultad para la participación en juegos o en grupo, no obstante, respeta a los demás y no muestra conductas negativas hacia ellos. Ausencia de interacción e intención comunicativa hacia las personas, sean o no familiares o conocidas.
- **Área cognitiva:** dificultad en la clasificación, emparejamiento y categorización. Conoce letras y números sencillos, como las vocales y

contar hasta el 5. Dificultad en memoria, comprensión del tiempo y solución de problemas.

- **Área del lenguaje:** respecto a comunicación no verbal, LLV atiende y responde a gestos, imita movimientos con dificultad, comprende nombres, señala, sigue órdenes sencillas. Respecto al lenguaje expresivo, LLV emite sonidos verbales y no verbales, responde usando monosílabos. Vocabulario escaso.

ANEXO II. Escala de Intensidad de Apoyos



Escala de intensidad de apoyos

**Versión para adultos
(16 años y más)**

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN <input type="text"/>				Año <input type="text"/>			Mes <input type="text"/>		Días <input type="text"/>	
Nombre <input type="text"/>				Fecha de aplicación <input type="text"/>			Fecha de nacimiento <input type="text"/>		Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
Apellidos <input type="text"/>				Fecha de nacimiento <input type="text"/>			Fecha de nacimiento <input type="text"/>		Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
Sexo: <input type="radio"/> Varón <input type="radio"/> Mujer				Edad cronológica <input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dirección <input type="text"/>										
Localidad/Provincia/C.P. <input type="text"/>										
Teléfono <input type="text"/>				Lengua hablada en casa <input type="text"/>						
PROVEEDORES DE APOYOS ESENCIALES (INDIVIDUOS U ORGANIZACIONES):										
Nombre <input type="text"/>			Relación con la persona <input type="text"/>			Teléfono <input type="text"/>				
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>				
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>				
Otra información pertinente <input type="text"/>										
<input type="text"/>										
<input type="text"/>										
<input type="text"/>										
Nombre de los encuestados <input type="text"/>			Relación con la persona <input type="text"/>			Idioma <input type="text"/>				
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>				
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>				
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>				
Entrevistador <input type="text"/>			Puesto de trabajo <input type="text"/>			Teléfono <input type="text"/>				
Agencia / Afiliación <input type="text"/>			Teléfono <input type="text"/>			Teléfono <input type="text"/>				
Dirección <input type="text"/>			Correo electrónico <input type="text"/>			Correo electrónico <input type="text"/>				



Autores: J. R. Thompson, B. R. Bryant, E. M. Campbell, E. M. Craig, C. M. Hughes, D. A. Rotholz, R. L. Schalock, W. P. Silverman, M. J. Tassé, M. L. Wehmeyer
Adaptación española: Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez y Alba Ibáñez García (INICO, Universidad de Salamanca)
Copyright original © 2004 by AAMR, Asociación Americana de Retraso Mental.
Copyright de la adaptación española © 2007 by TEA Ediciones, S.A., Madrid (España). Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Impreso en España. Printed in Spain.

SECCIÓN 1. ESCALA DE NECESIDADES DE APOYO

INSTRUCCIONES: Identifique la Frecuencia, el Tiempo de apoyo diario y el Tipo de apoyo que el entrevistado indica que es necesario para que la persona evaluada tenga éxito en los seis dominios de actividad (partes A-F). Rodee el número apropiado (0-4) para cada parámetro (es decir, Frecuencia, Tiempo diario de apoyo y Tipo de apoyo; ver la clave de puntuación de la parte inferior). Suma las puntuaciones de los tres parámetros de cada una las actividades que se examinan para obtener las puntuaciones directas. Suma las puntuaciones directas de todas las actividades para obtener la puntuación directa total para cada parte.

- 1 Esta escala debería ser cumplimentada sin considerar los servicios o apoyos proporcionados o disponibles actualmente.
- 2 Las puntuaciones deberían reflejar los apoyos que serían necesarios para que esta persona tuviera éxito en cada actividad.
- 3 Si un individuo utiliza ayudas técnicas, el funcionamiento de la persona debería ser valorado considerando que emplea dichas ayudas.
- 4 Cumplimente TODOS los ítems, incluso si la persona no está realizando actualmente alguna de las actividades que se examinan.

PARTE A Actividades de la vida en el hogar	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
1. Utilizar el servicio.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Encargarse de la ropa (incluyendo lavar).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3. Preparar comidas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Comer.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Cuidar y limpiar la casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Vestirse.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Bañarse y cuidar la higiene personal.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Manejar los aparatos de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
Puntuación directa TOTAL Actividades de la vida en el hogar				

Introducir la puntuación directa (máx.=92) en el Perfil de la SS, de la página 8, sección 1A, parte A, actividades de la vida en el hogar

CLAVE DE PUNTUACIÓN

FRECUENCIA	TIEMPO DIARIO DE APOYO	TIPO DE APOYO
¿Con qué frecuencia se necesita apoyo para esta actividad?	En un día típico en el que se necesita apoyo en esta área, ¿cuánto tiempo debería dedicarse?	¿Qué tipo de apoyo se debe proporcionar?
0 = Nunca o menos de una vez al mes.	0 = Nada.	0 = Ninguno.
1 = Al menos una vez al mes, pero no una vez a la semana.	1 = Menos de 30 minutos.	1 = Supervisión.
2 = Al menos una vez a la semana, pero no una vez al día.	2 = 30 minutos o menos de 2 horas.	2 = Incitación verbal o gestual.
3 = Al menos una vez al día, pero no una vez cada hora.	3 = 2 horas o menos de 4 horas.	3 = Ayuda física parcial.
4 = Cada hora o con más frecuencia.	4 = 4 horas o más.	4 = Ayuda física total.

Rodee el número apropiado (0-4) para cada parámetro (ver clave de puntuación). Complete TODOS los ítems, incluso si la persona no está llevando a cabo actualmente alguna de las actividades examinadas. Suma las puntuaciones de los tres parámetros de cada actividad para conseguir una puntuación directa. Suma las puntuaciones directas de todas las actividades para obtener la puntuación directa total para cada parte.

PARTE B Actividades de la vida en la comunidad	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
1. Moverse de un sitio a otro por toda la comunidad (transporte).	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Participar en actividades recreativas o de ocio en los entornos de la comunidad.	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3. Usar los servicios públicos en la comunidad.	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Ir a visitar amigos y familia.	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Participar en las actividades comunitarias preferidas (parroquia, voluntariado...).	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Ir de compras y adquirir bienes y servicios.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Interactuar con miembros de la comunidad.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Acceder a edificios y entornos públicos.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
Puntuación directa TOTAL Actividades de la vida en la comunidad <small>Introducir la puntuación directa (máx.=91) en el Perfil de la SIS, de la página 8, sección 1A, parte B, actividades de la vida en la comunidad</small>				

PARTE C Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
1. Interactuar con otros en actividades de aprendizaje.	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Participar en las decisiones educativas o de formación.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3 4	
3. Aprender y usar estrategias de solución de problemas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Usar la tecnología para aprender.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Acceder a los contextos educativos o de formación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Aprender funciones intelectuales básicas (leer señales, contar el cambio, etc.).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Aprender habilidades de salud y educación física.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Aprender habilidades de autodeterminación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
9. Aprender estrategias de autodirección.	0 1 2 3	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
Puntuación directa TOTAL Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida <small>Introducir la puntuación directa (máx.=104) en el Perfil de la SIS, de la página 8, sección 1A, parte C, actividades de aprendizaje a lo largo de la vida</small>				

Rodee el número apropiado (0-4) para cada parámetro (ver clave de puntuación). Complete TODOS los ítems, incluso si la persona no está llevando a cabo actualmente alguna de las actividades examinadas. Sume las puntuaciones de los tres parámetros de cada actividad para conseguir una puntuación directa. Sume las puntuaciones directas de todas las actividades para obtener la puntuación directa total para cada parte.

PARTE D	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
Actividades de empleo				
1. Acceder y recibir adaptaciones en el trabajo o tarea.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Aprender y usar habilidades específicas de trabajo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3. Interactuar con compañeros de trabajo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Interactuar con supervisores y preparadores.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Completar tareas relativas al trabajo con una velocidad aceptable.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Completar tareas relativas al trabajo con una calidad aceptable.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Cambiar tareas de trabajo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Buscar información y ayuda de la empresa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
Puntuación directa TOTAL Actividades de empleo				

Introducir la puntuación directa (máx.=87) en el Perfil de la SIS, de la página 8, sección 1A, parte D, actividades de empleo

PARTE E	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
Actividades de salud y seguridad				
1. Tomar la medicación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Evitar riesgos para la salud y la seguridad.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3. Obtener servicios de cuidado para la salud.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Ambular y moverse.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Aprender a acceder a los servicios de emergencia.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Mantener una dieta nutritiva.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Mantener la salud y la buena forma física.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Mantener el bienestar emocional.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
Puntuación directa TOTAL Actividades de salud y seguridad				

Introducir la puntuación directa (máx.=94) en el Perfil de la SIS, de la página 8, sección 1A, parte E, actividades de salud y seguridad

CLAVE DE PUNTUACIÓN

FRECUENCIA	TIEMPO DIARIO DE APOYO	TIPO DE APOYO
¿Con qué frecuencia se necesita apoyo para esta actividad?	En un día típico en el que se necesita apoyo en esta área, ¿cuánto tiempo debería dedicarse?	¿Qué tipo de apoyo se debe proporcionar?
0 = Nunca o menos de una vez al mes.	0 = Nada.	0 = Ninguno.
1 = Al menos una vez al mes, pero no una vez a la semana.	1 = Menos de 30 minutos.	1 = Supervisión.
2 = Al menos una vez a la semana, pero no una vez al día.	2 = 30 minutos o menos de 2 horas.	2 = Incitación verbal o gestual.
3 = Al menos una vez al día, pero no una vez cada hora.	3 = 2 horas o menos de 4 horas.	3 = Ayuda física parcial.
4 = Cada hora o con más frecuencia.	4 = 4 horas o más.	4 = Ayuda física total.

Rodee el número apropiado (0-4) para cada parámetro (ver clave de puntuación). Complete TODOS los ítems, incluso si la persona no está llevando a cabo actualmente alguna de las actividades examinadas. Sume las puntuaciones de los tres parámetros de cada actividad para conseguir una puntuación directa. Sume las puntuaciones directas de todas las actividades para obtener la puntuación directa total para cada parte.

PARTE F	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
Actividades sociales				
1. Socializarse dentro de la casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Participar en actividades recreativas o de ocio con otros.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3. Socializarse fuera de la casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Hacer y conservar amistades.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Comunicarse con otros acerca de las necesidades personales.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Utilizar las habilidades sociales apropiadas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Implicarse en relaciones de amor e íntimas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Dedicarse al trabajo de voluntariado.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
Puntuación directa TOTAL				
Actividades sociales				
Introducir la puntuación directa (máx.=93) en el Perfil de la SIS, de la página 8, sección 1A, parte F, actividades sociales				

SECCIÓN 2. ESCALA SUPLEMENTARIA DE PROTECCIÓN Y DEFENSA

Rodee el número apropiado (0-4) para cada parámetro (ver clave de puntuación). Complete TODOS los ítems, incluso si la persona no está llevando a cabo actualmente alguna de las actividades examinadas. Sume las puntuaciones de los tres parámetros de cada actividad para conseguir una puntuación directa. Ordene las puntuaciones directas de la más alta a la más baja (1= la más alta). Anote las cuatro actividades con puntuaciones más altas (1-4) y sus puntuaciones en el Perfil de la SIS.

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y DEFENSA	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas	Clasificación de las puntuaciones directas de la más alta a la más baja
1. Defenderse ante los demás.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
2. Manejar dinero y finanzas personales.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
3. Protegerse a sí mismo de la explotación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
4. Ejercer responsabilidades legales.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
5. Pertenecer a y participar en organizaciones de autodefensa o autoayuda.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
6. Obtener servicios legales.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
7. Hacer elecciones y tomar decisiones.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		
8. Defender a otros.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4		

Anote las cuatro actividades de protección y defensa con la puntuación directa más alta (de la más alta a la más baja) en el Perfil de la SIS, de la página 8, sección 2.

SECCIÓN 3. NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICAS Y CONDUCTUALES

Rodee el número apropiado para indicar cuánto apoyo se necesita para cada uno de los ítems de la siguiente tabla (ver clave de puntuación). Anote en las casillas correspondientes de la parte inferior (subtotal de 1s y 2s) cuantos ítems han recibido una valoración de 1 y cuantos han recibido una valoración de 2. Sume estas dos casillas (subtotal de 1s y 2s) para obtener la puntuación total de esta sección. Complete TODOS los ítems.

SECCIÓN 3A Necesidades de apoyo médicas	No necesita apoyo	Necesita algún apoyo	Necesita apoyo extenso
Cuidado respiratorio			
1. Inhalación o terapia de oxígeno.	0	1	2
2. Drenaje postural.	0	1	2
3. Entrenamiento físico del tórax.	0	1	2
4. Succionar.	0	1	2
Ayuda en alimentación			
5. Estimulación oral o posicionamiento de la mandíbula.	0	1	2
6. Alimentación por tubo (p.ej., nasogástrica).	0	1	2
7. Alimentación parenteral (p.ej., intravenosa).	0	1	2
Cuidados de la piel			
8. Girar o cambiar de posición.	0	1	2
9. Vendar o cambiar la venda a una(s) herida(s) abierta(s).	0	1	2
Otro cuidado médico excepcional			
10. Protección de enfermedades infecciosas debidas a deficiencias del sistema inmunológico.	0	1	2
11. Controlar ataque (tipo epiléptico).	0	1	2
12. Diálisis.	0	1	2
13. Cuidados de ostomizados.	0	1	2
14. Ser levantado y trasladarse.	0	1	2
15. Servicios de terapia.	0	1	2
16. Otros (especificar):	0	1	2
Subtotal de 1s y 2s			
Total (sumar el subtotal de 1s y 2s)			

Introduce el total en el Perfil de la SIS, página 10, sección 3A: consideraciones de apoyo basadas en necesidades excepcionales de apoyo médicas y conductuales, médicas

CLAVE DE PUNTUACIÓN

0= No necesita apoyo.
 1= Necesita algún apoyo (p.ej., supervisión o asistencia ocasional).
 2= Necesita apoyo extenso (p.ej., proveer ayuda regular para manejar la condición médica o la conducta).

Rodee el número apropiado para indicar cuánto apoyo se necesita para cada uno de los ítems de la siguiente tabla (ver clave de puntuación). Anote en las casillas correspondientes de la parte inferior (subtotal de 1s y 2s) cuantos ítems han recibido una valoración de 1 y cuantos han recibido una valoración de 2. Sume estas dos casillas (subtotal de 1s y 2s) para obtener la puntuación total de esta sección. Complete TODOS los ítems.

SECCIÓN 3B Necesidades de apoyo conductuales	No necesita apoyo	Necesita algún apoyo	Necesita apoyo extenso
Destructividad dirigida hacia el exterior			
1. Prevención de asaltos o heridas a otros.	0	1	2
2. Prevención de la destrucción de la propiedad (p.ej., incendiar lugares, romper mobiliario).	0	1	2
3. Prevención de robos.	0	1	2
Destructividad auto-dirigida			
4. Prevención de auto-lesiones.	0	1	2
5. Prevención de la pica (ingesta de sustancias no comestibles).	0	1	2
6. Prevención de intentos de suicidio.	0	1	2
Sexual			
7. Prevención de agresión sexual.	0	1	2
8. Prevención de conductas no agresivas pero inadecuadas (p.ej., exposiciones de sí mismo en público, exhibicionismo, contactos o gestos inadecuados).	0	1	2
Otros			
9. Prevención de rabietas o estallidos emocionales.	0	1	2
10. Prevención del vagabundeo.	0	1	2
11. Prevención del abuso de estupefacientes.	0	1	2
12. Mantenimiento de los tratamientos de salud mental.	0	1	2
13. Prevención de otros problemas de conducta serios (especificar):	0	1	2
Subtotal de 1s y 2s:			
Total (sumar el subtotal de 1s y 2s) <small>Introducir el total en el Perfil de la SIS, página 10, sección 3B: consideraciones de las necesidades excepcionales de apoyo conductuales y médicas, conductual</small>			

CLAVE DE PUNTUACIÓN

0= No necesita apoyo.
1= Necesita algún apoyo (p.ej., supervisión o asistencia ocasional).
2= Necesita apoyo extenso (p.ej., proveer ayuda regular para manejar la condición médica o la conducta).



SIS

Escala de intensidad de apoyos

RESUMEN DE PUNTUACIONES

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Nombre

Fecha de aplicación

Nombre del entrevistador

Sección 1a. Escala de necesidades de apoyo

1. Introducir las puntuaciones directas de las partes A a F de las páginas 2 a 5.
2. Introducir las puntuaciones típicas y los percentiles usando el apéndice 7.1.
3. Introducir el índice de Necesidades de apoyo usando el apéndice 7.2.

Subescalas de actividad	Puntuaciones directas totales (de las páginas 2-5)	Puntuaciones típicas (ver apéndice 7.1)	Percentiles de las subescalas (ver apéndice 7.1)
A. Vida en el hogar:			
B. Vida en comunidad:			
C. Aprendizaje a lo largo de la vida:			
D. Empleo:			
E. Salud y seguridad:			
F. Social:			
TOTAL de las puntuaciones estándar (suma)			
ÍNDICE DE NECESIDADES DE APOYO (Puntuación estándar compuesta) (ver apéndice 7.2.)			
Percentil del índice de Necesidades de apoyo (ver apéndice 7.2.)			

Sección 1b. Perfil de necesidades de apoyo

Rodee la puntuación estándar para cada subescala de actividades y el índice de Necesidades de apoyo. Después conecte los círculos de las subescalas con una línea para formar el perfil.

	A	B	C	D	E	F	Índice de Necesidades de apoyo	
Percentiles	Vida en el hogar	Vida en comunidad	Aprendizaje a lo largo de la vida	Empleo	Salud y seguridad	Social		Percentiles
99	17-20	17-20	17-20	16-20	17-20	18-20	>137	99
95	16	15-16	15-16	15	15-16	15-17	121-127	95
90	15	14	14	14	14	14	117-120	90
85	14		13	13	13	13	114-116	85
80	13	13					111-113	80
75			12	12	12	12	109-110	75
70	12	12					107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	104-106	65
60							102-103	60
55							101	55
50	10	10	10	10	10	10	98-100	50
45							96-97	45
40	9	9	9	9	9	9	93-95	40
35							91-92	35
30	8	8	8	8	8	8	89-90	30
25							87-88	25
20	7	7	7	7	7	7	84-86	20
15							82-83	15
10	6	6	6	6	6	6	79-81	10
5							75-78	5
1	1-5	1-5	1-4	1-4	1-4	1-5	<73	1

Sección 2

Consideraciones de apoyo basadas en las puntuaciones de protección y defensa

Añote las 4 actividades de protección y defensa clasificadas como las más altas de la página 5.

Actividad	Puntuación directa
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Sección 3

Consideraciones de apoyo basadas en las necesidades excepcionales de apoyo médicas y conductuales

A. MÉDICA

1. Introduzca la puntuación total de la sección 3a (página 6).

2. ¿Es la puntuación total mayor que 5?

Sí No

3. ¿Hay al menos un "2" rodeado para las necesidades de apoyo médicas en la sección 3a?

Sí No

B. CONDUCTUAL

1. Introduzca la puntuación total de la sección 3b (página 7).

2. ¿Es la puntuación total mayor que 5?

Sí No

3. ¿Hay al menos un "2" rodeado para las necesidades de apoyo conductuales de la página 7?

Sí No

Si ha rodeado el "Si" en alguna de las preguntas de arriba, es muy probable que este individuo tenga necesidades de apoyo mayores que otros con un índice de Necesidades de apoyo similar.

ANEXO III. Sistema de evaluación conductual de la Habilidad Social

A) COMPONENTES NO VERBALES

- EXPRESIÓN FACIAL

1. Cara muy desagradable. Expresiones negativas muy frecuentes.
2. Cara desagradable. Algunas expresiones negativas.
3. Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.
4. Cara agradable. Algunas expresiones positivas.
5. Cara muy agradable. Frecuentes expresiones positivas.

- MIRADA

1. Mira muy poco. Impresión negativa. Mira continuamente. Muy desagradable.
2. Mira poco. Impresión algo negativa. Mira en exceso. Desagradable.
3. Frecuencia y patrón de mirada normales.
4. Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable.
5. Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy agradable.

- SONRISAS

1. Sonrisas totalmente ausentes. Impresión muy negativa. Sonrisas continuas. Muy desagradable.
2. Sonrisas poco frecuentes. Impresión algo desagradable. Sonrisas excesivamente frecuentes. Desagradable.
3. Patrón y frecuencia de sonrisas normales.
4. Patrón y frecuencia de sonrisas buenos. Agradable.
5. Patrón y frecuencia de sonrisas muy buenos. Muy agradable.

- POSTURAS

1. Postura muy cerrada. Da la impresión de un rechazo total.
2. Postura algo cerrada. Da la impresión de un rechazo parcial.
3. Postura normal. No produce impresión de rechazo.
4. Postura abierta. Da la impresión de aceptación.
5. Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación.

- ORIENTACIÓN

1. Orientado completamente hacia otro lado. Impresión muy negativa.
2. Orientado parcialmente hacia otro lado. Impresión algo negativa.
3. Orientación normal. No produce una impresión desagradable.
4. Buena orientación. Impresión agradable.
5. Muy buena orientación. Impresión muy agradable.

- DISTANCIA / CONTACTO FÍSICO

1. Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total.
Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desagradable.
2. Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento.
Distancia demasiado próxima para una interacción casual. Desagradable.
3. Distancia normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Distancia oportuna. Impresión de acercamiento. Agradable.
5. Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable.

- GESTOS

1. No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa.
2. Algunos gestos pero escasos. Impresión negativa.
3. Frecuencia y patrón de gestos normales.
4. Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.
5. Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva.

- APARIENCIA PERSONAL

1. Muy desaliñado. Apariencia muy desagradable y sin ningún atractivo.
2. Algo desaliñado. Apariencia algo desagradable y poco atractiva.
3. Apariencia normal.
4. Buena apariencia. Agradable y atractiva.
5. Muy buena apariencia. Muy agradable y atractiva.

- OPORTUNIDAD DE LOS REFORZAMIENTOS

1. No refuerza nunca, o bien sus reforzamientos están siempre fuera de lugar.
2. Refuerza poco, o bien sus reforzamientos están frecuentemente fuera de lugar.
3. Reforzamiento normal.
4. Reforzamiento bueno, o bien sus reforzamientos encuentran frecuentemente el momento oportuno.
5. Reforzamiento muy bueno, o bien sus reforzamientos encuentran siempre el momento oportuno.

B) COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS

- VOLUMEN DE LA VOZ

1. No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa. Volumen extremadamente alto (casi llega al grito). Muy desagradable.
2. Se le oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa. Volumen demasiado alto. Desagradable.
3. Voz normal, pasable.
4. Volumen de voz bastante adecuado. Impresión positiva.
5. Volumen de voz muy adecuado. Impresión muy positiva.

- ENTONACIÓN

1. Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable.
2. Poco expresiva, ligeramente monótona. Desagradable.
3. Entonación normal, pasable.
4. Buena entonación, voz interesante, viva. Agradable.
5. Muy buena entonación, muy animada y expresiva. Muy agradable.

- TIMBRE

1. Muy desagradable, muy agudo o muy grave. Impresión muy negativa.
2. Algo desagradable, agudo o grave de forma negativa.
3. Timbre normal, ni agradable ni desagradable.
4. Timbre agradable. Impresión positiva.
5. Timbre muy agradable. Impresión muy positiva.

- FLUIDEZ

1. Muchas perturbaciones o muchas pausas embarazosas. Muy desagradable.
2. Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desagradable.
3. Pausas y perturbaciones normales. No da impresión negativa.
4. Sin apenas perturbaciones y pausas embarazosas. Agradable.
5. Sin perturbaciones ni pausas embarazosas. Muy agradable.

- VELOCIDAD

1. Habla extremadamente deprisa. No se le entiende nada. Habla extremadamente despacio. Muy desagradable.
2. Habla bastante deprisa. A veces no se le entiende. Habla bastante despacio. Desagradable.
3. Velocidad normal. Se le entiende generalmente.
4. Velocidad de habla bastante apropiada. Agradable.
5. Velocidad de habla muy apropiada. Muy agradable.

- CLARIDAD

1. No pronuncia ninguna palabra o frase con claridad. Muy negativo.
Articulación excesiva de las palabras. Muy desagradable.
2. Pronuncia con claridad sólo algunas palabras o frases. Negativo.
Demasiada articulación de las palabras. Desagradable.
3. Claridad de pronunciación normal.
4. Pronuncia las palabras claramente. Agradable.
5. Pronuncia las palabras muy claramente. Muy agradable.

- TIEMPO DE HABLA

1. Apenas habla. Grandes períodos de silencio. Impresión muy negativa.
Habla continuamente, sin darle ninguna oportunidad a la otra persona. Muy desagradable.
2. Habla poco frecuentemente. Impresión negativa. Habla en exceso. Desagradable.
3. Tiempo de habla normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Buena duración del habla. Agradable.
5. Muy buena duración del habla. Muy agradable.

C) COMPONENTES VERBALES

- CONTENIDO

1. Muy poco interesante, aburrido, muy poco variado. Impresión muy negativa.
2. Poco interesante, ligeramente aburrido, poco variado. Impresión algo negativa.
3. Contenido normal, cierta variación.
4. Contenido interesante, animado, variado. Agradable.
5. Contenido muy interesante, muy animado, variado. Muy agradable.

- HUMOR

1. Contenido muy serio y sin humor. Impresión muy negativa
2. Contenido serio y con muy poco humor. Impresión negativa.
3. Contenido de humor normal.
4. Contenido de humor bueno. Agradable.
5. Contenido de humor muy bueno. Muy agradable.

- ATENCIÓN PERSONAL

1. Nunca se interesa por la otra persona, ni le hace preguntas sobre ella. Impresión muy negativa.
2. Apenas se interesa por la otra persona, con pocas preguntas. Impresión negativa.
3. Interés normal por la otra persona.
4. Buen interés por la otra persona, con un número adecuado de preguntas sobre ella. Impresión positiva.
5. Muy buen interés por la otra persona, con un número muy adecuado de preguntas. Impresión muy positiva.

- PREGUNTAS

1. Nunca hace preguntas. Impresión muy negativa.
Hace preguntas continuamente. Muy desagradable.
2. Hace pocas preguntas. Impresión negativa.
Hace preguntas en exceso. Desagradable.
3. Patrón de preguntas normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Preguntas variadas y adecuadas. Agradable.
5. Preguntas variadas y muy adecuadas. Impresión muy agradable.

- RESPUESTAS A PREGUNTAS

1. Respuestas monosilábicas o muy poco adecuadas. Impresión muy desagradable.
2. Respuestas breves o poco adecuadas. Impresión negativa.
3. Respuestas normales. Impresión ni positiva ni negativa.
4. Respuestas adecuadas y de duración correcta. Impresión positiva.
5. Respuestas muy adecuadas y de duración correcta. Impresión muy positiva.

ANEXO IV. Evaluación para las Habilidades de Comunicación e Interacción

EVALUACIÓN PARA LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN - ACIS

Forsyth, K; Salamy, M & Kielhofner, G.

Nombre y Apellido:..... Fecha:.....
 Edad:..... Diagnóstico:..... Etnia:.....
 Adaptaciones:..... Internado Ambulatorio.....
 Situación Observada:.....

COMPETENTE	CUESTIONABLE	INEFECTIVO	DEFICIT
Desempeño competente que apoya rendimiento comunicación/ interacción y conlleva resultado interacción personal / grupal. El examinador no observa evidencia de déficit.	Desempeño cuestionable que da lugar a riesgo en rendimiento y comunicación/interacción y conlleva a un resultado incierto interpersonal /grupal. El examinador cuestiona la presencia de déficit.	Desempeño inefectivo que interfiere rendimiento y comunicación interacción y conlleva a resultado indeseable interpersonal /grupal. El examinador observa déficit leve a moderado.	Déficit en el desempeño impide rendimiento y comunicación /interacción y conlleva a resultados grupales inaceptables. El examinador observa un déficit severo (riesgo de daño), peligro, provocación o quiebre de la interacción grupal.

DOMINIO FÍSICO

Se contacta	4	3	2	1
Mira	4	3	2	1
Gesticula	4	3	2	1
Maniobra	4	3	2	1
Se orienta	4	3	2	1
Se posiciona	4	3	2	1

INTERCAMBIO DE INFORMACION

Articula	4	3	2	1
Es asertivo	4	3	2	1
Pregunta	4	3	2	1
Se involucra	4	3	2	1
Se expresa	4	3	2	1
Modula	4	3	2	1
Comparte	4	3	2	1
Habla	4	3	2	1
Sostiene	4	3	2	1

RELACIONES

Colabora	4	3	2	1
Cumple	4	3	2	1
Se centra	4	3	2	1
Se relaciona	4	3	2	1
Respeto	4	3	2	1

Comentarios:

Firma del T.O.

ANEXO V. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo de Fin de Grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducido por Virginia Peña Sanz, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud. La meta de este Trabajo de Fin de Grado es diseñar, ejecutar y evaluar un plan de intervención en Terapia Ocupacional en una persona con discapacidad intelectual.

Si usted accede a que su familiar participe en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder algunas preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Lo que conteste en estas encuestas podrá transcribirse después en dicho trabajo por la estudiante. Además la estudiante podrá participar como observadora o colaboradora en alguna de las sesiones de Terapia Ocupacional, de las que Laura es beneficiaria.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionarios y a la entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante del cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Virginia Sanz Peña.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es diseñar, ejecutar y evaluar un plan de intervención en Terapia Ocupacional en una persona con discapacidad intelectual.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Olga Tena Bernal (Terapeuta Ocupacional de Santo Ángel) al teléfono 976332308 o con Virginia Peña Sanz al teléfono 626179782.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar con Olga o Virginia al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Familiar

M. CARMEN VILAR

Firma del Familiar

M. Carmen Vilar

Fecha

6 DE FEBRERO DEL 2013

ANEXO VI. Encuesta Inicial

ENCUESTA

En casa, ¿Tiene una actitud corporal abierta a la comunicación? Mira a los ojos cuando habláis con ella, levanta la cabeza... Explicar de forma breve.

NO ES MUY COMUNICATIVA Y SU ACTITUD NO ES ABIERTA.
HAY QUE RECLAMAR SU ATENCIÓN CONSTANTEMENTE PARA
QUE NOS MIRE Y LEVANTE LA CABEZA.

¿Utiliza un volumen de voz adecuado?

- Si
- No
- A veces HABLA BASITO.

¿Saluda y se despide al irse y volver a casa?

- Si
- No
- A veces SI LA FORZAMOS UN POCO.

¿Cuándo necesita alguna cosa os la hace saber con antelación?

- Si
- No
- A veces PERO CASI ESTAMOS NOSOTROS MAS PENDIENTES DE
LO QUE NECESITA.

¿Se muestra quejosa si algo no le gusta?

- Si MAS ULTIMAMENTE, ANTES TODO LE IBA BIEN
- No
- A veces

¿Alguna vez han dejado a su hija a cargo de personas de confianza (hermanos, vecinos, tíos, abuelos...)?

SI, SUS ABUELOS CUANDO VIVIAN Y
AHORA CON SU HERMANA.

¿Se muestra contenta asistiendo al Centro? ¿Tiene alguna amistad o persona en la que se apoye más fuera del centro?

VA BASTANTE CONTENTA AL CENTRO PERO SI
LE DICES QUE TIENE FIESTA, SE PONE MUY CONTENTA.
NO TIENE UNA AMIGA INTIMA, AUNQUE SE LLEVA BIEN CON LAS
PERSONAS.

¿Participa en actividades fuera del Centro Ocupacional? Si es así ¿En Cuáles?

ES SOCIA DE SPECIAL OLYMPICS Y PARTICIPA
EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS. TAMBIEN INTENTAMOS QUE
LEA Y ESCRIBA ALGO PERO MUCHOS DIAS SE DUERME
PUES VUELVE BASTANTE CANSADA.

ANEXO VII. Esquema de la Pirámide del Desarrollo Humano



ANEXO VIII. Ficha de Observación utilizada en las sesiones

FICHA DE OBSERVACIÓN

ANTICIPACIÓN: preparación del sujeto para ir a la Sala. (verbal, SPC, grúa, pelota de pinchos,...):

.....
.....
.....
.....
.....

• Ritual de inicio (situar al sujeto en el lugar escogido, iluminación de la sala, pulsioxímetro...):

.....
.....
.....

• AMBIENTACIÓN (durante la sesión: tipo de música, iluminación,...):

.....
.....
.....

• POSTURA del adulto y del sujeto:

.....
.....
.....

• ELEMENTOS UTILIZADOS (aparataje):

.....
.....
.....

• ESTIMULACIÓN (describir qué sensorio se estimula y cómo se hace durante la sesión):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

• COMUNICACIÓN:

- Comunicación primaria (corporal), tono muscular, vocalizaciones (placer/displacer):

.....
.....

.....
.....
- Demanda de interacción del sujeto:
.....
.....
.....
.....

.....
- Movimientos voluntarios:
.....
.....
.....
.....

.....
• ESTEREOTIPIAS (aparecen o no, descripción, desaparecen o no a lo largo de la sesión):
.....
.....
.....

.....
• CAMBIOS EMOCIONALES (alegría, tristeza, ira,..):
.....
.....
.....

.....
• FINALIZACIÓN DE LA SESIÓN (ritual de salida):
.....
.....
.....

.....
•
OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....