Desarrollo e Implementación de un Sistema Aumentativo de Comunicación en una persona con Síndrome de Down

Universidad de La Laguna

Grado en Logopedia.

Trabajo de Fin de Grado
Universidad de La Laguna
2016-2017

Autora: Coraima Lorenzo Hernández
Tutores: Emilia Carmona y Moisés Betancort
Convocatoria: julio 2017

Resumen

De entre los trastornos evidentes en el Síndrome de Down destacan diversas alteraciones en la comunicación y/o del lenguaje, más concretamente en la producción del lenguaje oral, ya sea por problemas articulatorios o cognitivos. Estos déficits pueden verse solventados por los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), cuya finalidad es complementar al lenguaje oral cuando este no es suficiente por sí mismo, permitiendo así que estas personas puedan comunicarse a través de ellos. Este trabajo presenta una intervención logopédica para una persona de 26 años con estas características genéticas y comunicativas. En él, se exhibe la evaluación tanto de la calidad de vida como de sus necesidades comunicativas, para la posterior elección del sistema más adecuado a cubrir éstas y la elaboración e implementación de este sistema aumentativo de comunicación para su uso en el centro al que acude.

Palabras clave: Síndrome de Down, alteraciones, lenguaje, Sistema Aumentativo de comunicación, implementación.

Abstract

Among the disorders that are evident in Down Syndrome, there are several alterations in communication and/or language, more specifically in the production of oral language, whether due to articulatory or cognitive problems. These deficits can be solved by the Augmentative and Alternative Systems of Communication (AAC), whose purpose is to complement oral language when it is not enough by itself, thus allowing these people to communicate through them. This work presents a logopedic intervention for a person of 26 years with these genetic and communicative characteristics. The evaluation of both the life quality and her communicative needs are shown inside, for the subsequent choice of the most adequate system to cover these ones and the elaboration and implementation of this augmentative communication system for using in the centre where she attends.

Key words: Down Syndrome, alterations, language, augmentative system of communication, implementation.

Históricamente, se conoce al Síndrome de Down como la alteración cromosómica más frecuente observada en el ser humano, pudiendo considerarse uno de los síndromes más antiguos, siendo a su vez una de las condiciones más frecuentes de retraso mental moderado o severo de origen genético.

La **Federación Española de Síndrome de Down**, Down España (2014), define el Síndrome de Down como:

> Alteración genética producida por la presencia de un cromosoma extra o una parte de él. Las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas distribuidos en 23 pares. Uno de estos pares determina el sexo del individuo, los otros 22 se numeran del 1 al 22 en función de su tamaño decreciente. Las personas con síndrome de Down tienen tres cromosomas en el par 21 en lugar de los dos que existen habitualmente; por ello, este síndrome también se conoce como trisomía 21. El síndrome de Down es la principal causa de discapacidad intelectual y la alteración genética humana más común. Se produce de forma espontánea, sin que exista una causa aparente sobre la que se pueda actuar para impedirlo. Únicamente se ha demostrado un factor de riesgo, la edad materna (> 35 años) y, de manera muy excepcional, en un 1% de los casos, se produce por herencia de los progenitores. El síndrome de Down no es una enfermedad. Tampoco existen grados de síndrome de Down, pero el efecto que la presencia de esta alteración produce en cada persona es muy variable. Las personas con síndrome de Down muestran algunas características comunes pero cada individuo es singular, con una apariencia, personalidad y habilidades únicas.

Existen varios tipos de trisomía que se pueden resumir de esta manera: trisomía 21, trisomía en mosaico (mosaicismo) y translocación cromosómica.

Según estudios realizados por Lorenzo (2015), se considera que las características de las personas con Síndrome de Down son algunas más que los rasgos faciales, por los cuales llegan incluso a ser reconocidos. También es cierto que los signos físicos bajo ninguna circunstancia se deben considerar como específicos del síndrome, es decir, su presencia no confirma el diagnóstico, y su ausencia no lo descarta.

Según Rondal (2007), los signos más característicos que afectan al lenguaje directa e indirectamente son: el bajo tono muscular (hipotonía muscular) y la discapacidad intelectual. En relación a la articulación de las palabras, se conoce que la cavidad bucal es demasiado pequeña para acoger el gran tamaño de la lengua (macroglosia), que unido al corto paladar que presentan, afecta a la resonancia del lenguaje. También, existe una deformidad en los dientes, oclusión dental defectuosa. La hipotonía muscular afecta mayormente a la lengua, los labios, el paladar blando y a los músculos respiratorios (órganos bucofonatorios). Además, existen alteraciones en la audición, en la coordinación motora y en la voz.

Con respecto al desarrollo de los niños con Síndrome de Down, cabe destacar el resumen de las características fundamentales que hacen Troncoso y del Cerro (2009) en Álvarez y Moriyón (2015), junto al que se han añadido otras citas de autores que coinciden en el mismo punto de vista, manifestando de esta manera cómo son estas personas.

Tabla I: *Tipos de desarrollo más característicos en la persona con SD*	
Desarrollo cognitivo	**Atención:** Se distraen con facilidad, impidiendo continuar una tarea. Presentan mayor dificultad para mantener la atención ante estímulos orales que visuales. **Iniciativa:** Poca capacidad de autoinhibición. **Memoria:** “La memoria a corto plazo y el procesamiento de información” (Comes, 2006, p.25) se encuentran afectados. La memoria a corto y la memoria a largo plazo están limitadas. Menor capacidad para “consolidar y recuperar memoria” (Comes, 2006, p.25), para recuperar información. **Correlación y análisis:** Problemas para “integrar e interpretar la información” (Comes, 2006, p.25). **Aprendizaje**: Aprenden más fácilmente los conceptos concretos que los abstractos. Mejor de manera visual y manipulativa que verbal.

Desarrollo lingüístico	-Dificultades para percibir y producir los sonidos (fonemas) -Dificultad para “identificar los referentes de las palabras y, por tanto, para construir el significado” (Rondal, 2009, p.29). -Dificultades con los artículos, preposiciones, pronombres, verbos auxiliares, conjunciones, morfemas de inflexión. -El contenido y la forma del lenguaje están más afectados que la competencia comunicativa y aspectos funcionales.
Desarrollo motor	-Motricidad gruesa y motricidad fina afectadas. -Son personas “lentas” motrizmente y torpes. -Afectación de “la motricidad fina, la velocidad, la fuerza muscular y el equilibrio, estático y dinámico” (Ruiz, 2009, p.40). -Hipotonía muscular.
Fuente: Elaboración propia a partir de Álvarez y Moriyón (2015) y Troncoso y del Cerro (2009),	

El lenguaje y la comunicación en las personas con Síndrome de Down

En cuanto al lenguaje, se considera que tienen un gran retraso de la expresión comparado con el nivel de desarrollo, puesto que la edad lingüística evoluciona más lentamente que la edad cronológica y mental. Por ello, se recomienda abordar la intervención logopédica a edades tempranas.

Asimismo, cabe destacar que el procesamiento del lenguaje en las personas con Síndrome de Down es menos secuencial y verbal, aunque es más simultáneo (Díez, 2014).

El lenguaje es el área del desarrollo en la que se evidencia, en mayor medida, la dificultad que tienen para dar respuestas verbales, razón por la que tienden a dar respuestas motoras, tales como gestos y señas, presentando de este modo una mejor capacidad de lenguaje comprensivo que expresivo.

La enseñanza de la comprensión debe de preceder siempre a la de la expresión o producción. Y dentro de estas fases encontramos varios niveles de evolución en las distintas dimensiones del lenguaje.

Nivel léxico-semántico

El desarrollo del léxico presenta una directa relación con el desarrollo de la edad mental. Está fuertemente retrasado en este síndrome pero también exhibe muchas semejanzas con el desarrollo normal.

Para aprender vocabulario, es importante mantener una atención recíproca por ambas partes. Una manera eficiente “consiste en que el adulto siga el foco de la atención del niño, y mantenga ese foco de atención múltiples veces durante ese episodio interactivo”. (Rondal, 2007, p.4)

Es frecuente que el comienzo del lenguaje oral expresivo esté claramente retrasado y que la velocidad de su progreso sea lenta. Para aumentar la velocidad de producción, se pueden introducir símbolos o señales en conjunción con el lenguaje oral, con lo que se favorece la estrategia de una comunicación total. La penetración conjunta de habla y signos favorece el desarrollo más intenso y precoz de vocabulario expresivo (Clibbens, 2001).

“En personas con síndrome de Down el procesamiento viso-espacial está mejor preservado que el auditorio-verbal. Por tanto, recurrir a gestos como apoyo para el aprendizaje de palabras ha de facilitar el almacenamiento de la memoria.” (Rondal, 2007, p.4).

Nivel morfosintáctico

El desarrollo morfosintáctico es problemático y a pesar de los progresos conseguidos durante la adolescencia, a menudo persiste limitado. (Rondal, 2007). Estas dificultades se pueden apreciar en la construcción de frases como las exclamativas, interrogativas e imperativas, además del uso de palabras funcionales en ellas y en la concordancia de tiempos verbales, género y número.

Por todo esto, se puede afirmar una dificultad para la comprensión de estas estructuras y el retraso en este ámbito, respecto con sus iguales en edad mental.

Nivel pragmático

En esta área, “el lenguaje de las personas con síndrome de Down no está desprovisto de valor comunicativo”. (Rondal, 2007, p.7). Se presentan impedimentos pero el acto de la comunicación continua siendo activo.

Las habilidades de la pragmática y las habilidades sociales que están asociadas al lenguaje van mejorando mediante la participación en programas de intervención Abbeduto y Keller, (2003), citado en Rondal, (2007).

Las principales dificultades de habla, lenguaje y comunicación en estas personas nos permiten establecer un perfil de trabajo para la posterior intervención.

Varios autores coincidieron en la presentación evidencias con respecto al beneficio de signar y de combinarlo con otro Sistema Alternativo y Aumentativo de Comunicación (**SAAC**) (Clibbens, 2001).

Ahora bien, exponiendo lo recogido de ARASAAC[1] (2017), la **Comunicación Aumentativa y Alternativa** (**CAA**) no es incompatible sino complementaria a la rehabilitación del habla natural, y que además puede ayudar al éxito de la misma cuando éste es posible, se entiende que:

> Cada individuo desarrolla a lo largo de la vida, y en función de sus capacidades, su propio sistema de comunicación, compuesto de formas verbales y no verbales, vocales y no vocales, donde tienen cabida el sonido, el escrito, el gráfico o el comportamiento corporal, de forma variable y evolutiva.

Por lo que, en estos casos es recomendable el uso de los **Sistemas Alternativos o Aumentativos de Comunicación** en adelante **SAAC**.

¿Qué son los SAAC?

Según Tamarit (1993) en (de Alba Galván, 2015, p.3) se conoce que los Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación son

> “instrumentos de intervención destinados a personas con alteraciones diversas de la comunicación y/o lenguaje, y cuyo objetivo es la enseñanza mediante procedimientos específicos de instrucción de un conjunto estructurado de códigos no vocales necesitados o no de soporte físico, los cuales, mediante esos mismos u otros procedimientos específicos de instrucción, permiten funciones de representación y sirven para llevar a cabo actos de comunicación (funcional, espontánea y generalizable), por sí solos, o

[1] Portal **Aragonés** de la Comunicación Aumentativa y Alternativa

en conjunción con 7 códigos vocales, o como apoyo parcial a los mismos, o en conjunción con otros códigos no vocales”.

Los SAAC se pueden emplear como un medio de comunicación a largo plazo y de manera permanente; o bien de forma temporal. En este último caso, se utilizará momentáneamente hasta que se logre restablecer un lenguaje oral inteligible para el proceso de comunicación, y es lo que se conoce como Sistema **Aumentativo** de Comunicación, mientras que el primer caso se emplearía este cuando la adquisición y desarrollo del lenguaje vocal resultase imposible, es decir, un Sistema **Alternativo** de Comunicación.

Estos se clasifican en función de la ayuda necesaria para utilizarlos y en función de los símbolos visuales que emplean. Además de la clasificación, debe tenerse en cuenta el método y la elección personalizada al usuario.

La elección del SAAC, va asociada a la necesidad comunicativa, ya que existen muchas personas con este problema para acceder a la comunicación oral de manera natural y son estos instrumentos los que nos proporcionan las herramientas alternativas para suplir estas deficiencias, formando así el complemento con el lenguaje oral.

Del mismo modo que las personas sin ningún tipo de deficiencia en el habla se valen tanto de recursos expresivos orales como gestuales para emitir un mensaje con la mayor cantidad de información posible, debe tenerse en cuenta que la utilización de un SAAC no es incompatible a la rehabilitación del habla natural.

En American Speech-Language-Hearing Association, (2017), existen muchos tipos de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, y por lo general están clasificados en una de dos categorías: con ayuda o sin ayuda.

El mejor sistema de comunicación para una persona individual puede incluir una combinación de modalidades con ayuda y sin ayuda para adaptarse a diversas situaciones.

Tabla II: *Tipos de sistemas de comunicación*	
Sistemas de comunicación sin ayuda	**Sistemas de comunicación con ayuda**
No proporcionan salida de voz ni equipo electrónico. El interlocutor tiene que estar presente para que estos sistemas puedan funcionar (no pueden ser usados por teléfono ni para comunicarse con alguien que esté en otra habitación). Algunos ejemplos de este tipo de comunicación incluyen: gestos, lenguaje corporal, leguaje por señas y tableros de comunicación. Estos últimos pueden mostrar palabras, letras, números, ilustraciones o símbolos especiales.	Son aparatos electrónicos que pueden contar o no con algún tipo de salida de voz. Los instrumentos que brindan salida de voz se denominan **comunicadores con salida de voz.** Estos aparatos pueden mostrar letras, palabras y frases, o una variedad de símbolos que permiten al usuario construir mensajes. Los mensajes pueden ser comunicados mediante voz electrónica o pueden aparecer impresos en una pantalla o en una cinta de papel. Muchos de estos sistemas pueden también conectarse a una computadora para obtener comunicación por escrito. Algunos de ellos pueden ser programados para producir distintos idiomas.
Fuente: Elaboración propia a partir de American Speech-Language-Hearing Association (2017)	

Objetivos

- **Objetivo general**: Desarrollar e implementar un Sistema Aumentativo de Comunicación en una persona con Síndrome de Down para su uso en el Centro al que acude

- **Objetivos específico**:

  – Identificar el nivel de competencia comunicativa.

  – Identificar las necesidades comunicativas.

  – Diseñar un programa de intervención logopédica desde los Sistemas de Comunicación Aumentativa que cubra las necesidades.

  – Implementar un programa de intervención logopédica desde los Sistemas de Comunicación Aumentativa.

Metodología

- Variables personales

Se trata de una mujer, (G.E.T)[2], de 25 años que actualmente acude al Centro Ocupacional Naranjos de Luz, a cual asiste de lunes a viernes de 9 a 14h. Anteriormente, ingresó en el Colegio Acaman, entre el 2001-2002, donde recibió adaptación curricular individualizada global de 4 años (2º Ciclo Infantil).

Según el expediente elaborado en el 2010 por el Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria (IASS), proporcionado por el centro, está diagnosticada de Retraso Mental Severo por Síndrome de Down, con un grado de las limitaciones en la actividad global del 70%, y con necesidad de una tercera persona. Además, presenta hipoacusia bilateral severa. Asimismo, el informe añade que una vez examinadas las circunstancias que coocurren y aplicados los Baremos Sociales, se establecen unos Factores Sociales Complementarios de 10 puntos. Por lo que el grado total de discapacidad es del 80%.

Además, consta en el último informe médico de julio de 2011, Hipoacusia Bilateral Severa e Hipotiroidismo.

Su pérdida auditiva dificulta la discriminación de sonidos y palabras, la comprensión verbal, así como la realización de tareas cuando nos comunicamos con ella. Esto es, según información recabada del equipo educativo del centro Hermanas Hospitalarias (Complejo Acamán), que cada vez está más aislada y que observan retroceso a nivel auditivo.

Tabla III: *Resumen de evaluación de variables cognitivas*	
Comprensión	**Expresión**
Matemáticas: Conoce algunos conceptos básicos: dentro-fuera; arriba-abajo.	Dificultades de expresión: confunde fonemas al hablar, produciendo muchas **dislalias**.
Colores: Conoce los más básicos.	Dificultad para **estructurar y enunciar oraciones simples**.

[2] Con el fin de de proteger la identidad de la paciente nos referiremos a ella con sus siglas.

Formas geométricas: Conoce algunas como círculo, cuadrado y triángulo.	Su **habla** es rápida, desorganizada y telegráfica. Discurso ininteligible.
Sabe agrupar objetos por color, tamaño y forma.	**Fonologicamente**, necesita consolidar fonemas directos, y generalizarlos de manera correcta en su hala espontánea.
Números: conoce algunos.	Nivel de **vocabulario** bajo. Emplea palabras sueltas y holofrases memorizadas. Identifica y reconoce conceptos de su interés y entorno.
Le cuesta discriminar sonidos, palabras y órdenes sencillas,	**Voz**: tartamudea en inicio de palabra, ritmo lento, bloqueos y movimientos asociados, arrastrando sílabas con intensidad baja y escasa vocalización.
Lenguaje comprensivo: nivel bajo de comprensión, acusado por la pérdida de audición, suponiendo dificultades en el entendimiento de órdenes sencillas y realizar actividades dentro y fuera aula.	Nivel de **competencia lingüística** limitado. No utiliza el lenguaje para relacionarse. Tiende a aislarse y emitir sonidos y palabras sin ninguna función comunicativa.

Instrumentos y materiales

En primer lugar, antes de poner en marcha la evaluación, se obtuvo el consentimiento informado por parte de la familia, en el que se comunicó acerca de la metodología y las condiciones que forman parte del proceso de participación en este Trabajo de Final de Grado (Anexo I).

Partiendo de la evaluación inicial, expuesta más arriba, y tras las pruebas necesarias para la recogida de la información sobre las necesidades comunicativas de la usuaria, se decidió tras una reunión con el tutor externo del centro de prácticas externas, trabajar con un Sistema Aumentativo de Comunicación, (**SAC**), más concretamente el Sistema Pictográfico de Comunicación (**SPC)**, que encaja con su perfil, siendo el sistema más utilizado en nuestro contexto, puesto que es la representación del lenguaje mediante dibujos, fotos o imágenes. A estos dibujos o pictogramas pueden incorporarse iconos propios de la cultura de origen, además de fotos reales o imágenes generales.

Para el análisis de necesidades de la usuaria, se han realizado una serie de pasos. En primer lugar, se recogió la bibliografía necesaria. En segundo lugar, se realizó una

evaluación inicial mediante entrevistas semiestructuradas y el Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida, Verdugo, Arias, Gómez, Santamaría, Clavero, y Tamarit, (2013) (Anexo II), a los familiares. Mientras que a los profesionales del centro se les hicieron una serie de preguntas con respecto a su comportamiento y día a día en los diferentes espacios y talleres del centro. Una vez recogida la información, se diseñó la intervención en función de los objetivos a conseguir, así como la planificación de la misma.

Asimismo, con toda la información recogida e interpretada, se decidió diseñar el SAC. Considerando utilizar una agenda de comunicación, en la cual aparecen categorizados los aspectos más necesarios para comenzar a establecer la comunicación mediante los pictogramas, eligiendo para ello la página ARASAAC, el Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa. Éstos recogieron categorías en torno a las necesidades básicas, peticiones, sentimientos y el centro en general, donde utilizará este sistema de comunicación, al menos por ahora.

El **cuaderno de comunicación** se diseñó sobre un soporte de un material resistente, tipo cuaderno, dentro del cual se encuentran unas láminas plastificadas, que contienen los pictogramas. El total de páginas es de ocho. Las dos primeras se han utilizado tanto para la presentación y uso del sistema como para habilitar una lámina sin pictogramas, pero con una tira de velcro en la que puedan hacerse peticiones o frases. Las seis restantes están divididas en categorías, que expresan sus necesidades habituales. Estas categorías son:

Tabla IV: *Categorías del SAC*	
Necesidades básicas	Agua, comer, beber, baño
Me duele	Doctor, ambulancia y distintas partes del cuerpo
Cómo me siento	Contenta, enfadada, triste, enferma, etc.
Me apetece	Música, bailar, cantar, pintar, etc.
El centro	Excursión, huerto, cepillo, ordenador, barro, desayuno, etc.
Respuesta rápida	/Sí/ y /no/.

Éstas pueden moverse en cuanto al orden, puesto que son láminas extraíbles. En cada una de ellas, hay un mínimo de 3 pictogramas y un máximo de 5, siendo el tamaño de estos de 5 centímetros aproximadamente. Se encuentran adheridos a las láminas mediante velcro, para que puedan ser retirados o añadidos en la lámina blanca que se

encuentra en la primera página del soporte, la cual está preparada para que puedan destacarse los pictogramas que elija la usuaria para comunicarse, o en caso contrario, para que los profesionales que se quieran comunicar con la usuaria, le den el mismo uso sencillo y comprensible.

Cabe destacar que este cuaderno es inicial, por lo que está adaptado para ir aumentando tanto el número de páginas/categorías, como el de pictogramas. En cuanto al aumento de pictogramas, se ha colocado en la tapa interior del cuaderno un sobre de plástico, con velcro, para guardar los que no estemos utilizando en el momento, y los nuevos. (Anexo III)

Desarrollo de la intervención

Abarcó un periodo de casi dos meses, con dos sesiones semanales en las que la temporalización variaba en función de la actitud y comportamiento de la usuaria, puesto que en ocasiones se hizo imposible el desarrollo de algunas sesiones por motivos de conducta, donde permanecía inmóvil y con la mirada perdida, o con una postura cabizbaja. El total de las sesiones fue de ocho. En general, el tiempo de cada sesión rondó los 30 minutos como mínimo y los 55 minutos como máximo.

A continuación, se mostrará un resumen, reflejando los objetivos propuestos y a trabajar en cada sesión, así como el tiempo empleado para ellos. Cabe destacar que algunos de ellos han sido trabajados solo durante una sesión y otros durante todo el programa.

La **intervención** se dividió en 3 fases:

En la 1º fase, se mostraron las imágenes que podían resultarle más estimulantes y que usaría de forma más habitual, aunque debido a su ausencia de intención comunicativa, en ocasiones nos ha resultado complicado saber cuáles son sus intereses.

Primero se intentó que las identificara, para luego generalizarlas. Se comenzó trabajando imágenes como: mamá, papa, comida, agua y baño, mediante peticiones y señalando de manera individual cada pictograma. Las imágenes fueron aumentan en función de las sesiones y de los logros obtenidos.

La 2º fase, centrada en la asociación e identificación de los pictogramas con la realidad que representan. Además de implantar el uso del /sí/ y el /no/, tanto en su repertorio habitual como para la posterior utilización del SAC.

Y en la 3º fase, se introduce finalmente el tablero de comunicación, concretamente, se utiliza un cuaderno de comunicación con pictogramas clasificados en función de sus categorías, usado para trabajar en el aula, y en el centro, y cubrir así sus necesidades comunicativas.

El objetivo final de estas fases es que utilice el tablero como medio habitual de comunicación, utilizándolo de forma natural y espontánea en el centro, puesto que la familia no consideró oportuno su uso en casa. En la entrevista realizada expusieron que con sus condiciones de edad, conocimientos y cultura, además de la rutina aprendida de comunicación con su hija, el proceso de aplicación de este sistema se les hace complicado, no estando en total de acuerdo y colaboración con la implantación y generalización del programa en el hogar. Por lo que, teniendo en cuenta los requisitos necesarios tanto para la elaboración como para su utilización, en este caso la enseñanza y uso del SAC estarían destinados a los profesionales del centro.

Se enseña el uso y manejo de la misma, indicándoles cómo es el soporte y la disposición de éste que la paciente hará para comunicarse. Esto es, en el proceso de aplicación, mientras se le señala el pictograma, se repite la palabra en voz alta de manera que permita asegurarnos de que se recibe el mensaje. Indicando del mismo modo que a la hora de interactuar, debemos ser flexibles y adaptarnos haciendo preguntas de sencilla comprensión y siendo capaces de responder de manera correcta mediante los pictogramas.

Descripción, contenido y actividades de cada una de las sesiones y temporalización

Las actividades llevadas a cabo han seguido el guión de intervención anteriormente descrito.

La totalidad de las sesiones ha sido de ocho, con una regularidad de dos días a la semana, durante dos meses. En cada sesión se destinaron los primeros 10 minutos a recordar lo trabajado en la sesión anterior, por lo que la duración de las mismas ha sido un poco más de lo normal, con un máximo de 55 minutos cada una. Siempre siguiendo este guión, donde, para llevar a cabo lo previsto en cada una de las tres fases, se emplearon entre tres y cuatro sesiones.

Sesión 1

Esta sesión de iniciación se ocupó de lo más importante de toda la intervención, la toma de contacto, para conocer su forma de ser de manera individual y sus características comunicativas, observando cómo se desenvuelve. Es importante mostrarse abierto a conocerla, para así establecer una buena relación y desarrollo óptimo de las sesiones, generando un clima de confianza y favoreciendo al progreso de la intervención.

Tuvo lugar en el aula del centro destinada a la logopedia, al menos los primeros 10 minutos. Luego, cuando se dio paso a trabajar con el material elegido para ese día, que fueron diez imágenes especialmente seleccionadas, la paciente comenzó a moverse de forma continuada sobre la silla y a focalizar su atención recorriendo la sala con la mirada, por lo que se decidió cambiar de aula. El resto de sesiones tuvieron lugar en el aula de la biblioteca, un lugar mucho más ventilado y con mejor luminosidad.

Esta actividad consistió en seleccionar las imágenes que le resultasen más estimulantes y que usaría de forma más habitual, para que posteriormente las identifique y se generalice. Se eligieron para comenzar a denominar las representaciones de: guagua, baño, beber, comer, mermelada, desayuno, pintar, música, piscina y médico.

Temporalización: 50 minutos.

(Anexo IV)

Sesión 2

Retomamos las diez imágenes de la sesión anterior, de entre las cuales se hizo una nueva selección más específica. Se comienza entregando una a una las imágenes mientras se las repetimos en alto, manteniendo el contacto visual y con buen nivel de atención por su parte. Luego, colocamos todas las imágenes en fila y volvemos a denominarlas en alto una a una mientras las vamos poniendo boca abajo, para luego ir levantándolas sucesivamente y facilitándoselas para que las denomine ella misma. Pudiendo ayudarla con repetición.

En esta primera actividad, produjo de forma espontánea guagua y música, mientras que en repetición dijo baño.

Materiales: imágenes de un baño, la acción beber y la de comer, desayuno, mermelada, agua, piscina, guagua, pintar, etc.

Temporalización: 40 minutos.

Sesión 3

Retomando las imágenes de la sesión anterior, se repasan a través de la actividad de denominación sucesiva. En este caso, la actividad consistiría en hacerle peticiones para que ella señalase la imagen correspondiente. Peticiones como: señala la mermelada. Y, en algunas ocasiones, se le añadía: ¿dónde está la mermelada?, O ¿cuál es la mermelada?

Otro tipo de actividad consistía en que, mientras se le señalaba una imagen en concreto, se le pedía que dijese qué era esa imagen. O se le repetía en voz alta: ¿cómo se llama?, ¿qué es esto?

Temporalización: 40 minutos.

Sesión 4

Repasando la última actividad de la sesión anterior, se le hicieron algunas preguntas sencillas mientras se le proporcionaba una imagen, para que la denominase.

Se añadieron algunas imágenes más, como son: plátano, casa, huerto, bailar, cantar, cepillo de dientes, cepillo, barro, teléfono, deporte, doctor y ambulancia. También se añadieron los pictogramas específicos de los talleres propuestos por el centro, como puede ser el de higiene, en el que aparecen las distintas acciones que se llevan a cabo en el baño, para arreglarnos. El taller del huerto, barro, reciclaje y manualidades. El de deportes adaptados. El de alfabetización, que lo identificaremos por el ordenador. Y otros pictogramas ubicados por el centro, como pueden ser el comedor, el aula de psicomotricidad, el de psicología, el de logopedia y el de fisioterapia, y el despacho del director del centro.

Todas y cada una de estas imágenes se han mostraron de manera detallada, denominándolas y repitiéndolas en las actividades mencionadas anteriormente.

Temporalización: 50 minutos.

(Anexo V)

Sesión 5

Para el desarrollo de la segunda fase de la intervención, se ocupó de la implantación del uso del /sí/ y el /no/, tanto en el repertorio habitual como para el uso del SAC. Para ello, se llevó a cabo una actividad en la que se utilizaron los colores, puesto que en informes anteriores se recogió que los tenía adquiridos.

La actividad consistió en colocar estos colores y denominarlos en voz alta mientras se sitúan, para luego hacerle peticiones sobre cada color, haciéndole colorear un cuadrado que contuviese restos de ese mismo color. Luego, la actividad se desarrolla en torno al /no/ y al /sí/ de manera que, en este orden para cada color: primero se le señalaba el esbozo de un color en concreto, por ejemplo amarillo. Luego, en caso de no haber respuesta, se pasaba a repetir el nombre del color en voz alta mientras se le seguía señalando el recuadro de ese mismo color. Cuando cogía el color equivocado, se le presentaba la imagen con la palabra /no/ y una imagen adjunta de un pictograma con la representación de la palabra y, además, se decía /no/ en voz alta. Su reacción era inmediata, devolviendo el color a su sitio. En los casos donde la respuesta era /sí/, se hacía el mismo procedimiento que con el /no/, además de tocarle un hombro o la mano, como refuerzo.

Temporalización: 55 minutos.

Sesión 6

Se comienza recordando la actividad de la sesión anterior, trabajando con el /no/ y el /sí/. Se repite la dinámica, pero cambiando los colores por algunos pictogramas que ya identifica o denomina. Para ello se utiliza un pictograma y un objeto real que lo represente, por ejemplo, un bote de mermelada y su dibujo. La dinámica es la siguiente: se le muestra la imagen y se le pregunta si es un bote de mermelada, para que ella utilice el /sí/ y el /no/. En los casos donde no hay respuesta, se le proporciona la correcta, para que lo repita.

Temporalización: 45 minutos.

Sesión 7

Eligiéndose los pictogramas más trabajados y con mejor respuesta por su parte, se pasa a trabajar la asociación e identificación de estos pictogramas con la realidad que representan. En esta primera sesión se escogen los siguientes: agua, beber, baño,

guagua, música y plátano. Y la dinámica consistió en señalar el pictograma mientras se denomina en voz alta y, acto seguido, se presentaba el objeto real. Repitiéndose el proceso varias veces.

Temporalización: 50 minutos.

(Anexo VI)

Sesión 8

Con los pictogramas de la sesión anterior, se plantea una actividad en la que, añadiendo algunos pictogramas más como son: comer, cepillo, piscina, bailar, el médico, y diferentes partes del cuerpo, etc. Empleando la técnica anterior, se procura la adquisición de la señalización de los pictogramas adecuadamente, para luego pasar a identificarlos con la realidad.

Temporalización: 45 minutos.

(Anexo VII)

Resultados

En relación a los objetivos planteados en un principio y con el desarrollo y evolución de las sesiones, dadas las condiciones y circunstancias habidas en su transcurso, los resultados hasta el momento han sido progresivos aunque no se haya conseguido finalizar la implementación.

En las sesiones desarrolladas se han abordado las dos primeras fases, en las que se trabaja en torno al proceso de adaptación para el posterior uso de este sistema de comunicación. En ellas, se decidieron plantear objetivos diarios dentro de cada sesión, además de dividir y adaptar las mismas a sus capacidades, condiciones y dificultades.

Los resultados de las cuatro primeras sesiones, fase de identificación y generalización de los primeros pictogramas, han sido positivos en cuanto al reconocimiento de los pictogramas que representan las palabras que utiliza con mayor frecuencia, como fueron: agua, mermelada, baño, chocolate y música. En el resto de sesiones, se introdujo la denominación, las peticiones y el señalamiento, a lo que respondió de forma heterogénea. Sus respuestas, tanto para las peticiones como para el señalamiento, fueron prácticamente nulas en las primeras sesiones, sin mostrar gran cambio en las siguientes. Esto, junto a la denominación es lo que ha dificultado el

avance en esta primera fase, puesto que sus alteraciones en la comunicación impiden el correcto desarrollo y progreso esperado para estas sesiones.

En cuanto a las cuatro sesiones restantes, donde se desarrolló la asociación e identificación de los pictogramas con la realidad que representan, y la implantación del /sí/ y el /no/, para el posterior uso del SAC, los resultados son tangibles en cuanto a la comprensión de los mismos, mientras que su uso se ha visto postergado. La asociación de los pictogramas con la realidad ha tenido buenos resultados en los pictogramas más habituales, mientras que en el resto se continúa trabajando. En relación al señalamiento y a las peticiones, se sigue trabajando para conseguirlo ya que posee buen gesto de señalar, pero le fallan, además de sus características personales, las habilidades cognitivas que establecen las conexiones necesarias entre querer algo, querer decirlo, poder decirlo y decirlo.

Cabe destacar que esta misma semana, en la última sesión, mientras se le mostraban los pictogramas ya añadidos a las láminas del SAC, ha señalado la representación del baño, a lo que se ha respondido con una pregunta: ¿quieres ir al baño?, y su respuesta consistió en mantener el contacto ocular. No se ha comprobado que esto se haya generalizado, pero es un claro progreso.

Como conclusión, decir que la intervención no obtuvo los resultados esperados en cuanto a la implementación del SAC por diferentes razones, como son sus características y condiciones personales, que a medida que se ha avanzado en las sesiones se han hecho más latentes, dificultando el progreso de las mismas. Asimismo, el tiempo total empleado en la intervención no ha sido el suficiente para abordar la 3º fase de la intervención, la implementación. No obstante, para cerciorar su progreso, se recomienda la continuación de la intervención y la generalización de este sistema, ya sea por parte de los profesionales del centro, como por los futuros logopedas que lleguen a él.

Bibliografía

Álvarez, V., & Moriyón, C. (2015). *Propuesta de Intervención para la enseñanza de un SAC a un niño con Síndrome de Down.* Valladolid : Universidad de Valladolid.

American Speech-Language-Hearing Association. (2017). *American Speech-Language-Hearing Association*. Recuperado el 25 de Mayo de 2017, de American Speech-Language-Hearing Association: http://www.asha.org/sitehelp/copyright/

De Alba Calván, C. (2015). *Habilidades de comunicación y promoción de conductas adaptadas de la persona con discapacidad.* Madrid: Paraninfo.

Díez, E. (2014). *Lingüística clínica de las discapacidades intelectuales. Síndrome de Williams, síndrome de Down y síndrome X-frágil. Madrid: Síntesis.*

Down España. (2014). *Down España*. Recuperado el 3 de Marzo de 2017, de Down España: http://www.sindromedown.net/

John Clibbens (2001). Signing and Lexical Development in Children with Down Syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*. 2001;7(3);101-105.

Lorenzo, S. (28 de Abril de 2015). *bekiapadres*. Recuperado el 25 de Abril de 2017, de bekiapadres: http://www.bekiapadres.com/articulos/sindrome-down-caracteristicas-tipos/

Portal Aragonés de Comunicación Aumentativa y Alternativa. (2017). *ARASAAC*. Recuperado el 3 de Abril de 2017, de ASARAAC: http://www.arasaac.org/

Rondal, J. A. (2007). Dificultades del lenguaje en el síndrome de Down: Perspectiva a lo largo de la vida y principios intervención. *Revista de Síndrome de Down* , vol. 23, 120-128.

Troncoso, M., & del Cerro, M. (2009). Síndrome de Down: lectura y escritura. *Fundación Iberoamericana Down21* , 15-26.

Tamarit, J. (1988): “Los trastornos de la comunicación en deficiencia mental y otras alteraciones evolutivas: intervención mediante sistemas de Comunicación Total” en Basil, C. y Puig, R. (Eds), Comunicación Alternativa. INSERSO, Colección Rehabilitación. Madrid.

Verdugo, M. A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. Siglo Cero, nº 153, 5-24.

Anexos

Anexo I: Consentimiento informado

ULL

Universidad de La Laguna

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Este documento intenta explicar todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de los datos en la participación del **Trabajo de Fin de Grado** (TFG) de la alumna **Coraima Lorenzo Hernández**, que consistirá en el desarrollo e implementación de un **Programa de Intervención** para potenciar la comunicación en su hija, y de las sesiones necesarias para ello. Léalo atentamente y consúltenos todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El trabajo que se realizará con su hija será con fines formativos y de desarrollo profesional para los logopedas que realizan su labor en el centro. La finalidad del Programa de Intervención, en este caso, va dirigida al aumento de la comunicación de su hija. Ya sea mediante un **Sistema Alternativo o Aumentativo de Comunicación** (SAAC), que tienen como objetivo aumentar y/o compensar las dificultades de comunicación y lenguaje de muchas personas con discapacidad.

Para desarrollar este programa se realizarán grabaciones de audio que se utilizarán como apoyo para las supervisiones que se realizan en el equipo profesional para asegurar la máxima eficiencia, eficacia y excelencia en la atención logopédica que se ofrece.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de este trabajo serán utilizados únicamente con fines de formación y solamente por parte del equipo de logopedas que desempeñan

ULL

Universidad de La Laguna

su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los mismos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea que su hija deje de colaborar en la realización de este Programa de Intervención y en las sesiones de logopedia, le rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento finalizará la realización de este trabajo con fines de formación y desarrollo profesional.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. Angela Torres Armas madre/padre/tutor legal de Gladys Esteves Torres He leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del Programa de Intervención a desarrollar durante el Trabajo de Final de Grado de la Alumna Coraima Lorenzo Hernández, y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que los datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para el equipo de logopedas del centro. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones,

ULL

Universidad de La Laguna

CONSIENTO la participación de mi hija en la elaboración y puesta en marcha del Programa de Intervención y de las sesiones logopédicas necesarias, y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En.....Seóanes....., a ....3.... de ..Marzo de 2012

Firmado: Angela F. Chamas

Don/Dña. _____

(Madre/padre/tutor legal)

Anexo II: Cuestionario de Calidad de Vida. Escala GENCAT

GENCAT. Escala de Calidad de vida

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas publicas, cines, teatros, museos, bibliotecas .)	4	3	(2)	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita	4	3	(2)	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social	1	2	(3)	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad	1	(2)	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita	4	(3)	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad	4	3	(2)	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio	(1)	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás	1	2	3	(4)

Puntuación directa TOTAL 19

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta)	(1)	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto	4	3	2	(1)
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano	4	3	2	(1)
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados	(1)	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	(4)	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad	(4)	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	(2)	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario .)	4	(3)	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información	4	(3)	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos	1	2	3	(4)

Puntuación directa TOTAL 24

5 / 6

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño	1	(2)	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita	4	3	2	(1)
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	(2)	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	(2)	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	(1)
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma	(4)	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar	1	(2)	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio hospitalaria, etc.)	1	2	3	(4)

Puntuación directa TOTAL 18

ITEM 36 si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas
ITEM 39 se le pregunta a la persona si aseada o no no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo
ITEM 40 si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente
ITEM 41 si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	(1)
44	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	(1)
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	(2)	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	(1)
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	(1)	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero	(1)	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	(1)	2	3	4
50	Organiza su propia vida	4	3	2	(1)
51	Elige con quien vivir	4	3	2	(1)

Puntuación directa TOTAL 10

ITEMS 43, 44 y 50. en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

4 / 6

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR MATERIAL

		Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad..)	1	2	3	(4)
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad	(4)	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita	4	3	2	(1)
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	(4)
23	El lugar donde vive está limpio	(4)	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas	4	3	(2)	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos	1	(2)	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	(2)	1

Puntuación directa TOTAL 23

ITEM 20 si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro

DESARROLLO PERSONAL

		Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	(1)	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, telefono móvil, etc.).	4	3	2	(1)
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	(2)	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	(1)	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable	4	3	2	(1)
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas	4	3	(2)	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual	4	3	2	(1)
34	Se muestra desmotivado en su trabajo	1	2	(3)	4

Puntuación directa TOTAL 12

ITEMS 29, 31 y 34. si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable y si se muestra desmotivado cuando las realiza.

3 / 6

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente	4	(3)	2	1
2	Presenta síntomas de depresión	1	2	(3)	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	(2)	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	(1)	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	(4)
6	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	(2)	1
7	Tiene problemas de comportamiento	1	2	(3)	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	(1)

Puntuación directa TOTAL 19

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	(1)
10	Mantiene con su familia la relación que desea	4	3	2	(1)
11	Se queja de la falta de amigos estables	1	2	3	(4)
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	(4)
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia	1	2	3	(4)
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja	(1)	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo	4	(3)	2	1
16	Manifiesta sentirse quendo por las personas importantes para él	4	(3)	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya	1	2	(3)	4
18	Tiene una vida sexual satisfactona	4	3	2	(1)

Puntuación directa TOTAL 25

ITEM 15 si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro
ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc

2 / 6

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Numero de identificación:

Nombre y apellidos: G.E.T

Informante: Madre

Fecha de aplicación: 27/04/2017

Baremo usado

- [ ] A — Baremo para la muestra general
- [ ] B — Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)
- [x] Baremo para personas con discapacidad intelectual
- [ ] D — Baremo para personas de otros colectivos (Personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT

1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
3. Introducir el Índice de Calidad de vida

Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional	19	7	
Relaciones interpersonales	25	8	
Bienestar material	23	4	
Desarrollo personal	12	4	
Bienestar físico	18	1	
Autodeterminación	10	4	
Inclusión social	19	7	
Derechos	24	1	
Puntuación estándar TOTAL (suma)		36	
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)		59	
Percentil del Índice de Calidad de vida			<1

Sección 1b Perfil de Calidad de vida

Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida
Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1

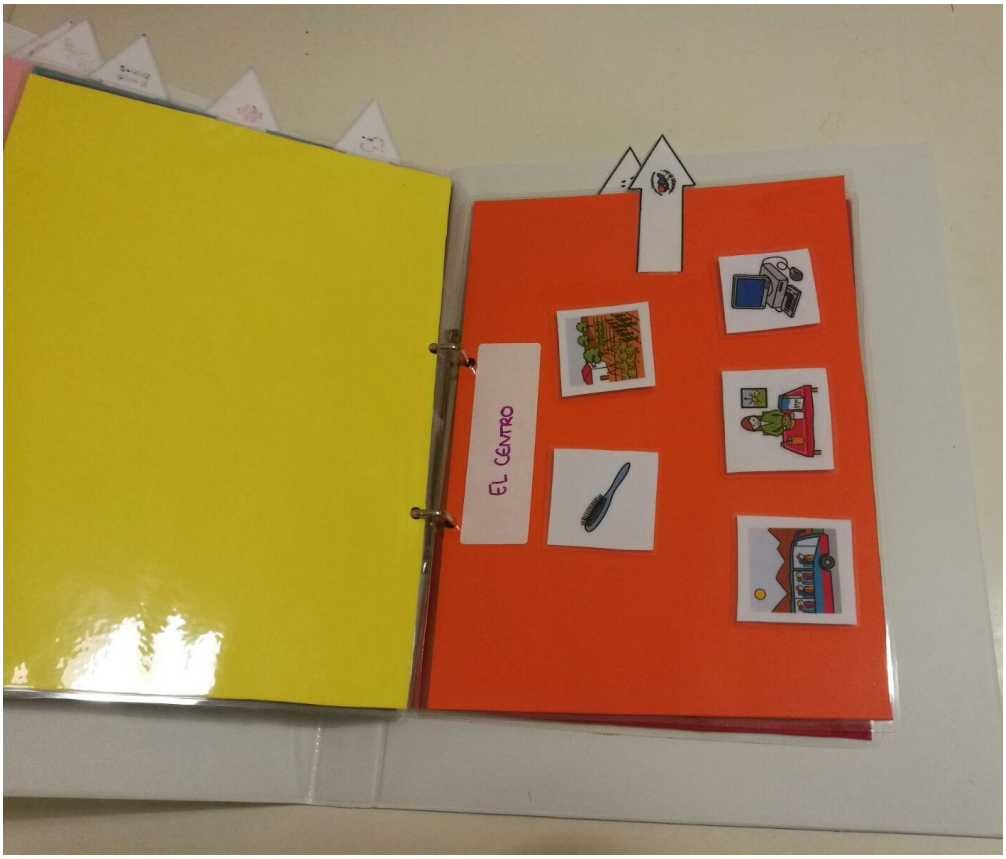
6 / 6

Anexo III: SAC (agenda de comunicación).

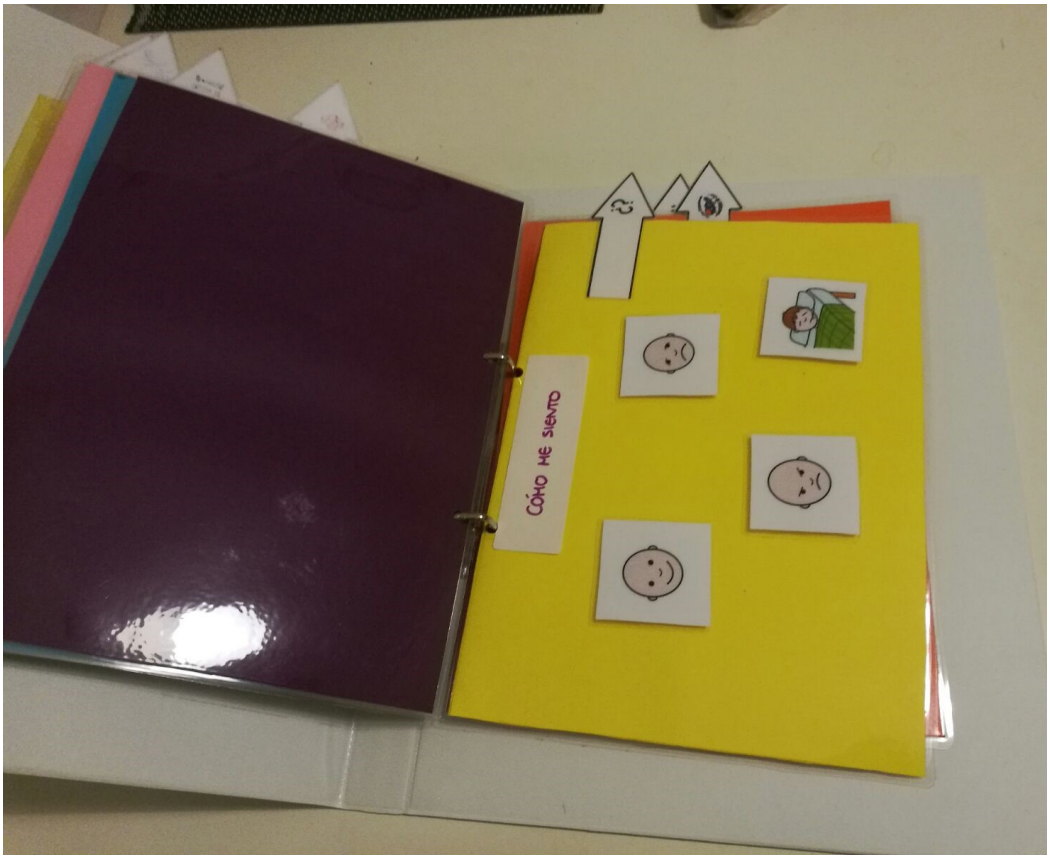
(Sobre ubicado en el interior de la agenda, para guardar los pictogramas)

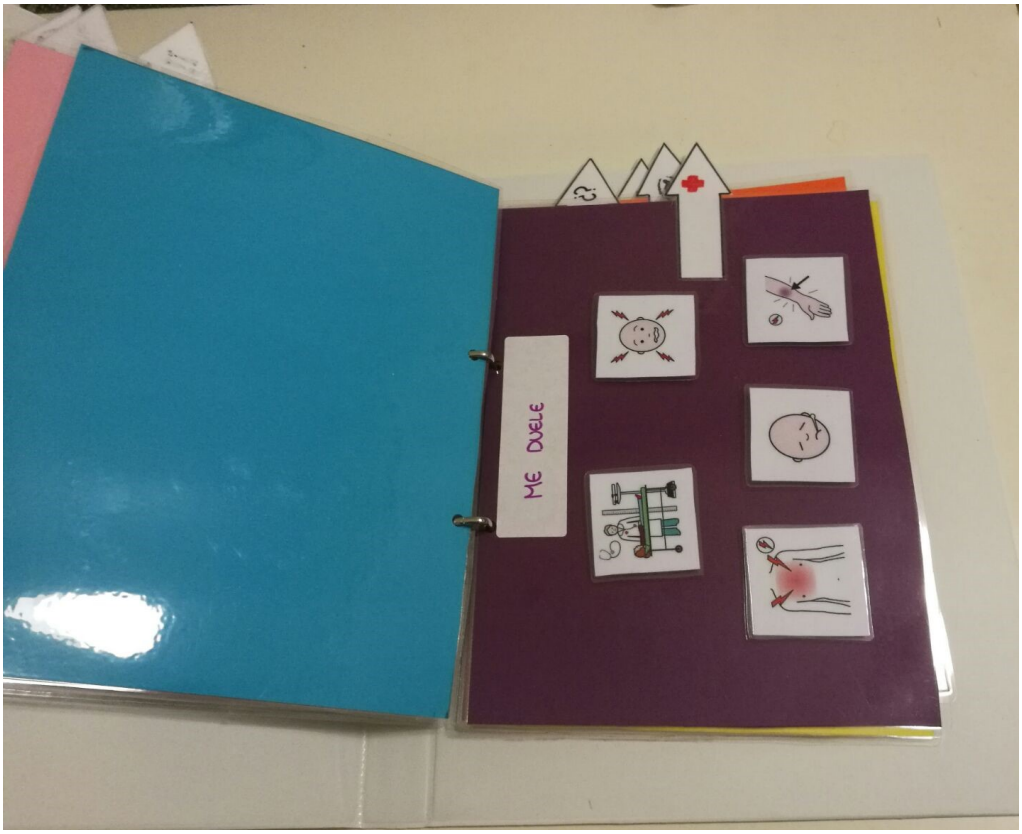
¿?
Sí/No

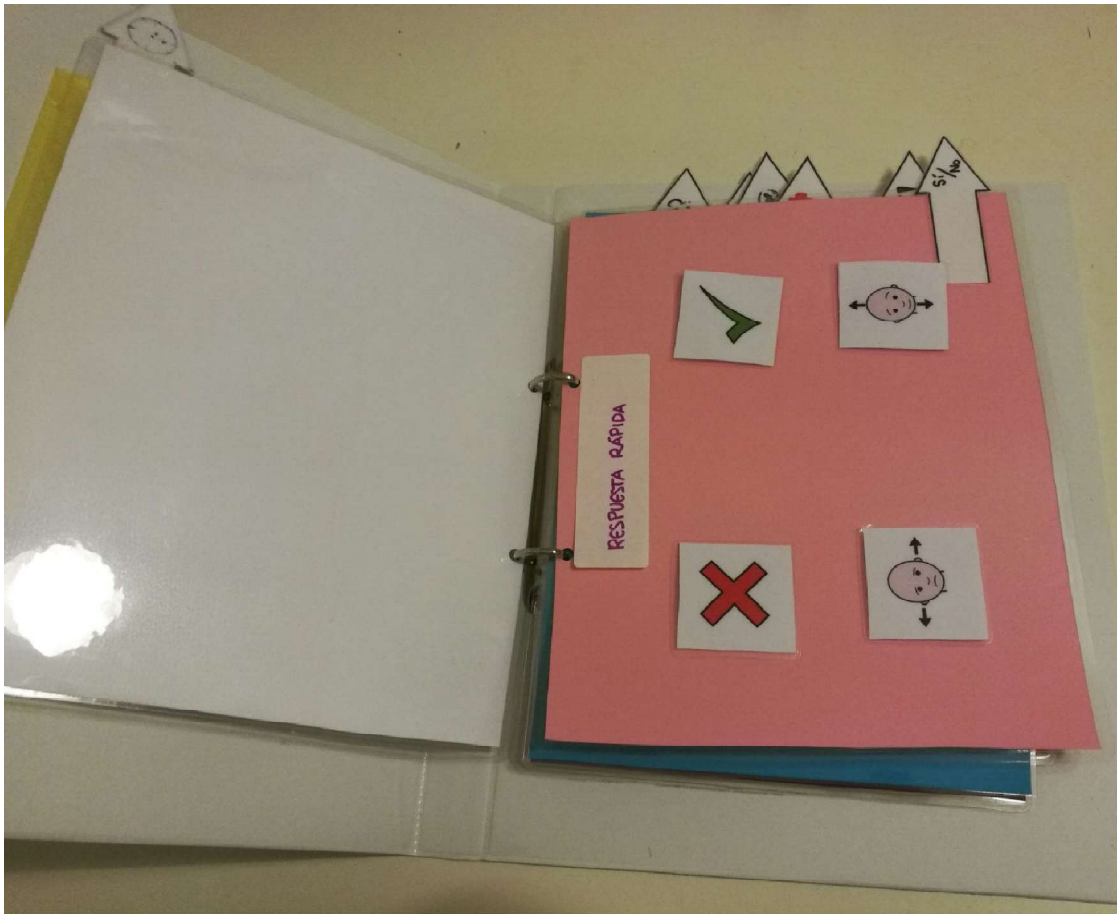
HOY / AHORA

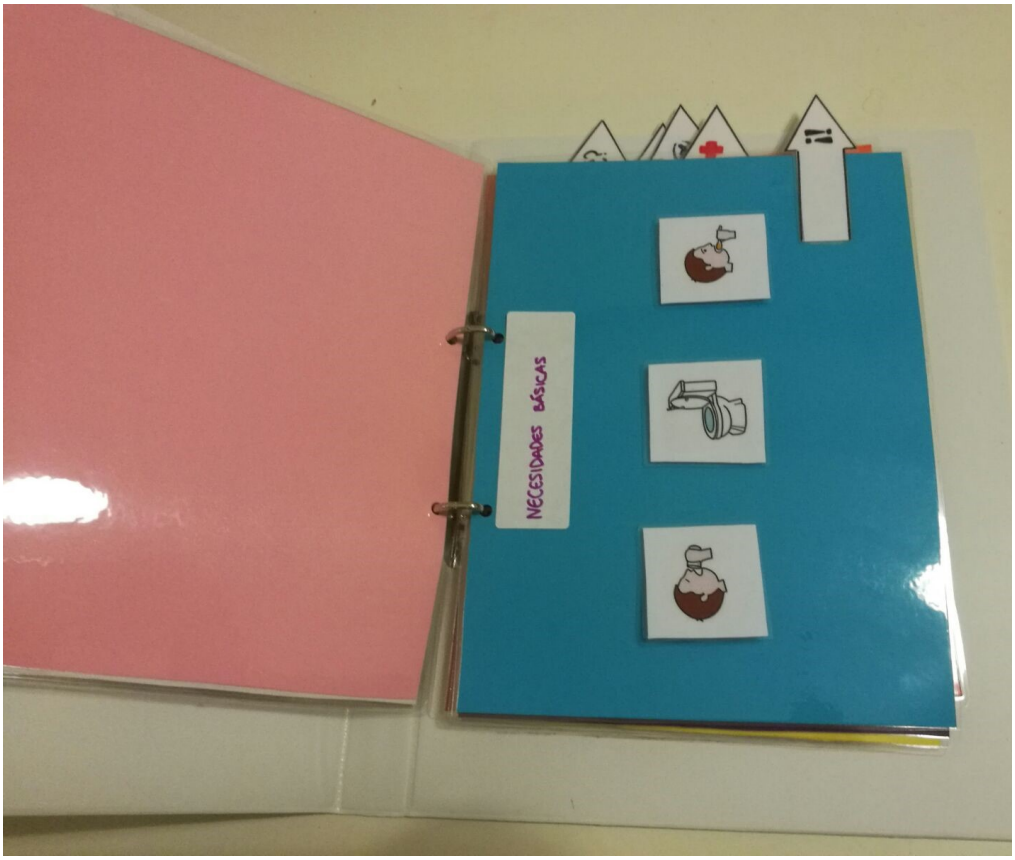

EL CENTRO

ME APETECE


CÓMO ME SIENTO

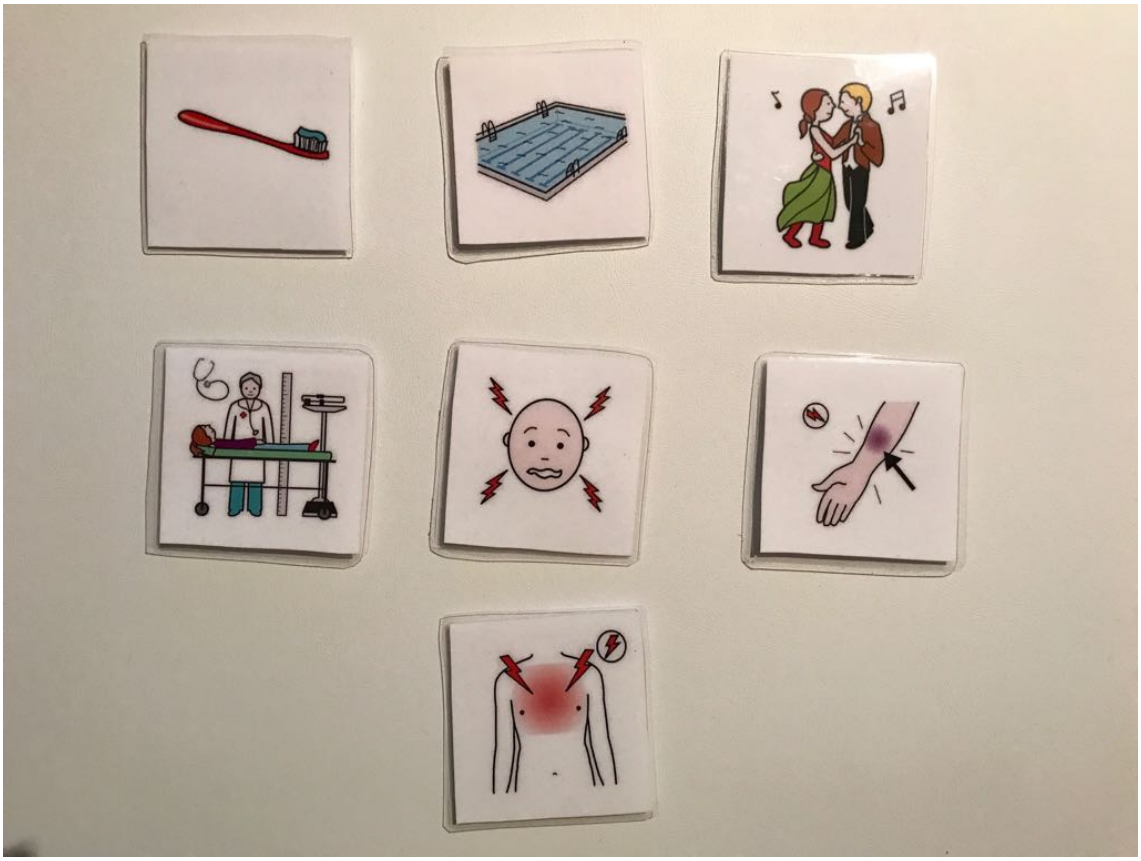

ME DUELE


RESPUESTA RÁPIDA
Sí/No


NECESIDADES BÁSICAS

Anexo IV: Sesiones 1, 2 y 3.

Anexo V: Sesión 4.

Anexo VI: Sesión 7.

Anexo VII: Sesión 8