



Evaluación Psicopedagógica del alumnado con discapacidad en sus diferentes perfiles

INICO Patricia Navas. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. INICO

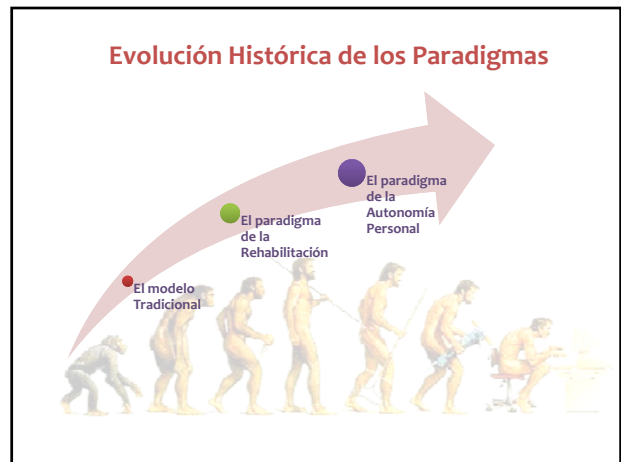


MÓDULO	CONTENIDO
Aproximaciones a la evaluación psicopedagógica de los alumnos con NEE	El modelo bio-psico-social y la perspectiva de derechos
Evaluación psicopedagógica de Necesidades Educativas Específicas I: DISCAPACIDAD INTELECTUAL	Finalidad del proceso de evaluación e importancia de los sistemas de diagnóstico. Modelo multidimensional de evaluación de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (2010). Recursos de trabajo y herramientas de evaluación
Evaluación psicopedagógica de Necesidades Educativas Específicas II: TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	Buenas prácticas en la evaluación y diagnóstico de los TEA
Evaluación psicopedagógica de Necesidades Educativas Específicas III: Otras necesidades educativas específicas	Altas capacidades, Enfermedades Raras.
Reflexión, preguntas y debate	


Módulo 1



El modelo bio-psico-social y la perspectiva de derechos



1. El modelo TRADICIONAL



- Se asigna a la PCD un papel de marginación orgánica-funcional y social. **Exclusión y segregación de las Pcd**
- ‘Dependencia y sometimiento’, ‘valoración-desvalorización’, **‘rechazo y protección’**,
- ‘Sujeto de asistencia’
- ‘Objeto de estudio psicológico, médico y pedagógico’,
- ‘Sujetos de protección o tutela’,

2. El paradigma de la REHABILITACIÓN

- ◆ Centra el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades. Se precisa de **rehabilitación** (física, psíquica o sensorial) mediante **intervención profesional especializada**
- ◆ El proceso de rehabilitación se mide por el **grado de destrezas funcionales logradas** o recuperadas y por un empleo remunerado.
- ◆ Concepción psicológica y médica rehabilitadora de la discapacidad.
- ◆ Ha supuesto una mejora en la calidad de la atención, pero ha creado servicios ‘para ellos’ (especialmente en el campo de la DI)

Problema El peso omnipotente del profesional en el proceso de rehabilitación. Relega a la PCD a un rol de cliente-paciente pasivo en su tratamiento y rehabilitación



3. El paradigma de la AUTONOMÍA PERSONAL (Accesibilidad)

EL MOVIMIENTO DE VIDA INDEPENDIENTE: Denuncian la situación de marginalidad y dependencia del sujeto ante su proceso de rehabilitación (su rol de cliente o paciente)



Limitación: deja de lado la perspectiva individual, sin hacer énfasis en los apoyos que cada persona pudiera necesitar

4. El Modelo Social y Ecológico

La discapacidad no es algo fijo o dicotómico

Es fluida, continua y cambiante de acuerdo con las limitaciones funcionales de la persona, sus capacidades y de los apoyos disponibles en su entorno.

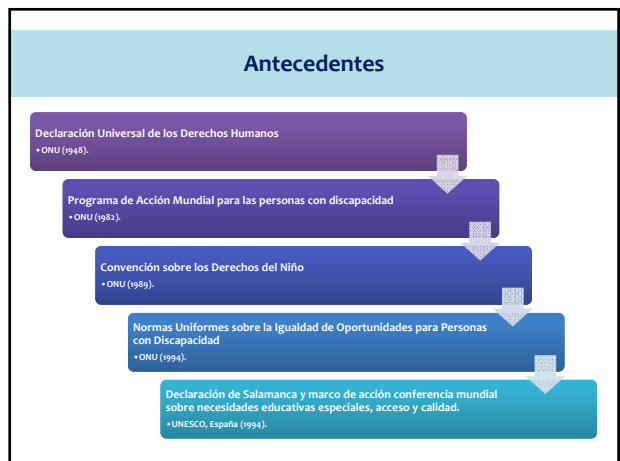
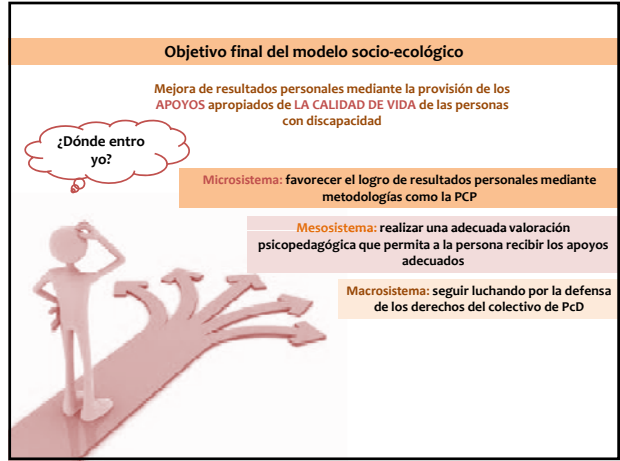
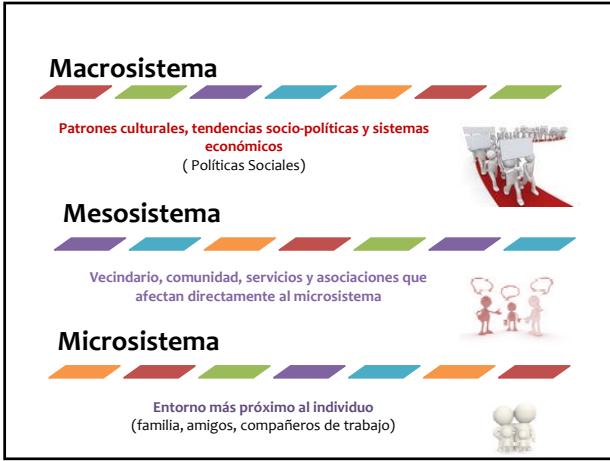


Se disminuyen las limitaciones funcionales proporcionando intervenciones, servicios o apoyos que se centran en el comportamiento adaptativo, el estatus comunitario, y el bienestar personal.

4. El Modelo Social y Ecológico

Impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y determinado por la creciente importancia de variables sociales y contextuales en la comprensión de la discapacidad






La Convención (ONU, 2006)

¿Qué supone?

- Es el primer tratado de Derechos Humanos que ha sido adoptado en el siglo XXI
- Es un instrumento jurídicamente vinculante para hacer valer los derechos de 650 millones de personas, el 10% de la población mundial
- Es el tratado internacional negociado de manera más rápida en la historia en el que participaron colectivos de personas con discapacidad, instituciones y familiares

Resumen



Propósito	Ámbitos	Marca un cambio
<ul style="list-style-type: none"> • es promover, proteger y garantizar el disfrute de los derechos humanos por las personas con discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, y la igualdad y la no discriminación 	<ul style="list-style-type: none"> • en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de Derechos Humanos

Artículo 12. Igual reconocimiento de la persona ante la Ley



Capacitar para el ejercicio de derechos

Rebaja de la incapacidad para el reconocimiento de la personalidad jurídica (FEAPS, 2011)

Human Rights, YES!

Defendemos nuestros derechos en el día a día (FEAPS, 2010)

Cursos sobre derechos por y para personas con discapacidad

Posibilitar el conocimiento de derechos


Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad adaptada para personas que utilizan sistemas pictográficos de comunicación (Delgado, 2010)

La Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad vista por sus Protagonistas (Down España, 2010)



Algunos ejemplos

Defendemos nuestros derechos en el día a día



IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

Todas las personas son iguales ante la Ley y la discapacidad no es un motivo para discriminar.

Me fero Pedro y tengo 45 años. Fui a Canarias el verano pasado. Cuando pasé las vacaciones con mi hermano, los avión no me querían dejar pasar solo. Decían que necesitaba ir acompañado de un familiar. Al final les convenci de que puedo viajar solo y que tengo derecho.

¿Qué consecuencias tiene esta situación?

Cuando Pedro consiguió que le dejaran volar solo, se sintió muy bien. Además, el resto de viajeros le dieron la razón. Algunos de los viajeros lo animaron a que siguiera luchando por defender los derechos.

Otros ejemplos parecidos:

- Fui con unos amigos a la discoteca. Nos dejaron entrar sin problema. Pero cuando estábamos dentro, algunos clientes se quejaron porque decían que molestábamos. ¡Solo estábamos bailando! Entonces el dueño nos dijo que teníamos que irnos. Antes de irnos pedimos una hoja de reclamaciones.
- No me gusta que mi hijo reciba un trato diferente en el colegio (por tener discapacidad). Yo le prestan los suficientes apoyos y los niños del colegio tienen una visión negativa de él.

¿Qué puedes hacer tú?

Piensa en tu propia experiencia. ¿Alguna vez te has sentido discriminado como Pedro? ¿No te has dejado viajar, o entrar en algún sitio por tener discapacidad?

Al final de esta Guía en el capítulo 8 tienes un cuadro de trabajo con distintos materiales (fichas, cuestionarios...). Estos materiales pueden ayudarte a pensar si alguna vez te ha pasado algo parecido.

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 FECHA DE HOY: _____

SITUACIONES

SITUACIONES	SIEMPRE	SIEMPRE
Puedo besar a mi pareja sin que me reñan.		
En el lugar donde vivo (casa o residencia), puedo hacer cosas para andar y colaborar.		
Cuando voy al médico, me habla a mí y no a mi acompañante. También me escucha a mí.		
Yo controlo mi dinero.		
Me tratan como a una persona adulta.		
En mi tiempo libre, si quiero, puedo quedar con mis amigos.		
Voy a votar y voto a quién quiero.		
Yo decido a qué hora me voy a la cama.		
Los profesionales de mi centro, me piden permiso antes de consultarme cosas más a mi familia.		
Yo decido qué actividades hacer en mi tiempo libre.		
Cuando me estoy duchando, nadie entra sin mi permiso.		
Si mi pareja me pega o me falta al respeto, sé qué hacer para defenderme.		
Tengo un lugar para estar tranquilo y a solas.		
Tengo oportunidad de hacer cosas fuera de mi casa o residencia, en vez de estar siempre metido en ella.		
Mis opiniones se tienen en cuenta.		
Me dicen por adelantado las cosas que me van a afectar. Tengo información de avisarme.		

Hay un total de 16 frases. Cuenta y apunta:
 Número de frases coloreadas en verde: _____
 Número de frases coloreadas en rojo: _____

¿En qué Lugar/Centro lo Servicio?	Dibujo de la situación	Cosas o situaciones que gustan o que son correctas	Cosas o situaciones que molestan o que queremos cambiar
En casa, con mi familia	Despertarse		Yo, como el resto de la gente, quiero levantarme más tarde los fines de semana.
En casa, con mi familia	Vestirse		No me parece bien que no me dejen escoger qué ropa ponerme.
En casa, con mi familia	Ducharse	Me gusta tener tiempo para ducharme tranquilamente.	
En casa, con mi familia	Desayunar		No hay derecho a que desayune todos los días lo mismo, quiero cambiar.
En casa, con mi familia	Preparar el desayuno		Mis padres no me dejan prepararme el desayuno sola ya mi hermano sí.

La Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad vista por sus Protagonistas

Artículo 5 Igualdad y no discriminación

Descripción de situaciones de vulneración La percepción subjetiva

“ Jesús, un amigo con síndrome de Down, quería pasar una noche en un hotel, pero la trabajadora del hotel le dijo que le hacía falta el carné de identidad y la tarjeta de crédito y que no podía reservarle la habitación. Después llegó otro cliente, y a él no le pidió nada, lo dejó reservar. Jesús cuando vino como que no lo habían querido reservar porque, como lo venían con discapacidad, creían que no podía pagar y que al otro hombre lo habían atendido sin preguntarle el número de tarjeta pero a él, que tiene discapacidad, no le han atendido como habían debido. Esto pasó porque vieron que tenía discapacidad. Yo creo que si hubiera ido una persona con discapacidad intelectual que hubiera hablado bien y no se le hubiera notado mucho la discapacidad, creo que le hubieran dejado reservar.”

Fulgencio Cerdán
 FULGONIA, HAMBURG

“ Yo fui con un compañero que tiene síndrome de Down o la discapacidad y no lo dejaron entrar por tener discapacidad, y esto me generó ira. Los porteros, muchas veces, se fijan en los rasgos físicos. Muchas veces en las discotecas, en las bares, o los síndromes de Down no los dejan entrar porque creen que son personas que van a mostrar folletos o que no van a saber bailar. Esto es lo que pienso la sociedad muchas veces. Si una persona tiene la cara que es perfecta, que es guapo, entonces puede pasar, pero si ven una persona que tiene algo raro o lo mejor es lo dejan entrar en varias sillas.”

Antonio Almagro
 FULGONIA, HAMBURG

24 EDWIN ESPAÑA, La Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad vista por sus protagonistas

Artículo 12 IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY

Convención sobre los derechos de las PCD adaptada para personas que utilizan sistemas pictográficos de comunicación

TODAS LAS PERSONAS SON IGUALES ANTE LA LEY

LOS ESTADOS PARTES GARANTIZARÁN EL DERECHO A SER PROPIETARIO A HENDEAR A CONTROLAR SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y TENER ACCESO A ACTIVIDADES BANCARIAS EN IGUALDAD DE CONDICIONES

Artículo 19. Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad



- Como señala Seoane (2011), si la autonomía es un objetivo, la vida independiente es el instrumento para poder desarrollarla, y de ello se deriva la necesidad de no priorizar, sobre otras formas de vida independiente, la institucionalización de las personas con discapacidad siempre y cuando ésta no sea la opción elegida por ellas (Aguirre, 2011)



Algunos ejemplos

Arduin.nl

Home | Publicaciones | Contact

Emancipation and Self-determination of People with Intellectual disabilities and Downsizing Institutional Care

(This chapter is based on: Van Lee, J., & Van Hove, G. (2011). Emancipation and self-determination of people with learning disabilities and down-sizing institutional care. *Disability & Society*, 25(2), 233-254.)

Abstract

In Arduin, an organization for services to people with intellectual disabilities in the Netherlands, the emancipation and self-determination of people with intellectual disabilities has been positively adopted as fundamental in order to secure the best possible quality of life of the clients. The client is being encouraged in several ways in a development from a position of dependence towards self-determination. The services provided by the organization had to be adjusted accordingly and are also going through a transition from 'providing a total care service' towards 'offering the support that the client desires'. In this article the background and developments in perception are being outlined, and those dimensions in quality of life are elaborated that are seen as most essential in the innovation: inclusion, self-determination and personal development. The choices that were made as a consequence in Arduin and most fundamental the choice to dismantle the institution are described.

¿Quieres vivir independiente?

¿Vives con tus padres y quieres dar el paso de ir a vivir a un piso propio, solo, con amigos o con tu pareja?

¿Vives en una residencia con otras personas y te gustaría vivir en un piso propio y poder tomar tus decisiones?

Si quieres, podemos ayudarte a:

- Buscar soluciones y tomar la decisión con tu familia o personas de confianza.
- Buscar piso y ponerlo a punto.
- Salir adelante con tu proyecto de vida independiente.

Tú eliges dónde quieres vivir y con quién, y nosotros te damos los apoyos que necesitas.

Te enseñaremos a llevar la casa, hacer la compra, cocinar, organizar la agenda con las actividades, los médicos, las fiestas, a planificar tus gastos, la luz, el agua, el teléfono, el alquiler, etc.

Si quieres información, LLAMA al teléfono 93 215 74 23 y cuando oigas el contestador automático, marca el número 9.

¡¡Te atenderemos con mucho gusto!!

Artículo 23. Respeto del hogar y la familia



Adultos:

- contraer matrimonio y fundar una familia;
- decidir el número de hijos que quieren tener;
- tener acceso a educación sobre reproducción y planificación familiar;
- mantener su fertilidad;
- la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares.

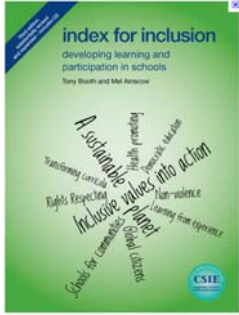
Infancia:

- prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los menores con discapacidad;
- evitar la separación de sus padres contra su voluntad
- proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar, cuando la familia inmediata no pueda cuidar del menor con discapacidad.

Artículo 24. Educación

- los Estados Partes deben asegurar un sistema de educación inclusivo que garantice que las personas con discapacidad puedan desarrollar su potencial humano en las distintas etapas educativas mediante la realización de los ajustes razonables y la provisión de apoyos
- **EDUCACION INCLUSIVA: Index for Inclusion** (Booth y Ainscow, 2011)

'tenemos que empezar a evaluar lo que importa, y dejar de dar tanta importancia a lo que evaluamos'



Artículo 29. Participación en la vida política y pública

(a) asegurar que puedan participar de forma plena y efectiva en la vida política y pública, incluyendo su derecho a votar y a ser elegidas (lo que conlleva, entre otras medidas, garantizar la accesibilidad de instalaciones y materiales);

Campaña #mivotocuenta
organizada por FEAPS (2011)

↓

(b) promover un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en los asuntos públicos.

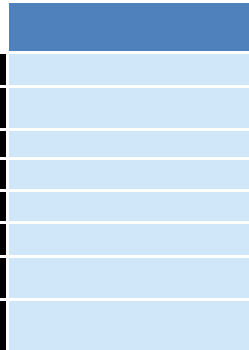



Reflexionando...



Por favor, espere

- ¿QUIÉN RECIBE EL APOYO?
- ¿DÓNDE LO RECIBE?
- ¿QUÉ SE PLANIFICA EN LOS SERVICIOS?
- ¿QUIÉN TOMA LAS DECISIONES?
- PRINCIPALES PRIORIDADES DE LA INTERVENCIÓN
- ¿CUÁL ES EL MODELO QUE SEGUIMOS?
- ¿EL OBJETIVO?
- ¿QUÉ DETERMINA LA CALIDAD DE NUESTRO TRABAJO?



	INSTITUCIONAL	DESINSTITUCIONALIZACIÓN	PERTENENCIA COMUNITARIA
¿QUIÉN LO RECIBE?	Paciente	Cliente	Ciudadano
¿DÓNDE?	Una institución	Una vivienda protegida, taller, escuela especial, clase	En su casa, empleo en la comunidad, escuela del barrio
¿QUÉ SE PLANIFICA EN LOS SERVICIOS?	Un plan de cuidados	Un plan individual de habilitación	Un plan personal de futuro
¿QUIÉN TOMA LAS DECISIONES?	El especialista	El equipo interdisciplinar	La persona con su círculo de apoyos
PRINCIPALES PRIORIDADES	Necesidades básicas	Habilidades y control del comportamiento	Autodeterminación, relaciones
¿CUÁL ES EL MODELO?	Custodia/médico	Evolutivo/Conductual	Apoyo individual
¿EL OBJETIVO?	Control o curación	Cambiar la conducta	Cambiar el ambiente y las actitudes
¿QUÉ DETERMINA LA CALIDAD?	La práctica profesional y el nivel de cuidados	La realización de programas y objetivos	La calidad de vida de la persona

Recursos Modulo I



Modelos en la atención a las personas con discapacidad

Verdugo, M. A. (2003). La concepción de discapacidad en los modelos sociales. En Verdugo, M.A., Jordán de Urríes, F. B. (Coords.), Investigación, innovación y cambio: V Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad (pp. 235-247). Salamanca: Amarú.

Perspectiva de Derechos

Navas, P., Gómez, L. E., Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2012). Derechos de las personas con discapacidad intelectual: Implicaciones de la Convención de Naciones Unidas. Siglo Cero, 43(3), 7-28.

FEAPS. Guía 'Defendemos nuestros derechos en el día a día'

Echelta, G. (2010). Alejandra L.S. o el dilema de la inclusión educativa en España. En P. Amaiz, M. Hurtado y F. J. Soto (Coords.), 25 años de integración escolar en España: tecnología e inclusión en el ámbito educativo, laboral y comunitario (pp. 1-11). Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo, y Universidad de Murcia.

<http://sid.usal.es>

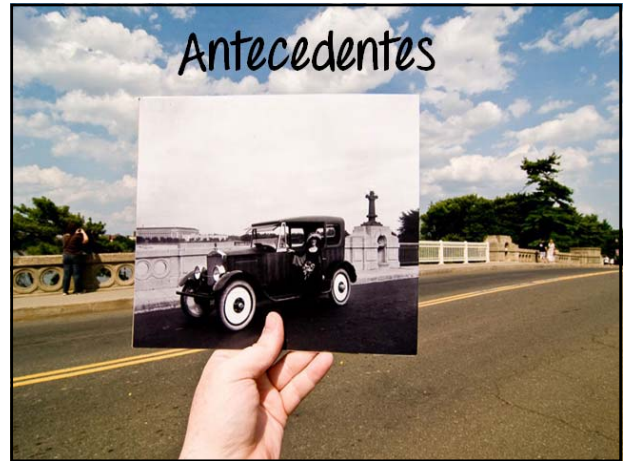


Módulo 2



Evaluación psicopedagógica de necesidades educativas específicas I:
Discapacidad Intelectual

Antecedentes




Cambios en el modo de entender la DI

Retraso Mental

- Discapacidad como defecto de la persona
- Discapacidad como rasgo inherente. Aproximación categórica (tener vs no tener discapacidad)

Discapacidad Intelectual

- Discapacidad como grado de ajuste entre las capacidades de la persona y el entorno que le rodea
- Discapacidad Intelectual como estado de funcionamiento (discapacidad como condición cambiante)



Definición Operativa

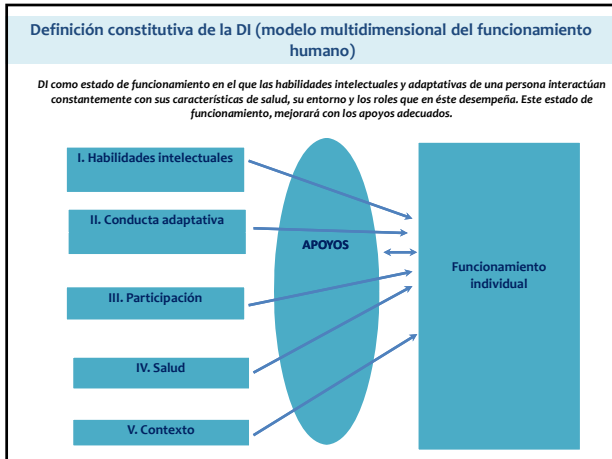
La Discapacidad Intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en funcionamiento intelectual y en conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años



11ª Edición de la definición de discapacidad Intelectual (Schalock et al., 2010)

Trastorno Neuroevolutivo (junto con TC y TEA)
¿Trastorno del Desarrollo Intelectual?

Pero no sólo estos criterios definen la DI, sino que hemos de tener en cuenta una perspectiva ecológica y multidimensional de la DI

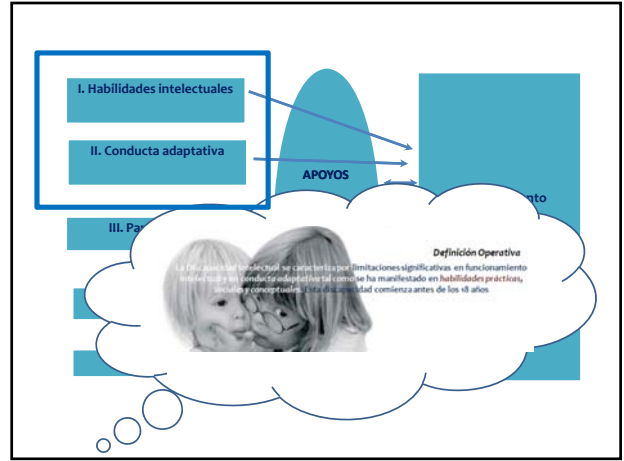
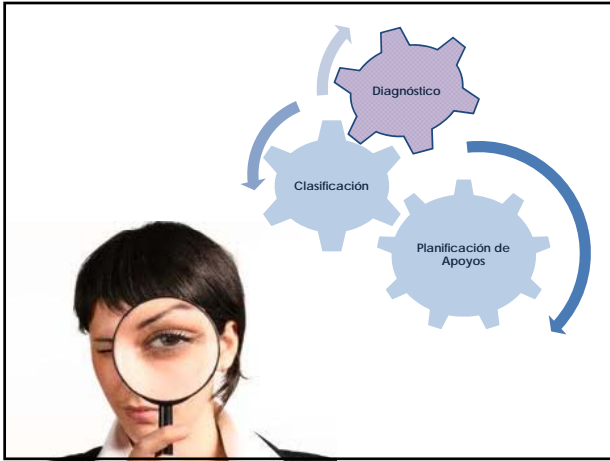


- ### Pero antes...
- 1 • Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
 - 2 • Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales
 - 3 • Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
 - 4 • Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

5 • Las limitaciones coexisten con CAPACIDADES

NOMBRE:	Martín
ESPECIALIDAD:	Cierrapuertas
HABILIDAD:	8,8
CONCENTRACIÓN:	20/25

<https://www.youtube.com/watch?v=fCoBkitWYFg>



1er Criterio Diagnóstico: Funcionamiento intelectual

... es una *capacidad mental general*.

Incluye el razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje rápido y aprendizaje por experiencia.

! Las limitaciones en el funcionamiento intelectual han de ser evaluadas teniendo en cuenta el resto de dimensiones del funcionamiento humano: **conducta adaptativa, contexto, salud, participación**

• Aunque lejos de ser perfectas, las puntuaciones de CI constituyen la **mejor representación del funcionamiento intelectual**

Funcionamiento intelectual

Criterio Diagnóstico para considerar que existen limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual: un resultado que se encuentra **aproximadamente** 2 desviaciones típicas por debajo de la media (100) en una medida **estandarizada** del funcionamiento intelectual

Buenas prácticas en la evaluación del funcionamiento intelectual

- 1 Tener en cuenta el ETM del test utilizado
ETM de 3 a 5 puntos
Utilizar intervalo de confianza estadística (1 ó 2 ETM) a la hora de informar sobre la puntuación CI
ETM 4: 66-74; 62-78
- 2 Administración individual de la prueba vs grupo
Consideraciones a la hora de comparar puntuaciones
- 3 Imparcialidad del test
Pruebas verbales vs. No verbales
-Grupo cultural.
Población con la que se estandarizó la prueba
- 4 Efecto de la práctica y efecto Flynn
No administrar la misma prueba en más de 1 ocasión durante el mismo año
¿Incremento en CI de 0.33 por año? Baremos actualizados

Funcionamiento intelectual

¿Qué instrumentos de evaluación utilizar?

WPPSI-III. Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria

WISC-IV. Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños

Escalas Bayley de Desarrollo Infantil. BSID*

K-ABC. Batería de Evaluación Kaufman para niños*

Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños*

TONI-2. Test de Inteligencia No Verbal*

Test de Matrices Progresivas de Raven



2º Criterio diagnóstico: Conducta Adaptativa

La conducta adaptativa constituye el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria y es una condición **NECESARIA** (aunque no suficiente) para el diagnóstico de discapacidad intelectual



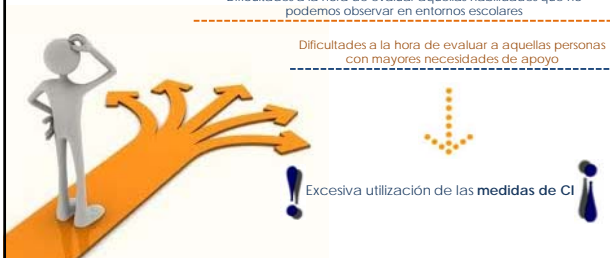
Dificultades a la hora de evaluar habilidades de adaptación social

Problemas a la hora de conceptualizar y comprender qué entendemos por conducta adaptativa

Escasez de instrumentos de evaluación de conducta adaptativa

Dificultades a la hora de evaluar aquellas habilidades que no podemos observar en entornos escolares

Dificultades a la hora de evaluar a aquellas personas con mayores necesidades de apoyo



Problemas a la hora de conceptualizar y comprender qué entendemos por conducta adaptativa: **DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Incrementa en complejidad con la edad

Es multidimensional: social, conceptual y práctica

Depende del contexto, grupo cultural y de las oportunidades para participar en la comunidad

Refleja el comportamiento cotidiano y en entornos comunitarios

Posibilidad de presentar limitaciones significativas en una medida general de conducta adaptativa o bien en habilidades sociales, conceptuales o prácticas



La presencia de **PROBLEMAS DE CONDUCTA** no implica limitaciones significativas en conducta adaptativa.
Dimensión **SALUD**



Evaluación diagnóstica de la conducta adaptativa

Medidas baremadas sobre la población general (con y sin discapacidad intelectual) para evaluar la conducta adaptativa, siendo el criterio diagnóstico el de ± 2 desviaciones típicas por debajo de la media.

- En habilidades conceptuales, sociales o prácticas
- En una medida estandarizada de todas ellas
- Déficits de adquisición
- Déficits de desempeño

Tener en cuenta que la conducta adaptativa de la persona con DI puede verse influida por la disponibilidad de oportunidades, por factores culturales así como por la presencia de discapacidades de tipo físico que pudieran limitar el desempeño de una actividad concreta.

Entrevista semi-estructurada con dos o más informantes, que conozcan en profundidad a la persona con DI y tengan la oportunidad de observarla en una amplia variedad de contextos y situaciones diarias.

Escalas Vineland de Conducta Adaptativa

Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa ABAS-II

Escalas de Conducta Adaptativa de la AAMR ABS-S-2

Inventario para la planificación de servicios y la programación individual

ICAP

Evaluación diagnóstica de la conducta adaptativa

aaidd American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

D.A.B.S. DIAGNOSTIC ADAPTIVE BEHAVIOR SCALE

STANDARDIZATION VERSION

USER'S MANUAL

Evaluación diagnóstica de la conducta adaptativa

HABILIDADES CONCEPTUALES
lenguaje, lectura y escritura, conceptos relativos al dinero, el tiempo, números y medidas, autodirección, solución de problemas

HABILIDADES SOCIALES
Relaciones interpersonales, RESPONSABILIDAD SOCIAL, AUTOESTIMA, INGENUIDAD, PRUDENCIA, seguimiento de reglas/normas, modales y resolución de problemas sociales.

HABILIDADES PRACTICAS
actividades de la vida diaria (cuidado personal), manejo del dinero, seguridad, habilidades ocupacionales, viajes/desplazamientos, cuidado de la salud, y programación/rutinas

La Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS)



Ejemplos de habilidades conceptuales

LENGUAJE

1 Responde a preguntas con una cantidad apropiada de detalles	0	1	2	3	NA
2 Hace preguntas apropiadas al contexto o situación ("¿Qué es eso?")	0	1	2	3	NA
3 Participa en conversaciones con otras personas sobre temas de interés compartido	0	1	2	3	NA
4 Sigue instrucciones verbales	0	1	2	3	NA



Si la persona emplea algún SAAC, ha de evaluarse el desempeño de la habilidad con la tecnología disponible en uso



LECTURA Y ESCRITURA

28 Ordena palabras alfabéticamente	0	1	2	3	NA
30 Lee periódicos, libros u otros documentos	0	1	2	3	NA
32 Escribe su nombre, copiándolo de un ejemplo	0	1	2	3	NA

Ejemplos de habilidades sociales

DEFENSA

41 Se resiste cuando alguien le insta a hacer algo ilegal o que está mal	0	1	2	3	NA
42 Evita las relaciones dañinas o de explotación	0	1	2	3	NA
43 Reconoce las señales que indican cuándo alguien podría querer hacerle daño	0	1	2	3	NA
44 Toma precauciones para estar a salvo de intrusos en su casa (cierra las ventanas, cierra las puertas, no abre la puerta a extraños)	0	1	2	3	NA

MOCALES

62 Responde a insinuaciones o señales sociales indirectas en una conversación (bostezos mirando el reloj)	0	1	2	3	NA
63 Dice 'gracias', 'lo siento', 'disculpe' etc., cuando es oportuno	0	1	2	3	NA
64 Dice 'hola' y 'adiós' cuando llega y se va	0	1	2	3	NA
65 Muestra interés por los sentimientos de los demás	0	1	2	3	NA



Estas habilidades más 'complejas' parecen discriminar muy bien entre personas sin DI y personas con DI ligera (facilitan el diagnóstico de esta última)

Ejemplos de habilidades prácticas

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

1 Completa todos los pasos del cepillado de dientes	0	1	2	3	NA
2 Regula la presión de agua del grifo	0	1	2	3	NA
3 Regula la temperatura del agua del grifo	0	1	2	3	NA
4 Se lava la cara	0	1	2	3	NA

MANTENIMIENTO DE UN ENTORNO SEGURO/SEGUREAD

47 Comprueba si los líquidos/comidas queman antes de beberlos/comerlos	0	1	2	3	NA
54 Tiene precaución con los enchufes	0	1	2	3	NA
55 Actúa con precaución ante superficies calientes	0	1	2	3	NA
60 Diferencia los objetos potencialmente peligrosos de aquellos que son seguros	0	1	2	3	NA



Puntuar a la persona contando con sus ayudas técnicas

Tener en cuenta si la persona ha tenido la oportunidad de llevar a cabo las distintas actividades planteadas en un contexto similar al de sus iguales sin sospecha de DI. Si se desconoce, no 'adivinar'. Consultar con otras fuentes de información (padres) o puntuar con NA (No Aplicable)

Evaluación diagnóstica de la conducta adaptativa

Conducta Adaptativa como conjunto de habilidades que se van adquiriendo con la edad

n = 388
 n = 371
 n = 288

Participantes

Criterios de inclusión: personas con y sin DI con edades comprendidas entre 4 y 21 años que llevarán al menos 2 años viviendo en nuestro país

Personas evaluadas n = 1.047
 525 sin DI 522 con DI

Entrevistadores n = 173
 Informantes n = 773

Sólo 32 personas con DI con alguna evaluación de CA

Evaluación diagnóstica de la conducta adaptativa

75 ítems/versión

- Da indicaciones o instrucciones precisas para ayudar a otras personas.
 Cuenta experiencias de forma narrativa [cuenta historias].
 Escribe notas o mensajes cortos.
 Ordena de mayor a menor las monedas de 1, 5, 10, 20 y 50 centimos de euro.
 Se organiza para ir a un evento o actividad que le gusta.
- Participa en conversaciones sobre temas que son de interés para otras personas.
 Se defiende de ataques verbales.
 Sabe en quién confiar cuando ha de tomar una decisión importante.
 Lee y obedece las señales habituales [No pasar, Salida o Stop].
 Espera su turno cuando quiere usar un objeto que está utilizando otra persona.
- Tiene precaución con los enchufes.
 Dice a otras personas cuándo no se encuentra bien.

Percentiles

p50 ↓ 89,03% con DI ↑ p50 11 % con DI

p50 ↓ 96,7% con DI ↑ p50 3,3 % con DI

p50 ↓ 87,2% con DI ↑ p50 12,8 % con DI

Buenas Prácticas en la Evaluación Diagnóstica de la Conducta Adaptativa

Necesidad de realizar la evaluación mediante entrevista y contando con la participación de más de un informante que a su vez, tenga la oportunidad de observar a la persona con DI en contextos y entornos vitales diversos. Evitar autoinformes (aquiescencia y enmascaramiento de la discapacidad)



Debido a que las distintas fuentes de información, proporcionarán datos sobre un comportamiento que es observado exclusivamente en su entorno, puede que no sean totalmente consistentes entre sí

¿Características del Entorno?

¿Grupo de Referencia?

¿Estrés como fuente de variación?

Tener en cuenta el grupo cultural, las oportunidades disponibles para poner en marcha las habilidades, así como tecnologías de apoyo

Tener en cuenta las características del Test utilizado así como su ETM

Implicaciones prácticas derivadas de la evaluación de la conducta adaptativa



Base empírica sobre la que priorizar las distintas metas educativas y actividades para las personas con DI que ha de tener el mismo peso que las puntuaciones CI. Adquisición de habilidades adaptativas como indicador de la efectividad de otros programas.

Habilidades de conducta adaptativa como objetivo en adaptaciones curriculares dada la necesidad de hacer hincapié en la enseñanza de habilidades que favorezcan una transición exitosa a la vida adulta (intervención en problemas de conducta vs. adquisición habilidades adaptativas)



La valoración de la conducta adaptativa aumenta la equidad en decisiones relativas a la etapa educativa al centrarse más en conductas no escolares y aumenta la participación de los padres en la planificación educativa al ser su implicación crucial de cara a evaluar este tipo de habilidades

Lo que tampoco podemos olvidar.....

La evaluación de la conducta adaptativa, no puede desligarse de un enfoque de evaluación multidimensional

Capacidades Intelectuales

Prestar especial atención a los casos de personas con DI ligera y TEA de alto funcionamiento para evitar falsos negativos o falsos positivos

Participación

La persona con DI ¿Tiene oportunidades en su entorno para poner en práctica sus habilidades adaptativas?

Salud

¿Existe alguna enfermedad mental que diera lugar a problemas de conducta los cuales podrían ser malinterpretados como ausencia de conducta adaptativa?

Contexto

El repertorio de habilidades adaptativas evaluadas ¿refleja el entorno cultural de la persona? Entornos inclusivos vs. instituciones



3er Criterio diagnóstico: Edad de inicio

Las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en conducta adaptativa han de aparecer antes de la edad de 18 años.

- Permite distinguir la DI de otras formas de discapacidad que aparecen en momentos posteriores de la vida (deterioro cognitivo debido a enfermedad mental)

- No obstante, cuando existe un daño progresivo (daño cerebral traumático, desnutrición) la DI puede no ser correctamente identificada durante el periodo de desarrollo

- Posibilidad de realizar un diagnóstico retrospectivo

El papel de la etiología en el diagnóstico de DI

Construto multifactorial compuesto por cuatro categorías de factores de riesgo (biomédicos, sociales, conductuales y educativos) que interactúan a lo largo del tiempo.

	Biomédico	Social	Conductual	Educativo
Prenatal	Trastorno Cromosómico (SA)	Pobreza Familiar	Consumo de alcohol o drogas por parte de la madre	DI de los padres, sin que cuenten con apoyos para la maternidad
Posnatal	TCE, malnutrición	Entorno carente de estimulación	Abandono infantil	Servicios inadecuados de atención temprana

Describir todos los factores de riesgo que contribuyen al funcionamiento presente del individuo permitiendo a los proveedores **identificar estrategias para apoyar al individuo y a la familia, de modo que esos factores de riesgo puedan prevenirse o paliarse mediante estrategias primarias, secundarias o terciarias** (e.j. informar a las hermanas de un adulto con X-Frágil de la posibilidad de que sean portadoras)



1. Importancia de la Etiología

- Prevención de DI en algunos casos (SAF)
- Nos permite conocer el fenotipo conductual asociado para planificar apoyos
- Posibilita el consejo genético antes de la concepción de un segundo hijo
- Posibilita la búsqueda de información



Síndrome de Maullido de Gato:

- Microcefalia, cara redonda, ojos separados, manos pequeñas, arqueamiento permanente de un dedo, uñas hiperconvexas, deformidades de los pies (planos, zambosos...). Bajo peso al nacer, prematuridad
- Los hitos evolutivos del desarrollo se adquieren con posterioridad a lo habitual
- Suele estar asociada a discapacidad intelectual altamente significativa
- Característico llanto de tono agudo
- Frecuentes movimientos estereotipados y comportamiento autodestructivo
- Otras denominaciones: Síndrome de Lajeune, Enfermedad del Cri du Chat, Síndrome de supresión del cromosoma 5p, Síndrome de menos 5p., Monosopatía sp., Deleción parcial del brazo corto del cromosoma 5.

Diagnóstico Diferencial: DI ligera vs. CIL/FIL



Diagnóstico Diferencial: DI ligera vs. CIL/FIL Antecedentes

En 1973 la Asociación Americana de Retraso Mental, elimina la categoría 'borderline' de su sistema de clasificación en base a las puntuaciones CI

De 1976 a 1992, el porcentaje de alumnos con un diagnóstico de 'problemas de aprendizaje' **aumentó un 198%** mientras que el diagnóstico de DI disminuyó un 40% en las aulas

¿Cambio en los sistemas de clasificación o mayor sensibilidad hacia los problemas de aprendizaje?

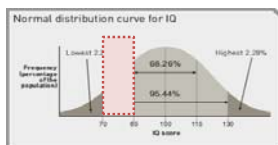
¿CI como punto de corte absoluto?

¿La decisión diagnóstica se ve guiada por la elegibilidad para determinados servicios?

Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) 'the forgotten generation'

El concepto de capacidad de inteligencia límite (CIL) se suele utilizar como categoría diagnóstica, con unas connotaciones similares a las de la discapacidad intelectual, pero destacando su carácter leve. No existe ninguna definición consensuada (DSM-IV: otras condiciones que puedan ser objeto de atención clínica)

La **única** característica que define la CIL es la **detección de un CI entre 71 y 84. Heterogeneidad**



1er problema: Si no tenemos en cuenta el ETM del test, muchas personas pueden recibir un falso diagnóstico de CIL o DI

Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) 'the forgotten generation'

Cabe afirmar que la CIL se caracteriza por una *predisposición a tener dificultades en los aprendizajes e interacción social, determinada por una causa subyacente que se expresa en una capacidad de inteligencia ligeramente inferior a la de la media* de la población

Pero no se habla de limitaciones significativas en conducta adaptativa (2 dt por debajo de la media), criterio diagnóstico necesario (aunque no suficiente) de la DI

2º Problema: ausencia de instrumentos estandarizados de CA que hayan sido baremados teniendo en cuenta las características de la población con CIL/FIL

3er problema: desde un punto de vista socio-sanitario, se ha prestado poca atención a la población con CIL/FIL:

1. El hecho de tener una CIL puede ligarse mucho al contexto cultural y social en que se ha desarrollado el niño. En ambientes sociales desaventajados, la prevalencia de CIL es mucho más alta. Por lo tanto, en ciertos casos, se trata en gran parte de un problema educativo social.
2. Por la misma razón que se considera la existencia de individuos intelectualmente muy favorecidos, se necesita admitir la existencia de otros con ciertas limitaciones.

Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) 'the forgotten generation'

Parte importante del contenido de los test de inteligencia, se basa en la función ejecutiva. Líneas actuales de investigación: ¿Las personas con CIL/FIL pudieran presentar otras condiciones, caracterizadas por disfunciones ejecutivas (TDAH, TGD) que expliquen el bajo rendimiento en las pruebas de CI?

Artigas et al., (2007): el 96,6% presentó otro diagnóstico asociado al CIL

Tabla. Diagnósticos clínicos.

	n	%
Dislexia	18	20,6
Discalculia	3	3,4
Trastorno del desarrollo de la coordinación	12	13,7
Trastornos de la comunicación	13	14,9
Trastornos generalizados del desarrollo	7	8,0
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	52	59,7
Síndrome de Gilles de Tourette	3	3,4
Trastorno del aprendizaje no verbal	6	6,8
Ningún diagnóstico asociado	3	3,4
Diagnósticos médicos	15	17,2

CIL: importantes déficits en memoria de trabajo, planificación/organización y monitorización

Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) 'the forgotten generation'

El FIL no es un síndrome, ni un trastorno, ni una enfermedad. El FIL es una "condición", derivada de disfunciones cognitivas diversas, que casi siempre se pueden relacionar con síndromes, trastornos o enfermedades específicas.



Tabla. Causas de inteligencia límite.

Inespecíficas
Lesiones cerebrales
Perinatales
Perinatales
Perinatales
Epilepsias
Trastornos genéticos específicos. Fenotipos conductuales
Trastornos específicos del desarrollo neurocognitivo
Trastornos específicos del aprendizaje
Dislexia
Discalculia
Trastorno del aprendizaje no verbal
Trastornos generalizados del desarrollo
Síndrome de Asperger
Autistas de funcionamiento elevado
Otros trastornos del desarrollo
Trastornos de la comunicación
Trastorno de déficit de atención/hiperactividad
Síndrome de Tourette
Ambientales

¿Dónde establecer las fronteras entre DI y CIL/FIL?

- La valoración cognitiva de las personas con FIL no debería quedar limitada a la medición del cociente de inteligencia. Debe estudiarse a fondo a todo paciente con una CIL con la finalidad de detectar trastornos que pueden tratarse; de este modo quizá se evitaría que un número considerable de dichos pacientes llegara a ubicarse dentro del rango de CIL.
- Solo se debería contemplar el diagnóstico de FIL cuando un individuo no responde a las demandas escolares, habiendo recibido una atención pedagógica y médica apropiada (e.j. tratamiento TDAH, identificación de otros síndromes como X-Frágil, intervención en los problemas de lecto-escritura, etc.)
- Si tenemos dudas: aplicar distintas pruebas de CI. Tener en cuenta el ETM así como la imparcialidad del test (Escala Stanford-Binet dan lugar a puntuaciones significativamente más bajas que las escalas Wechsler). Establecimiento de una línea de base y evaluaciones post tras intervención médica o educativa.
- Aplicación de instrumentos estandarizados de conducta adaptativa para descartar que las limitaciones significativas no se encuentran 2 dt por debajo de la media



Recursos Modulo II: Diagnóstico DI

Diagnóstico en DI

Navas, P., Verdugo, M. A., y Gómez, L. E. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 7(2), 143-152

FEAPS (2006). Síndromes y apoyos: Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones

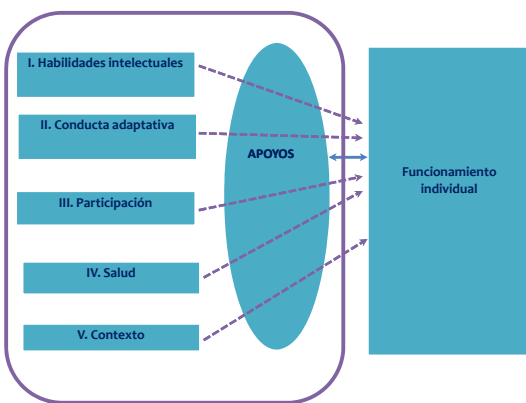
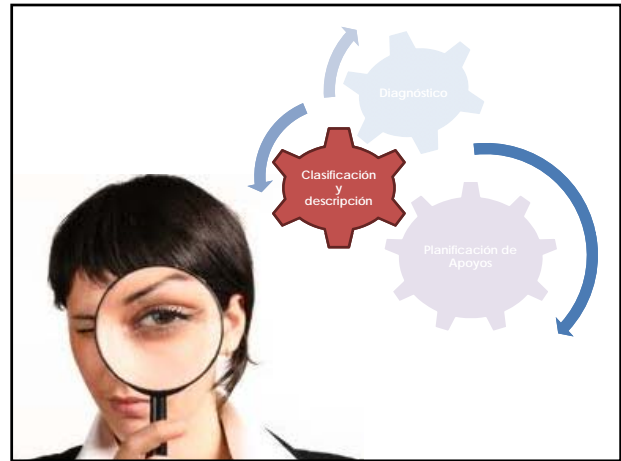
Wehmeyer et al., (2008). El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano. *Siglo Cero*, 39(3), 5-18.

Sobre CIL/FIL

Carulla, L. S., Ruiz, M., y Nadal, M. (2011). Manual de consenso sobre Funcionamiento Intelectual Limite (FIL). *Obra Social Caja Madrid*.

Recursos en la WEB

<http://sid.usal.es> : Colectivos: Discapacidad Intelectual
 American Association on intellectual and Developmental Disabilities: <http://aaidd.org>
 Society for the Study of Behavioural Phenotypes: <http://www.ssbp.org.uk/site/>



Objetivo de la función del Clasificación y Descripción

- Proporcionar un esquema organizado sobre el que categorizar varios tipos de observaciones. Permite el avance de los sistemas de diagnóstico así como la investigación
- Describir las dificultades que presenta una persona con DI teniendo en cuenta un modelo multidimensional del funcionamiento humano

El objetivo no es sólo describir limitaciones, sino también fortalezas o habilidades que a la persona le gustaría adquirir e incluirlas en procesos como la *Planificación Centrada en la Persona*



Clasificación y Descripción: Funcionamiento Intelectual

Clasificación basada en rangos de CI, evitando cualquier referencia a la 'edad mental' ya en desuso (siguiendo los criterios establecidos por el DSM-IV-TR y la CIE-10 dado que la AAIDD no los incluye en su definición):

Nivel DI	Puntuación CI
Discapacidad Intelectual Ligera	CI entre 50-75
Discapacidad Intelectual Moderada	CI entre 35-55
Discapacidad Intelectual Severa	CI entre 20-40
Discapacidad Intelectual Profunda	CI por debajo de 25

No utilizar los niveles de CI como 'compartimentos estanco' que deriven en la provisión de los mismos apoyos independientemente del resto de condiciones de la persona. Describir **cuantitativamente** los resultados en los test de inteligencia para planificar los apoyos apropiados.

Clasificación y Descripción: Conducta Adaptativa

4 dominios de conducta adaptativa: Destrezas Motoras (18), Destrezas Sociales y Comunicativas (19), Destrezas para la Vida Personal (21) y Destrezas para la Vida en Comunidad (19)

8 problemas de conducta (Gravedad y Frecuencia)

Puntuación de Servicio (Total atención a la persona o supervisión completa/sin necesidad de ayuda (o muy poco frecuente) en la vida diaria)



Escala Vineland de Conducta Adaptativa

Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa ABAS-II

Escala de Conducta Adaptativa de la AAMR ABS-S-2

Inventario de Destrezas Adaptativas (CALS) y Currículum de Destrezas Adaptativas (ALSC)

Sistema de Valoración-Enseñanza-Evaluación

Destrezas adaptativas

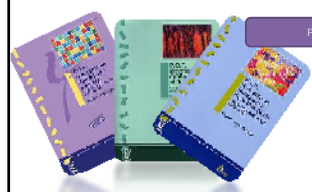
Clasificación y Descripción: Conducta Adaptativa

La evaluación de la conducta adaptativa con fines de clasificación y descripción, nos va a permitir conocer, más allá del diagnóstico, cuáles son los puntos fuertes y débiles de una persona en distintas habilidades fundamentales para desenvolverse con éxito en su entorno

Esto nos permitirá integrar, en procesos como la PCP, estrategias de mejora de determinadas habilidades adaptativas

Programas Conductuales Alternativos (PCA)

Programa de Habilidades Sociales (PHS)
Programa de Orientación al Trabajo (POT)
Programa de Habilidades de la Vida Diaria

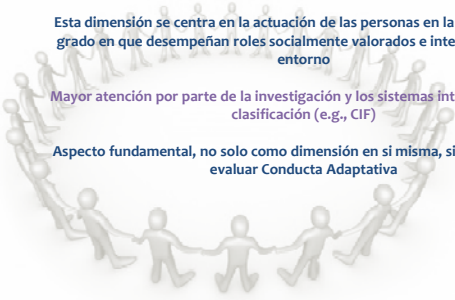


Clasificación y Descripción: Participación

Esta dimensión se centra en la actuación de las personas en la sociedad, en el grado en que desempeñan roles socialmente valorados e interactúan con su entorno

Mayor atención por parte de la investigación y los sistemas internacionales de clasificación (e.g., CIF)

Aspecto fundamental, no solo como dimensión en sí misma, si no a la hora de evaluar Conducta Adaptativa



Clasificación y Descripción: Participación



Escala de Evaluación de la Actividad Global DSM



Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE)



Participación en actividades de ocio extraescolares durante los últimos 4 meses

55 actividades (formales e informales) relacionadas con actividades recreativas, físicas, de auto-superación, sociales, y basadas en habilidades

Diversidad e intensidad de la participación, con quién, dónde y el disfrute en la actividad

Clasificación y Descripción: Salud

Estado completo de bienestar físico, mental y social (OMS)

Etiología, Salud física y salud mental (incluyendo los problemas de conducta)

Personas con DI pueden tener dificultad para reconocer problemas, gestionar su atención, comunicar síntomas y sentimientos, y comprender los planes de tratamiento (DSM y experiencias personales!!!)



Muchos psicólogos y psiquiatras se sienten incómodos a la hora de abordar esta problemática en personas con DI debido a su escasa formación en este colectivo

Efecto eclipsado de la DI
Red Social vs. Red Sanitaria



Clasificación y Descripción: Salud

Hasta 1 de cada 3 personas con DI o TEA presenta un problema de salud mental o problemas de conducta que requieren servicios de apoyo especializado. Los estresores psicosociales que pueden experimentar las personas con DI a menudo precipitan un deterioro de su bienestar emocional o conductual y pueden conducir a un deterioro significativo en su funcionamiento

Tipo de Estresor	Ejemplos
Transición	Cambio en el lugar de residencia (planeado o no), nuevo colegio, nuevo trabajo, cambios vitales importantes (e.g., pubertad, alcanzar la mayoría de edad)
Pérdida o rechazo personal	Pérdida de un progenitor/cuidador, pérdida de amigo/compañero de habitación, desengaño emocional, ser expulsado de la escuela/despido del trabajo
Entorno	Masificación, ruido excesivo, pobre estimulación, desorganización, escasa privacidad en un piso compartido, estrés relacionado con la escuela/trabajo
Apoyo por parte de los padres o social	Falta de apoyo por parte de familiares/amigos/compañeros, visitas/llamadas de teléfono/cartas/e-mails que no siguen una regularidad, hostilidad, negligencias, abusos

Clasificación y Descripción: Salud

Los problemas conductuales y de salud mental también pueden estar relacionados con la aparición de otra condición médica (e.g., infección de oído, úlcera, diabetes, convulsiones, enfermedad tiroidea, etc.).

Muchos problemas de conducta también aparecen o se mantienen por una historia de aprendizaje o contingencias en el entorno de la persona

En la mayor parte de los casos, los complejos problemas de comportamiento que están presentes en las personas con TEA/DI se originan y mantienen por una combinación de estos factores

Las personas con DI pueden experimentar todo el abanico de problemas de SM (30%-40% frente a 10-15% en población general)



Clasificación y Descripción: Salud

Hasta 1 de cada 3 personas con DI o TEA presenta un problema de salud mental o problemas de conducta que requieren servicios de apoyo especializado. Los estresores psicosociales que pueden experimentar las personas con DI a menudo precipitan un deterioro de su bienestar emocional o conductual y pueden conducir a un deterioro significativo en su funcionamiento.

Tipo de Estresor	Ejemplos
Trastornos cognitivos	CAMDEX-DS (Cambridge Examination for Mental Disorders of Older People with Down Syndrome and others with Intellectual Disabilities) TB-DI Test Barcelona para personas con Discapacidad Intelectual
Trastornos del Estado de Animo	PAS-ADD
Sistemas de Clasificación	DM-ID Manual de Diagnóstico - Discapacidad Intelectual (FSD) DC-LD Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation
Manuales	Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores

Clasificación y Descripción: Salud (Problemas de Conducta)

¿Cómo evaluar e intervenir?



Apoyo Conductual Positivo

Análisis Funcional de la Conducta

Clasificación y Descripción: Salud (Problemas de Conducta) Análisis Funcional de la Conducta o ABC



La conducta problema siempre tiene una FUNCIÓN (conseguir/evitar algo, aumentar/disminuir la estimulación, etc.)

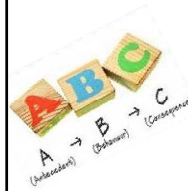
Análisis Funcional de la Conducta

Clara descripción de los problemas de conducta (descartar previamente alteraciones médicas o efectos secundarios de la medicación)

Identificación de eventos, momentos y situaciones que predicen cuándo ocurrirá o no el problema de conducta

Identificación de las consecuencias que mantienen un problema de conducta

Desarrollo de un resumen de frases o hipótesis que describen los problemas de conducta, las situaciones específicas en que tienen lugar, y los resultados que mantienen la conducta en tales situaciones



Análisis Funcional de la Conducta o ABC



1ER PASO: Definir el problema de Conducta

Cuando definimos el problema concreto que va a ser incluido en el Análisis Funcional de la Conducta aquél ha de ser:

- Observable.
- Medible (podemos contar las veces que ocurre).
- Hemos de ser capaces de alcanzar el acuerdo con respecto a cuándo se produce.



EJEMPLOS para el ABC:

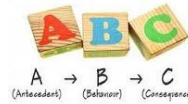
- Patricia llegar tarde al curso
- Patricia está enfadada
- Patricia golpea su cabeza contra la pared
- Patricia está teniendo una rabietta

Análisis Funcional de la Conducta o ABC



2º PASO: Recoger Datos/ Observar

- Observar a la persona.
- Preguntar a otros que hayan observado a la persona.
- Recoger datos/ información sobre la persona, la conducta objetivo/problema, los contextos en los que ocurre y no ocurre, frecuencia, antecedentes (estímulos que aparecen inmediatamente antes de la conducta problema), consecuentes (refuerzos y castigos positivos y negativos) que hacen que la conducta persista en el tiempo



Análisis Funcional de la Conducta: Caso Práctico

SERGIO



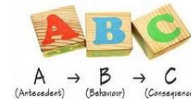
99


SERGIO

- Edad – 8 años
- DI severa y TEA
- Clase para estudiantes con TEA
- Problema de Conducta: Golpea la cabeza contra la ventana-la rompe-sangra=>> A-B-C



Evaluación Funcional






Modelo ABC

A → B → C
(Antecedente) (Comportamiento) (Consecuencia)


Antecedente	Conducta	Consecuencia



Modelo ABC

A → B → C
(Antecedente) (Comportamiento) (Consecuencia)


Antecedente	Conducta	Consecuencia
Trabaja en las tareas del colegio. Aparece una tarea nueva o más difícil		



Modelo ABC

A → B → C
(Antecedente) (Comportamiento) (Consecuencia)

Antecedente	Conducta	Consecuencia
Trabaja en las tareas del colegio. Aparece una tarea nueva o más difícil		



Modelo ABC

A → B → C
(Antecedente) (Comportamiento) (Consecuencia)

Antecedente	Conducta	Consecuencia
Trabaja en las tareas del colegio. Aparece una tarea nueva o más difícil	Golpea la cabeza contra el cristal	

Modelo ABC


A → B → C

(Antecedente) (Comportamiento) (Consecuencia)

Antecedente	Conducta	Consecuencia
Trabaja en las tareas del colegio. Aparece una tarea nueva o más difícil	Golpea la cabeza contra el cristal	El profesor ayuda corriendo a Billy. Deja la clase=> Recibe atención médica.

SERGIO

Función del problema de conducta=> ¿hipótesis?



SERGIO

Evaluación Funcional:


- Posible evitación de una tarea nueva/difícil
- Conseguir atención por parte de los profesores

SERGIO

Evaluación Funcional:

- Posible evitación de una tarea nueva/difícil
- Conseguir atención por parte de los profesores

¿Intervención?



Apoyo Conductual Positivo

1. Centrado en la PREVENCIÓN
2. Reduce estresores generales (e.g., enfermedad física, soledad, aburrimiento)
3. Considera el problema dentro de un CONTEXTO, no como condición de la persona
4. Respeta los deseos de la persona
5. Elimina antecedentes (desencadenantes) y refuerzos incidentales
6. Aumenta las opciones y estructura
7. Enseña habilidades pro-sociales como reemplazos adaptativos de los problemas de conducta
8. Recompensa la autogestión exitosa!
9. Rediseña los entornos de aprendizaje/vida/trabajo/ocio con el objetivo de eliminar los factores que desencadenan y mantienen los problemas de conducta
10. Intervención => centrada en comprender la FUNCIÓN de la conducta

SERGIO

Evaluación Funcional:

- Posible evitación de una tarea nueva/difícil
- Conseguir atención por parte de los profesores

¿Intervención?

- Modificar la tarea
- Enseñarle una habilidad alternativa=> levantar su mano para pedir ayuda/atención al profesor
- Enseñarle una habilidad alternativa=> dar al profesor una tarjeta de "DESCANSO" = descansar (5 minutos) del trabajo
- Cambiar el cristal por Metacrilato (cambio en el entorno).

Clasificación y Descripción: Contexto

Describe las condiciones interrelacionadas en las que la gente vive su vida cotidiana (factores ambientales y personales)

Perspectiva ecológica: microsistema, mesosistema, y macrosistema.

La evaluación del contexto, componente necesario del juicio clínico e integral para comprender el funcionamiento del individuo.



Aunque no disponemos de herramientas de evaluación del contexto, podemos utilizar parte de algunos sistemas de Clasificación (CIF; Eje IV del DSM-IV) para identificar facilitadores y barreras



Recursos Modulo II: Clasificación y Descripción

Salud Mental

Cooper, S. A., Melville, C. A., y Einfeld, S. I. (2004). Diagnóstico psiquiátrico, discapacidad intelectual y criterios de diagnóstico para trastornos psiquiátricos en adultos con discapacidad de aprendizaje/retraso mental. *Siglo Cero*, 35(4), 33-49.

Novell, R., Rueda, P., y Salvador-Carulla, S. (2003) Salud mental y alteraciones de la conducta en personas con discapacidad intelectual. FEAPS

Problemas de Conducta

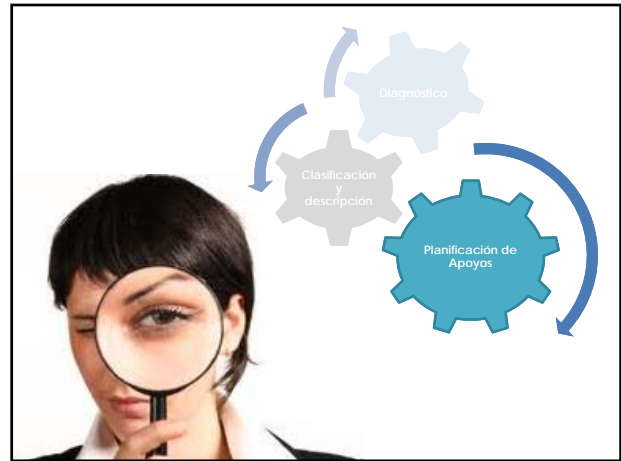
Salvador-Carulla y Novell, R. (2011). Problemas de conducta en el retraso mental. *Siglo Cero*, 34(2), 78-86.

Formulario de observación de la conducta problema

Apoyo Conductual Positivo

FEAPS (2007). Apoyo conductual positivo: algunas herramientas para afrontar las conductas difíciles. Madrid: FEAPS

Canal, R. y Martín, M.V. (2002). El apoyo conductual positivo. Valladolid: Junta de Castilla y León



Planificación de Apoyos

I. Habilidades intelectuales

II. Conducta adaptativa

III. Participación

IV. Salud

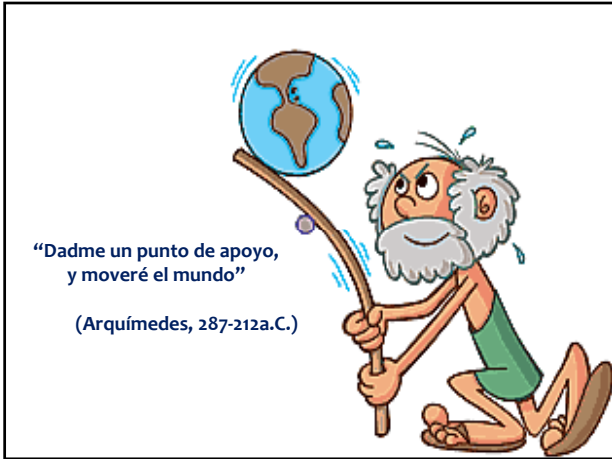
V. Contexto

APOYOS

Funcionamiento individual

Recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual.

STUPENDO:
ME HE DELGADO
YA PERDIGO
ENCIMA DEL PIANO...



El papel de los Apoyos en el funcionamiento de las personas con DI

Aunque todos precisamos de apoyos en nuestra vida cotidiana...

En el caso de las personas con DI no nos damos cuenta hasta 1992 (AAMR) de que: Si se ofrecen los apoyos personalizados *apropiados* durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará.

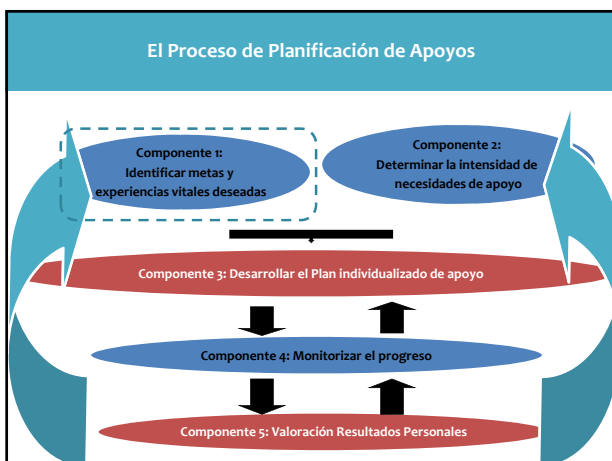
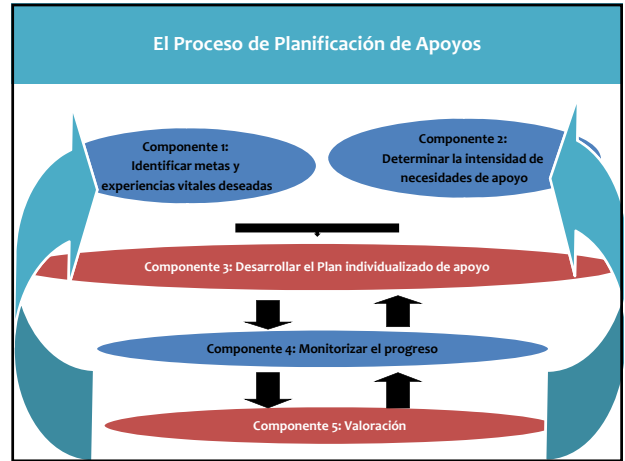
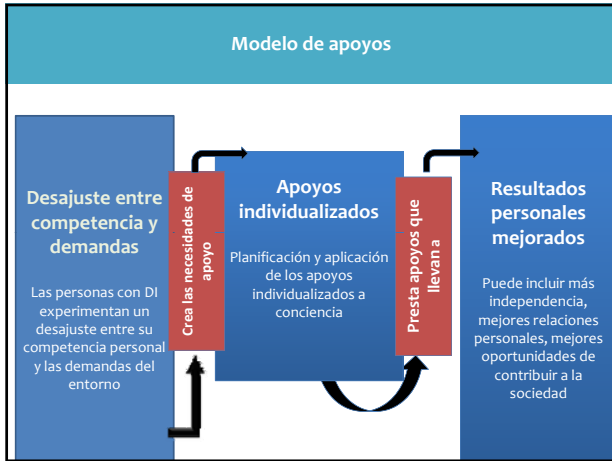
AUTODETERMINACIÓN E INCLUSIÓN

El funcionamiento de la persona con DI resultará de la interacción de estos apoyos con las 5 dimensiones del funcionamiento humano

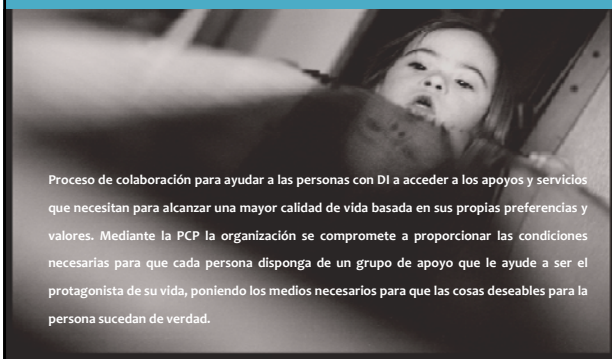


Áreas relevantes de apoyo

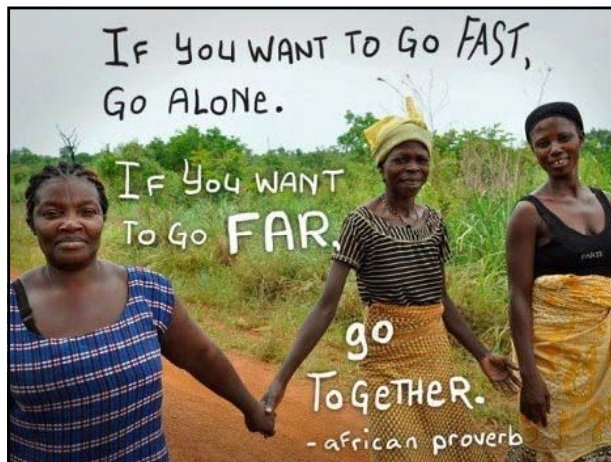
Desarrollo Humano	Empleo
Enseñanza y Educación	Salud y Seguridad
Vida en el hogar	Conductual
Vida en Comunidad	Social
	Protección y Defensa



Componente 1: Identificación de metas y experiencias ¿Qué es la PCP?



Proceso de colaboración para ayudar a las personas con DI a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores. Mediante la PCP la organización se compromete a proporcionar las condiciones necesarias para que cada persona disponga de un grupo de apoyo que le ayude a ser el protagonista de su vida, poniendo los medios necesarios para que las cosas deseables para la persona sucedan de verdad.



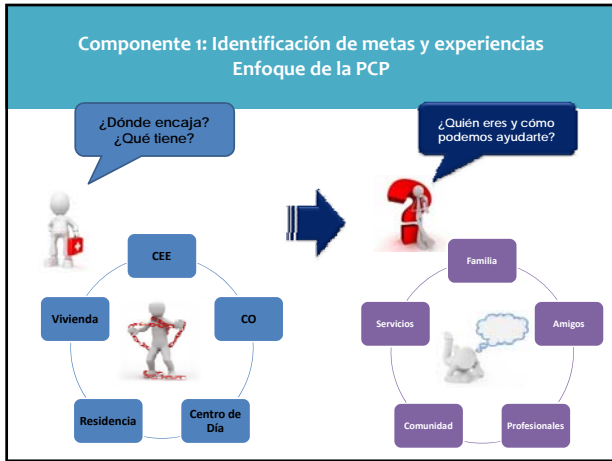
Componente 1: Identificación de metas y experiencias ¿Qué persigue la PCP?

- La PCP surge a mediados de los 80 como un estilo de planificación que contribuye a la mejora de la Calidad de Vida del individuo según su estilo de vida deseado.
- Persigue empoderar a la persona, ofrecer experiencias a la persona que incluyan:



Componente 1 del Proceso de Planificación de Apoyos Puntos Clave de la PCP





Componente 1: Identificación de metas y experiencias Enfoque de la PCP

Sólo puede utilizarse con personas que puedan acceder a un trabajo, comunicarse verbalmente, o que no tengan problemas de conducta

Lo importante es el número de PCP's que llevamos a cabo

La PCP es un fin en sí misma

Si hacemos PCP, deseamos el resto de formas de planificación

La PCP puede utilizarse con todas las personas con DI

Lo importante son los resultados personales, no el número de planes que se desarrollan

La PCP es un proceso continuo, como la vida

Junto con la PCP, otros planes y servicios son también necesarios

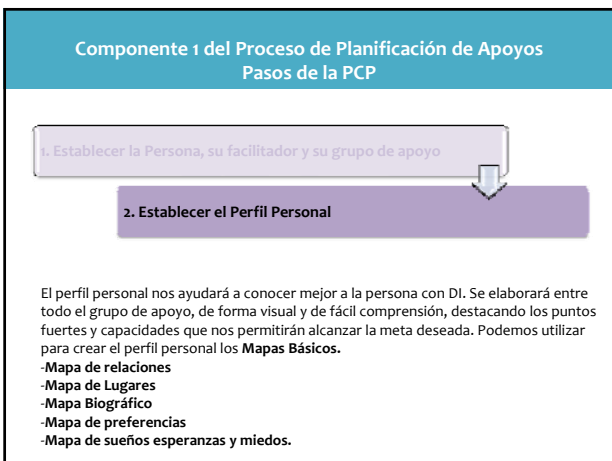
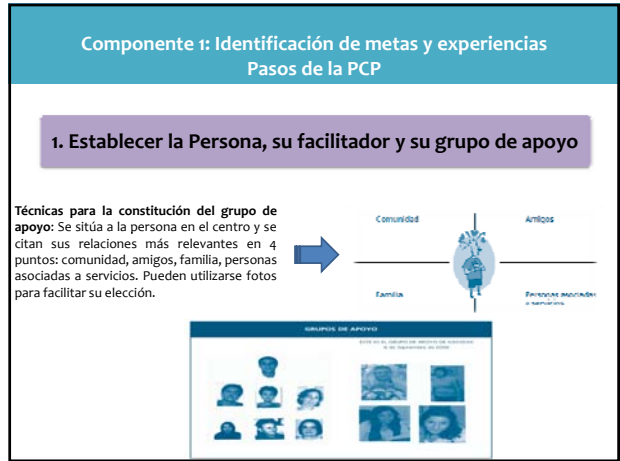
Componente 1: Identificación de metas y experiencias ¿Cómo Hacemos PCP?

PATH (Plannig Alternative Tomorrows with Hope): conoce los sueños o expectativas de futuro de la persona, establece metas a medio y corto plazo y, desde la situación actual, organiza un equipo y los pasos y compromisos para alcanzar dichas metas.

Componente 1: Identificación de metas y experiencias Elementos Necesarios para hacer PCP

EL FACILITADOR es la persona capaz de funcionar como defensor, amigo, guía de un grupo de personas interesadas en ayudar a la PcDI en su proceso de planificación personal e identificación de metas deseadas. Determina, junto con la persona con DI el grupo de personas relevantes que constituirán el grupo de apoyo (tener en cuenta no sólo los afectos sino también los aliados que nos ayudarán a conseguir los objetivos)

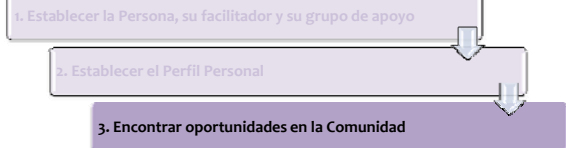
EL GRUPO DE APOYO está formado por las 3 ó 4 personas más relevantes para la PcDI. Mantienen un rol de apoyo horizontal. Sus funciones serán animar la participación de la PcDI haciendo que tome el protagonismo de la reunión, identificando sus metas y sueños; ayudar a buscar capacidades para el logro de dichas metas y aumentar y profundizar las relaciones de la PcDI con la comunidad



Con la elaboración de los mapas, construiremos un perfil de las persona que nos permitirá destacar sus posibilidades y capacidades. Describiremos a la vista de los mapas, entre 5 y 10 capacidades de la persona, identificando también aspectos a mejorar.

Mis Fortalezas	
MAPA DE RELACIONES 	CAPACIDADES: - Tiene muchos amigos. - Tiene mucha capacidad para forjar nuevas relaciones y saber hacerle querer. - Se preocupa mucho por los demás, tiene detalles, trata a los compañeros, etc. - Tiene una amiga con la que sale con regularidad (Luisa). CAPACIDADES A REFORZAR - "Que no de bence a los desconocidos". - Que participe todos en su grupo de apoyo. - No olvidarnos de su hermano.
MAPA DE LUGARES 	CAPACIDADES: - Participa en muchas actividades de la comunidad. - Vive en un piso de la comunidad. CAPACIDADES A REFORZAR - Podría aprender a hacer más algunos recursos de la comunidad. - Desarrollar habilidades de auto-defensa.
MAPA BIAGRICO 	CAPACIDADES: - Tiene capacidad para recordar a todas las personas que han estado presentes a lo largo de su vida. - Siempre ha contado con gente que quiere comprometerse con ella. CAPACIDADES A REFORZAR - Trabajar el miedo al cambio y la autodeterminación.

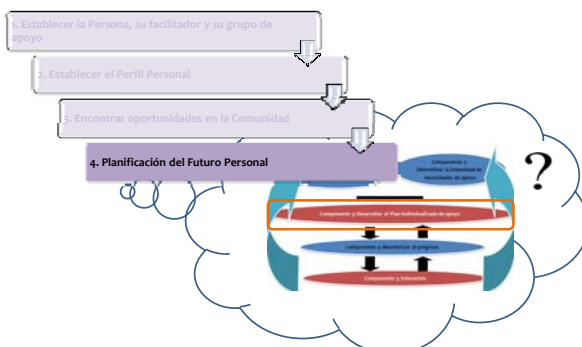
Componente 1: Identificación de metas y experiencias Pasos de la PCP



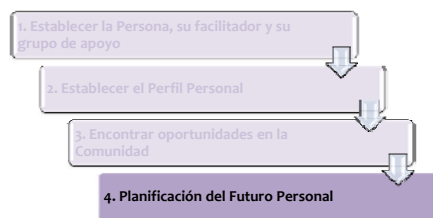
Este paso pretende generar un espacio para producir ideas sobre aquellos roles comunitarios que a la persona le gustaría desarrollar. Podemos trabajar Mapas de Intereses, lugares y roles para:

- Resumir aquellas cualidades que esperamos que la PcDI desarrolle
- Enumerar oportunidades o metas que pueden alcanzarse en la comunidad comunitarias
- Imaginar una variedad de roles que pueden ser aprendidos y desempeñados.

Componente 1: Identificación de metas y experiencias Pasos de la PCP



Componente 3: Desarrollar el Plan Individualizado de Apoyo



La planificación del futuro personal pretende desarrollar imágenes de futuro compartidas por todos. Mediante una lluvia de ideas se generarán estrategias para conseguir que las ideas discutidas durante la sesión se hagan realidad, identificando oportunidades y obstáculos.

Componente 3: Desarrollar el Plan Individualizado de Apoyo

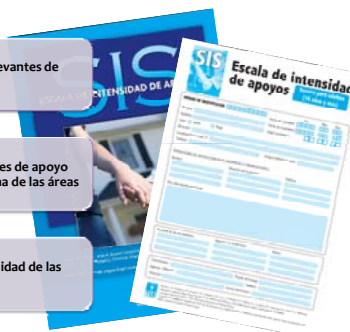
- 1 • Describir cómo es la persona, destacando sus sueños y capacidades
- 2 • Crear imágenes de futuro por medio de una tormenta de ideas entre todos los miembros del grupo
- 3 • Diseñar estrategias, plantear qué pasos se pueden dar e identificando los apoyos y recursos disponibles
- 4 • Establecer prioridades: identificar qué son sueños a largo plazo y qué son metas alcanzables
- 5 • Valorar obstáculos y oportunidades
- 6 • Plantear cambios en la organización
- 7 • Plantear próximos encuentros del grupo de apoyo



Durante este proceso también nos pueden ser útiles instrumentos como los PCA, el CALS o el ALSC

Componente 2: Determinar la Intensidad de las Necesidades de Apoyo

- 1 • Identificar las áreas relevantes de apoyo.
- 2 • Identificar las actividades de apoyo relevantes para cada una de las áreas
- 3 • Valorar el nivel o intensidad de las necesidades de apoyo.



Componente 2: Determinar la Intensidad de las Necesidades de Apoyo. La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS)

Instrumento de evaluación nuevo y único en la línea de la última definición de DI (2010)

Determina el patrón de intensidad de los apoyos que precisa un adulto (a partir de 16 años) (sin tener en cuenta servicios especializados que ya estén en uso)

Objetivo: que la persona con DI alcance una vida independiente

La SIS es parte de la PCP

Validación de la versión para niños (a partir de 5 años)



Componente 2: Determinar la Intensidad de las Necesidades de Apoyo. La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS)

Sección 1

ESCALA DE NECESIDADES DE APOYO

49 actividades: 6 áreas

Vida en el hogar Empleo
 Vida en la comunidad Salud y Seguridad
 Aprendizaje a lo largo de la vida Social



Interactuar con compañeros de trabajo

Componente 2: Determinar la Intensidad de las Necesidades de Apoyo. La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS)

Sección 2

ESCALA SUPLEMENTARIA DE PROTECCIÓN Y DEFENSA
8 actividades.

Obtener servicios legales

Componente 2: Determinar la Intensidad de las Necesidades de Apoyo. La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS)

Sección 3

NECESIDADES DE APOYO MÉDICAS Y CONDUCTUALES EXCEPCIONALES
15 condiciones médicas+13 problemas de cta.

Prevención de conductas no agresivas pero inapropiadas

Componente 2: Determinar la Intensidad de las Necesidades de Apoyo. La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS)

¿Con qué frecuencia se necesita apoyo para la actividad?

0 = Nunca o menos de una vez al mes
1 = Al menos 1 vez/mes, pero no 1 vez a la semana
2 = Al menos 1 vez/semana, pero no 1 vez al día
3 = Al menos 1 vez/día, pero no 1 vez cada hora
4 = Cada hora o con más frecuencia

Frecuencia

En un día típico en el que se necesita apoyo en esta área, ¿Cuánto tiempo debería dedicarse?

0 = Nada
1 = Menos de 30 minutos
2 = Más de 30 minutos y menos de 2 horas
3 = Más de 2 horas y menos de 4 horas
4 = 4 horas o más

Tiempo diario de apoyo

¿Qué tipo de apoyo se debe proporcionar?

0 = Ninguno
1 = Supervisión
2 = Incitación verbal o gestual
3 = Ayuda física parcial
4 = Ayuda física total

Tipo de apoyo

SIS
ESCALA DE INTENSIDAD DE APOYOS

INSTITUTE UNIVERSITY OF THE STATE OF CALIFORNIA
UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA

James R. Thompson, Brian R. Bryant, Edward M. Campbell, Ellis M. (Pat) Craig, Carolyn M. Hughes, David A. Rotholz, Robert L. Schaback, Wayne P. Silverman, Marc J. Tasse, Michael L. Wehmyer

Adaptación Española: Miguel Ángel Verhugo Aborno, Benito Arias Martínez, Alba Itáñez García

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 27021100

Nombre: Manuel
 Apellidos: Puentes Medina
 Sexo: Varón Mujer
 Dirección: Avda. de Madrid, 132
 Localidad/Provincia/C.P.: Valdeorado, Sevilla 41321
 Teléfono: 954 555 2937 Lengua hablada en casa: Español

Fecha de aplicación: Año 2023 Mes 12 Día 05
 Fecha de nacimiento: 1973 03 02
 Edad cronológica: 50 09 03

PROVEEDORES DE APOYOS ESENCIALES (INDIVIDUOS U ORGANIZACIONES):

Nombre	Relación con la persona	Teléfono
Diego Lobo	Tutor	954 555 3637
Natalia Carmona	Orientadora asociación "Flores"	954 555 2664
Risardo Ramos	Personal de apoyo	954 555 2535

Otra información pertinente

Se aplica mediante entrevista (unos 45 min.) a la propia persona con DI o alguien que la conozca desde hace al menos 6 meses

Nombres de los informantes

Nombre	Relación con la persona	Idioma
Manuel Puentes	El mismo	Español
Diego Lobo	Tutor estatal	Español
Natalia Carmona	Orientadora y trabajador de apoyo directo	Español
Risardo Ramos	Orientadora y trabajador de apoyo directo	Español

Entrevistador: Carolina Ríos Puesto de trabajo: Responsable del caso
 Agencia / Afiliación: Dpto. Salud y Servicios Sociales Teléfono: 954 555 2861
 Dirección: La Navatilla, Sevilla Correo electrónico: carolrios@d.d.state

ESCALA DE INTENSIDAD DE APOYOS

Sección 1.

PARTE A	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	6
2. Encargarse de la ropa (incluyendo lavar).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	7
3. Preparar comidas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	5
4. Comer.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
5. Cuidar y limpiar la casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
6. Vestirse.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
7. Bañarse y cuidar la higiene personal.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	5
8. Manejar los aparatos de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
Puntuación directa TOTAL Actividades de la vida en el hogar				47

Indicar la puntuación directa (0-4) en la página 6, Sección 1a, A. Valor en el hogar

PARTE B	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 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	9
2. Participar en actividades recreativas o de ocio en los entornos de la comunidad.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
3. Usar los servicios públicos en la comunidad.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
4. Ir a visitar amigos y familia.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	9
5. Participar en las actividades comunitarias preferidas (parroquia, voluntariado...).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
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
7. Interactuar con miembros de la comunidad.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	8
8. Acceder a edificios y entornos públicos.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
Puntuación directa TOTAL Actividades de la vida en la comunidad				57

Indicar la puntuación directa (0-4) en la página 6, Sección 1a, B. Valor en la comunidad

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 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	5
2. Participar en las decisiones educativas o de formación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	5
3. Aprender y usar estrategias de solución de problemas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	7
4. Usar la tecnología para aprender.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
5. Acceder a los contextos educativos o de formación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	7
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	6
7. Aprender habilidades de salud y educación física.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	7
8. Aprender habilidades de autodeterminación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
9. Aprender estrategias de autodirección.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	7
Puntuación directa TOTAL Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida <small>Verificar la puntuación directa (máx.=104) en el Perfil de la UC en la página 8, sección 1.4, según la actividad de aprendizaje a lo largo de la vida.</small>				56

PARTE D Actividades de empleo	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
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	5
2. Aprender y usar habilidades específicas de trabajo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	5
3. Interactuar con compañeros de trabajo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	7
4. Interactuar con supervisores y preparadores.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	7
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	5
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	5
7. Cambiar tareas de trabajo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	4
8. Buscar información y ayuda de la empresa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	5
Puntuación directa TOTAL Actividades de empleo <small>Verificar la puntuación directa (máx.=47) en la página 8, Sección 1.4, E. Empleo.</small>				43

PARTE E Actividades de salud y seguridad	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
1. Tomar la medicación.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
2. Evitar riesgos para la salud y la seguridad.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	11
3. Obtener servicios de cuidado para la salud.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	10
4. Ambular y moverse.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
5. Aprender a acceder a los servicios de emergencias.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
6. Mantener una dieta nutritiva.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
7. Mantener la salud y una buena forma física.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
8. Mantener el bienestar emocional.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
Puntuación directa TOTAL Actividades de salud y seguridad <small>Verificar la puntuación directa (máx.=58) en la página 8, Sección 1.4, E. Salud y seguridad.</small>				59

PARTE F Actividades sociales	Frecuencia	Tiempo diario de apoyo	Tipo de apoyo	Puntuaciones directas
1. Socializarse dentro de la casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	5
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	7
3. Socializarse fuera de la casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	8
4. Hacer y conservar amistades.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	5
5. Comunicarse con otros acerca de las necesidades personales.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	9
6. Utilizar las habilidades sociales apropiadas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	7
7. Implicarse en relaciones de amor e íntimas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
8. Dedicarse al trabajo de voluntariado.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	6
Puntuación directa TOTAL Actividades sociales <small>Verificar la puntuación directa (máx.=53) en la página 8, Sección 1.4, E. Social.</small>				52

SIS Escala de intensidad de apoyos

RESUMEN DE PUNTUACIONES

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos

Entrevistador

Fecha de aplicación
 / /

Sección 1a Escala de necesidades de apoyo
 1. Introduzca las puntuaciones directas de los ítems A a F de los págs. 1 a 5.
 2. Introduzca las puntuaciones estándar y los percentiles usando el apéndice 1.1.
 3. Introduzca el índice de necesidades de apoyo usando el apéndice 1.2.

Subescala de actividad	Puntuaciones directas brutas (de los págs. 1-5)	Puntuaciones estándar (ver apéndice 1.1)	Percentiles de las subescalas (ver apéndice 1.1)
A. Vida en el hogar:	47	12	75
B. Vida en la comunidad:	57	12	75
C. Aprendizaje a lo largo de la vida:	56	11	63
D. Empleo:	43	10	50
E. Salud y seguridad:	59	13	84
F. Social:	52	12	75
TOTAL de las puntuaciones estándar (suma)			
70			
ÍNDICE DE NECESIDADES DE APOYO (Puntuación estándar compuesta) (ver apéndice 1.2)			
109			
Percentil del índice de necesidades de apoyo (ver apéndice 1.2)			
72			

A. Todas las edades

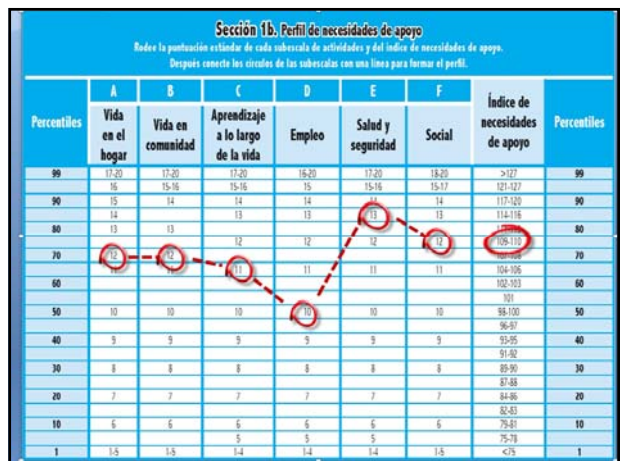
Puntuaciones directas

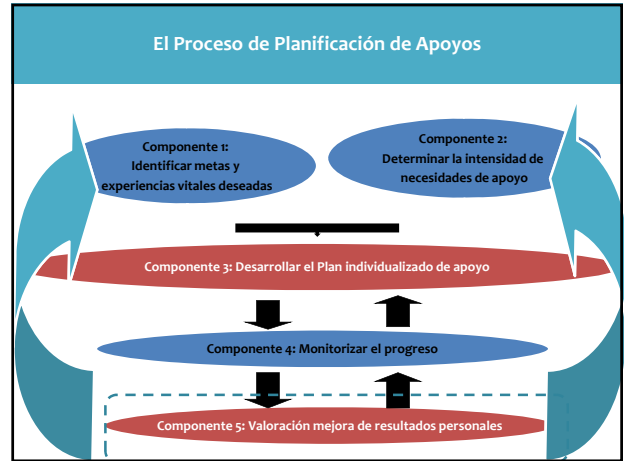
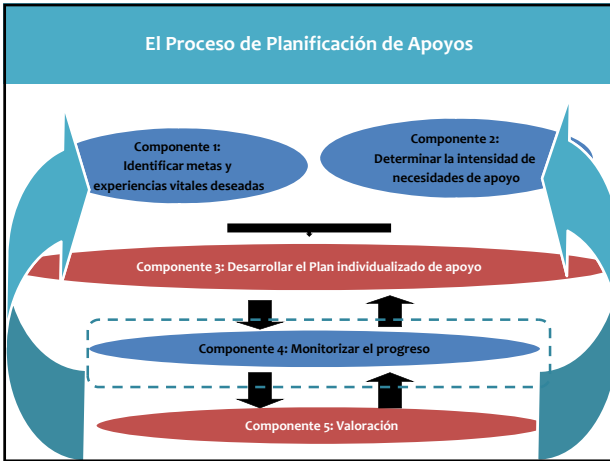
Puntuación estándar	VH	VC	AV	AE	SS	AS	Percentil
20	>92						>99
19	91-92						>99
18	90						>99
17	84-89	>90	>102	>86	>93	>92	99
16	77-83	86-90	98-102	81-86	82-86	84-90	98
15	70-76	74-85	91-97	76-80	72-81	74-83	95
14	63-69	67-73	80-90	68-75	64-71	63-73	91
13	55-62	59-66	71-79	61-67	56-63	54-62	84
12	46-54	52-58	62-70	53-60	48-55	47-53	75
11	35-45	46-51	55-61	46-52	41-47	39-46	63
10	27-34	36-45	49-54	39-45	35-40	31-38	50
9	22-26	24-35	43-48	30-38	28-34	21-30	37
8	16-21	12-23	34-42	23-29	22-27	13-20	25
7	12-15	8-11	26-33	17-22	16-21	8-12	16
6	8-11	3-7	18-25	12-16	11-15	4-7	9
5	4-7	1-2	13-17	8-11	7-10	3	5
4	1-3	<1	9-12	4-7	3-6	2	2
3	<1		6-8	1-3	1-2	<2	1
2			1-5	<1	<1	<1	<1
1			<1				<1

Nota. VH = Actividades de la vida en el hogar; VC = Actividades de la vida en la comunidad; AV = Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida; AE = Actividades de empleo; SS = Actividades de salud y seguridad; AS = Actividades sociales.

Total (suma de PE de las subescalas)	INA (punt. estándar compuesta)	Percentil	Total (suma de PE de las subescalas)	INA (punt. estándar compuesta)	Percentil	Total (suma de PE de las subescalas)	INA (punt. estándar compuesta)	Percentil
106	146	>99	74	112	79	42	84	15
105	143	>99	73	111	77	41	83	13
104	140	>99	72	110	76	40	82	12
103	137	99	71	109	74	39	81	10
102	135	99	70	109	72	38	80	9
101	134	99	69	108	70	37	79	8
99	132	98	67	106	66	35	77	6
98	131	98	66	105	63	34	76	5
97	131	98	65	104	61	33	75	5
96	130	98	64	104	60	32	74	4
95	130	98	63	103	58	31	74	4
94	129	97	62	102	56	30	73	3
93	128	97	61	101	53	29	72	3
92	128	97	60	100	50	28	71	3
91	127	96	59	99	48	27	70	2
90	126	96	58	98	46	26	69	2
89	126	96	57	97	43	25	69	2
88	125	95	56	96	40	24	68	2
87	123	94	55	96	39	23	67	2
86	123	93	54	95	36	22	67	1
85	122	93	53	94	35	21	66	1
84	121	92	52	93	32	20	66	1
83	121	92	51	92	31	19	65	1
82	120	91	50	92	29	18	65	1
81	119	89	49	91	27	17	64	1
80	117	88	48	90	25	16	63	1
79	116	86	47	89	23	15	62	1
78	116	85	46	88	21	14	61	<1
77	114	83	45	87	19	13	60	<1
76	114	82	44	86	18	12	57	<1
75	113	81	43	85	16	11	54	<1

Nota. PE = Puntuaciones estándar; INA = Índice de Necesidades de Apoyo.



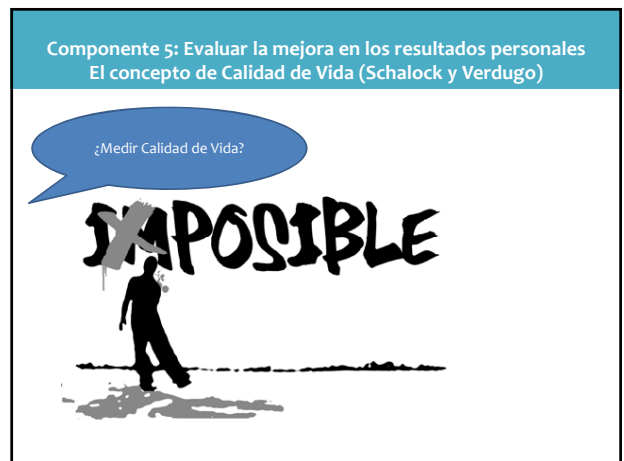
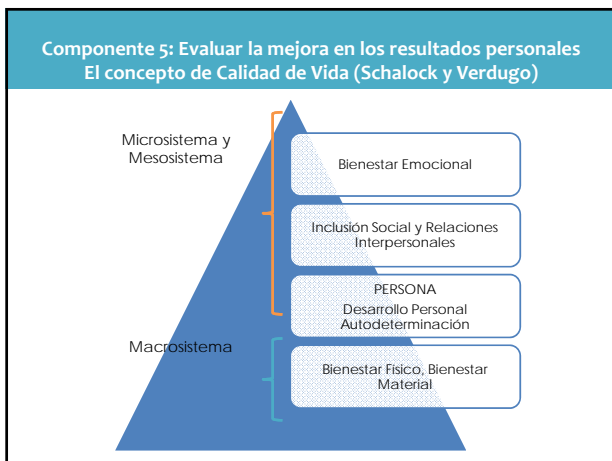


Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales El concepto de Calidad de Vida

La calidad de vida refleja las condiciones de vida deseadas por una persona con relación a ocho necesidades fundamentales

The image shows a close-up of a human hand with a simple smiley face drawn on the palm. The background is a soft, out-of-focus indoor setting.



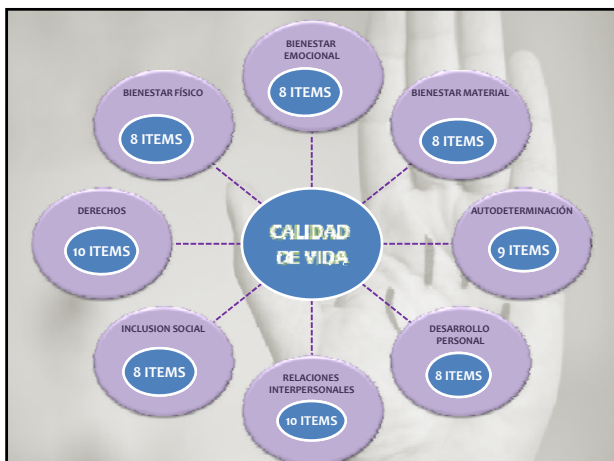


Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)



Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

Está destinada a la **evaluación objetiva** de la calidad de vida ya no solo de personas con discapacidad intelectual, sino de usuarios de servicios sociales en general, entre ellos, personas mayores, con cualquier tipo de discapacidad, con problemas de salud mental, con drogodependencias o con VIH/SIDA (adultos mayores de 18 años)



Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

NORMAS DE APLICACIÓN:

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- mucho	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 _____

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

FORMATO DE RESPUESTA

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

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

CALCULO DE LAS PUNTUACIONES
DIRECTAS

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 16					

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

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	16		
Relaciones interpersonales	25		
Bienestar material	30		
Desarrollo personal	14		
Bienestar físico	27		
Autodeterminación	9		
Inclusión social	20		
Derechos	35		
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de vida			

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

BAREMOS

General	Mayores	DI	RESTO
---------	---------	----	-------

Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	Percentil
20									>99
19		40							>99
18		39							>99
17		38		32			32		99
16		36-37		31			31		98
15	31-32	35		29-30		35-36	29-30		95
14	30	33-34		27-28	32	33-34	28		91
13	28-29	32	32	26	31	30-32	27	40	84
12	26-27	30-31	31	24-25	30	28-29	25-26	38-39	75
11	25	28-29	30	23	29	26-27	24	37	63
10	23-24	27	29	21-22	28	23-25	23	36	50
9	21-22	25-26	28	20	27	21-22	22	34-35	37
8	20	24	27	18-19	26	19-20	20-21	33	25
7	18-19	22-23	26	17	25	17-18	19	32	16
6	16-17	20-21	25	15-16	24	14-16	18	30-31	9
5	15	19	24	13-14	23	12-13	16-17	29	5
4	13-14	17-18	23	12	22	10-11	15	28	2
3	12	16	22	10-11	21	9	14	26-27	1
2	10-11	14-15	21	9	20		13	25	<1
1	8-9	10-13	8-20	8	8-19		8-12	10-24	<1

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

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	16	6	9
Relaciones interpersonales	25	9	37
Bienestar material	30	11	63
Desarrollo personal	14	5	5
Bienestar físico	27	9	37
Autodeterminación	9	3	1
Inclusión social	20	8	25
Derechos	35	9	37

Puntuación estándar TOTAL (suma) _____
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA
 (Puntuación estándar compuesta) _____
 Percentil del Índice de Calidad de vida _____

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

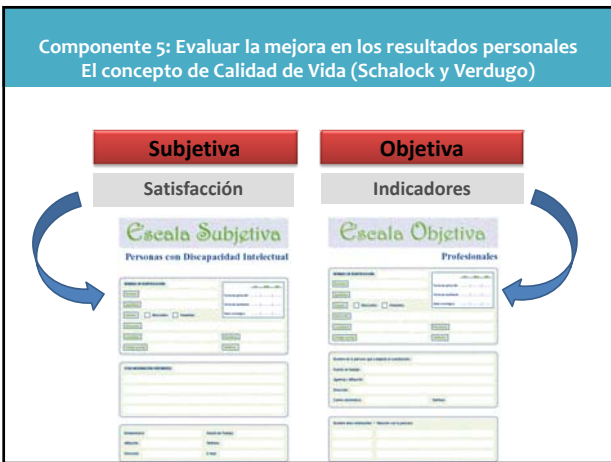
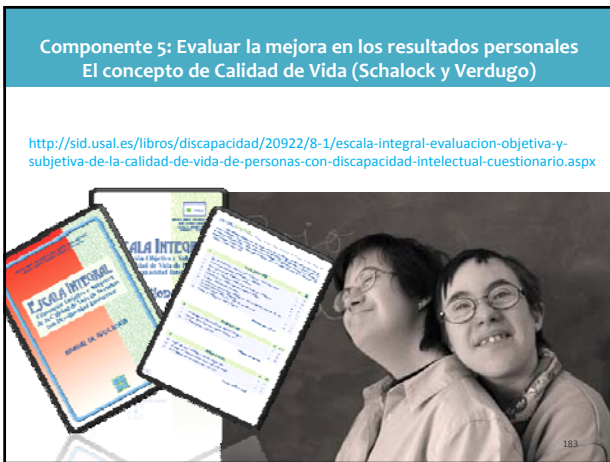
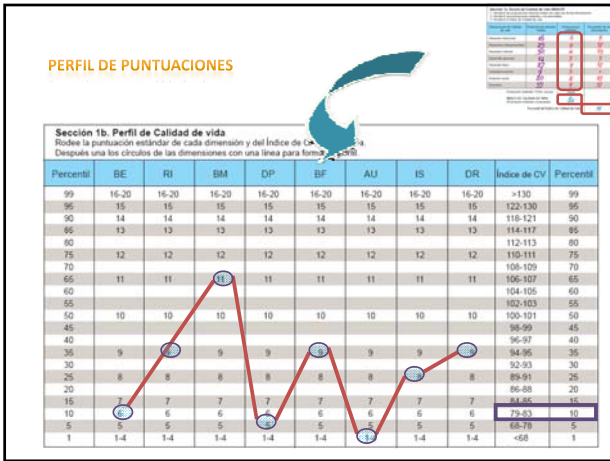
Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional	16	6	9
Relaciones interpersonales	25	9	37
Bienestar material	30	11	63
Desarrollo personal	14	5	5
Bienestar físico	27	9	37
Autodeterminación	9	3	1
Inclusión social	20	8	25
Derechos	35	9	37

Puntuación estándar TOTAL (suma) **60**
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA
 (Puntuación estándar compuesta) _____
 Percentil del Índice de Calidad de vida _____

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	16	6	9
Relaciones interpersonales	25	9	37
Bienestar material	30	11	63
Desarrollo personal	14	5	5
Bienestar físico	27	9	37
Autodeterminación	9	3	1
Inclusión social	20	8	25
Derechos	35	9	37

Puntuación estándar TOTAL (suma) **60**
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA
 (Puntuación estándar compuesta) **81**
 Percentil del Índice de Calidad de vida **11**



Escala Objetiva

Profesionales

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Apellido: _____

Edad: Masculino Femenino

Profesión: _____

Experiencia: _____

Formación: _____

Formación: _____

Formación: _____

Fecha de aplicación: _____

Fecha de recepción: _____

Mail respuesta: _____

Nombre de la persona que completa el cuestionario: _____

Punto de trabajo: _____

Agencia / Actividad: _____

Dirección: _____

Cómo acceder: _____ Teléfono: _____

Nombre otros informantes + relación con la persona

Escala Objetiva

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

Escala Integral de Calidad de Vida

Lea cuidadosamente cada frase y tache con una cruz la respuesta que considera más adecuada con respecto a la persona a la que se refiere el cuestionario. Responda lo más objetivamente que le sea posible. Sus respuestas son absolutamente confidenciales y sólo serán empleadas con fines de investigación. En el caso de que la persona con discapacidad intelectual no tenga un empleo, se considerará como tal las actividades que realice en un taller o en un aula.

A	AUTODETERMINACIÓN	SI	NO
1	Manifiesta intereses y objetivos propios y hace planes para alcanzarlos	1	0
2	Se mueve de forma independiente por su comunidad	1	0
3	Decide por sí mismo en qué gastar su dinero	1	0
4	Elige por sí mismo las actividades y lugares donde pasa su tiempo libre	1	0
5	Si alguien le robara, sabría cómo denunciarlo a la policía	1	0
6	Le dejan votar cuando hay elecciones	1	0
7	Participa en asociaciones de su comunidad (de vecinos, del barrio, parroquiales, etc.) y en actividades de ocio normalizadas (conciertos y espectáculos, cines, cafeterías, parques, etc.)	1	0
8	Mantiene su habitación ordenada y limpia	1	0
Puntuación Directa Total			

Escala Subjetiva

Personas con Discapacidad Intelectual

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Apellido: _____

Edad: Masculino Femenino

Profesión: _____

Experiencia: _____

Formación: _____

Formación: _____

Formación: _____

Fecha de aplicación: _____

Fecha de recepción: _____

Mail respuesta: _____

Nombre de la persona que completa el cuestionario: _____

Punto de trabajo: _____

Agencia / Actividad: _____

Dirección: _____

Cómo acceder: _____ Teléfono: _____

Nombre otros informantes + relación con la persona

**Escala Subjetiva
(Personas con DI mayores de 18)**

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a tu calidad de vida. Por favor, marca la opción de respuesta que MEJOR te describa no dejes ninguna cuestión en blanco. En el caso de que no tengas un empleo o trabajo, considera como tal las actividades que realices en un taller o en un aula.

A	AUTODETERMINACIÓN	TD	D	A	TA
1	Hago compras en tiendas y supermercados	1	2	3	4
2	Me dejan elegir el trabajo que más me gusta desempeñar	1	2	3	4
3	Puedo conseguir lo que propongo si me esfuerzo	1	2	3	4
4	Participo en mi barrio como cualquier otro	1	2	3	4
5	Participo en las asociaciones que me interesan	1	2	3	4
6	Si alguien me roba, sé cómo denunciarlo a la policía	1	2	3	4
7	Hago las tareas necesarias para mantener mi habitación ordenada y limpia	1	2	3	4
8	He decorado mi habitación a mi gusto yo mismo	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

Bien, ahora lo que te pedimos es que ordenes según la importancia que tienen para ti estos aspectos. Para ello, vamos a utilizar estas tarjetas. Debes elegir qué es lo más importante de todo y a esto le ponemos un 1, qué es lo segundo más importante, le pondremos un 2, después qué es lo tercero más importante, y así hasta ordenar todo por la importancia que tiene para ti. Así, entre estas tarjetas que te muestro, dime qué es lo más importante de todas para ti. Y lo siguiente más importante. Y lo siguiente....

		Autodeterminación	Inclusión Social
		Bienestar Físico	Bienestar Emocional
		Bienestar Material	Desarrollo Personal
		Relaciones Interpersonales	Derechos

MARCA CON NÚMEROS DEL 1-8 LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA O

BIENESTAR EMOCIONAL Sentirte tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso, relacionarte con distintas personas, tener amigos y compañeros, etc.).

RELACIONES INTERPERSONALES Tener suficiente dinero para comprar lo que necesitas. Aprender distintas cosas, tener conocimientos, saber lo que te gustan.

BIENESTAR MATERIAL Tener buena salud, no tener dolores, no estar enfermo. Decidir por ti mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quieres, cómo quieres que sea tu vida, tu trabajo, tu tiempo libre, el lugar donde vives, las personas con las que estás.

DESARROLLO PERSONAL Ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirte miembro de la sociedad, sentirte integrado.

BIENESTAR FÍSICO Ser considerado igual que el resto de la gente, que te traten igual, que respeten tu forma de ser, tus opiniones, tus deseos, tu intimidad, tus derechos.

AUTODETERMINACIÓN

INCLUSIÓN SOCIAL

DERECHOS

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schallock y Verdugo)

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA INFANCIA



Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schallock y Verdugo)

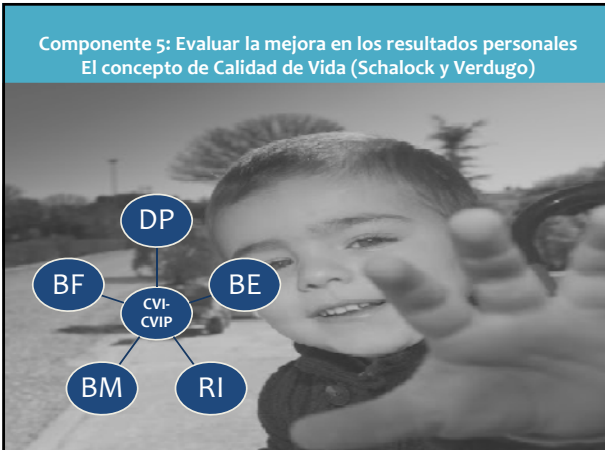


Diagram illustrating the components of CVI-CVIP: DP, BF, BE, BM, RI, and CVI-CVIP.

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schallock y Verdugo)

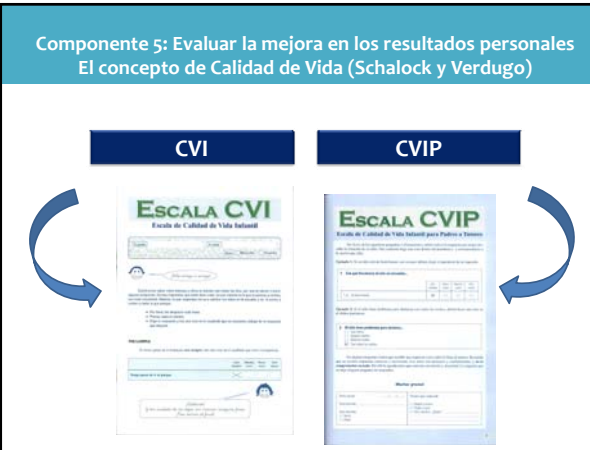


Diagram illustrating the relationship between the CVI (Escala CVI) and CVIP (Escala CVIP) questionnaires.

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

¿A quién está dirigido?

- CVI: a niños entre los 8 y los 11 años
- CVIP: a padres o tutores de niños de edades entre los 8 y los 11 años

Número de ítems

- CVI: 53 ítems con 4 opciones de respuesta
- CVIP: 64 ítems, algunos con 2 opciones de respuesta otros con 4

Duración

- CVI: entre 20 y 40 minutos
- CVIP: entre 15 y 20 minutos

Finalidad

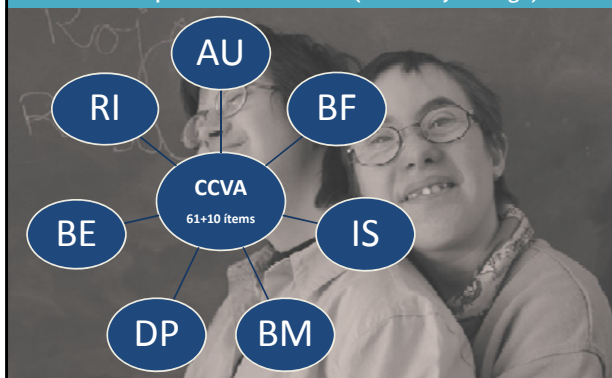
- CVI: evaluar la calidad de vida percibida por niños de Educación Primaria
- CVIP: evaluar la calidad de vida de niños de Educación Primaria a partir de la información aportada por los padres o tutores

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

Cuestionario de evaluación de la calidad de vida de
alumnos adolescentes



Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)



Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales
El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)

Aplicación

- Alumnos entre 12 y 18 años con necesidades educativas especiales y sin ellas

Administración

- Individual o colectiva

Duración

- 45 m (individual) y 25 m (colectiva)

Informadores

- Profesionales del Equipo de Orientación Psicopedagógica y/o tutores

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)


Número de ítems

- 61 enunciados sencillos ante los que el adolescente debe expresar su acuerdo o desacuerdo
- 4 opciones de respuesta
- Ítems con preguntas abiertas
- 10 preguntas abiertas de carácter cualitativo

Finalidad

- Evaluar de la calidad de vida de alumnos de Educación Secundaria con edades entre 12 y 18 años

Componente 5: Evaluar la mejora en los resultados personales El concepto de Calidad de Vida (Schalock y Verdugo)



Conocer cómo los niños y adolescentes perciben su calidad de vida y cómo la perciben sus padres, para desarrollar prioridades y actividades educativas de apoyo

Valorar las repercusiones en los alumnos de intervenciones educativas y clínicas

Estudiar la relación entre diferentes clases de apoyo y calidad de vida en alumnos con necesidades especiales

Evaluar las diferencias entre grupos para detectar sectores vulnerables

Detectar variables vinculadas con niveles altos y bajos de bienestar percibido



Recursos Modulo II: Planificación de Apoyos

Planificación Centrada en la Persona

FEAPS (2007). Planificación Centrada en la Persona. Madrid: FEAPS

Apoyos y DI

Schalock, R. L. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual: apoyos individuales y resultados personales. *Siglo Cero*, 40(1), 22-39.

Calidad de Vida y Resultados Personales

Verdugo, M.A. (2009). El cambio educativo desde una perspectiva de calidad de vida. *Revista de Educación*, 349, 23-43

Implicaciones del modelo multidimensional de la AAIDD en el ámbito educativo



Implicaciones del modelo multidimensional de la AAIDD en el ámbito educativo

los Estados Partes deben asegurar un sistema de educación inclusivo que garantice que las personas con discapacidad puedan desarrollar su potencial humano en las distintas etapas educativas mediante la realización de los ajustes razonables y la provisión de apoyos (ONU, 2006)



Cada niño tiene el derecho fundamental a la educación y se le debe dar la oportunidad de lograr y mantener un nivel aceptable de aprendizaje (UNESCO, 1994)

- a) Adoptando el principio de educación inclusiva en las leyes y políticas públicas, a menos que haya razones para actuar de otro modo
- b) Respalando el enfoque de la educación inclusiva como parte integral de todos los programas educativos



Implicaciones del modelo multidimensional de la AAIDD en el ámbito educativo: Educación Inclusiva

Ventajas frente a la Educación Especial en entornos segregados

Evita la rutinización del contenido curricular en función del nivel de discapacidad o deterioro y su consecuente falta de individualización

Evita el aislamiento y exclusión social

Evita las bajas expectativas de rendimiento así como la aparición de comportamientos problemáticos asociados con factores inherentes a entornos segregados



Implicaciones del modelo multidimensional de la AAIDD en el ámbito educativo: Educación Inclusiva

Modelo multidimensional de la AAIDD: aboga por entornos inclusivos con un énfasis en los apoyos individualizados a través de 3 prácticas fundamentales



El diseño Universal para el Aprendizaje (DUA)



Tecnología educativa y de apoyo



Aplicación de Apoyos Conductuales Positivos

Implicaciones del modelo multidimensional de la AAIDD en el ámbito educativo: Educación Inclusiva. DUA

Nuevo enfoque de enseñanza, aprendizaje y evaluación basado en los avances sobre el aprendizaje y las nuevas tecnologías para responder a las diferencias individuales de TODOS los estudiantes



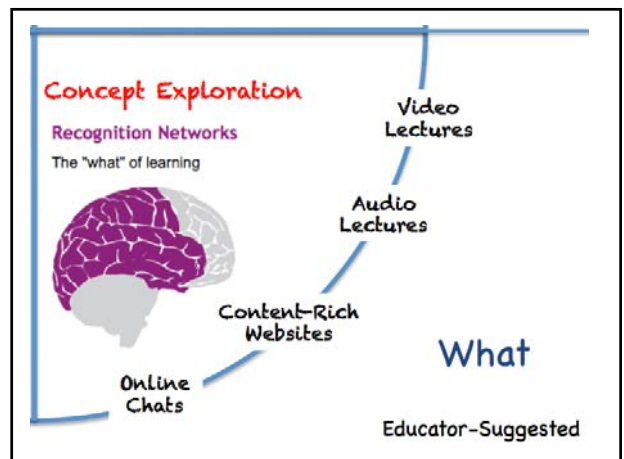
Implicaciones del modelo multidimensional de la AAIDD en el ámbito educativo: Educación Inclusiva. DUA

múltiples medios de representación	múltiples formas para la acción y la expresión	múltiples formas de participación
Presentar información y contenido de diferentes modos QUÉ	Diferenciar los modos en los que los estudiantes pueden expresar lo que saben CÓMO	Estimular el interés y la motivación para el aprendizaje PORQUÉ

Implicaciones del modelo multidimensional de la AAIDD en el ámbito educativo: Educación Inclusiva. DUA

Principio I: Proporcionar múltiples formas de representación (el “qué” del aprendizaje). Los estudiantes difieren en los modos en los que perciben y comprenden la información que se les presenta. Por ejemplo, los estudiantes con discapacidad sensorial visual (ceguera o sordera); dificultades de aprendizaje (dislexia); diferencias culturales o del lenguaje y así sucesivamente, pueden requerir **diferentes modos de enfrentarse a los contenidos**. Otros, simplemente, podrían captar la información más rápido o de manera más eficiente a través de medios visuales o auditivos más que con texto impreso

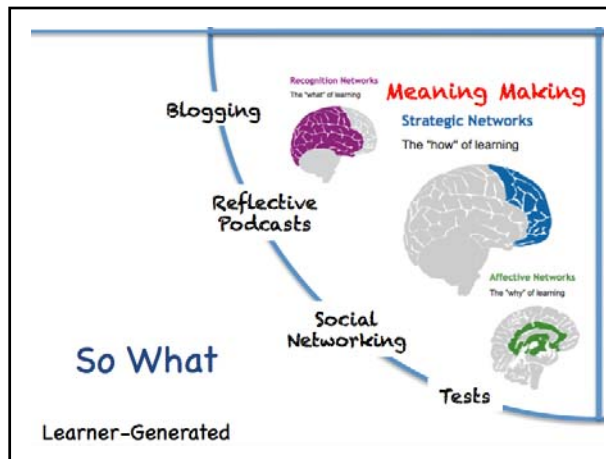
En resumen, **no hay una única manera de representación que sea óptima para todos los estudiantes, por lo tanto proporcionar opciones para la representación es esencial**



Implicaciones del modelo multidimensional de la AAIDD en el ámbito educativo: Educación Inclusiva. DUA

Principio II: Proporcionar múltiples medios de acción y de expresión (el "cómo" del aprendizaje). Los estudiantes difieren en los modos en que se desenvuelven en un contexto educativo y en la forma de expresar lo que saben. Por ejemplo, los estudiantes con deterioros significativos en la movilidad (parálisis cerebral), con problemas en sus habilidades estratégicas y de organización (problemas de función ejecutiva). Algunos estudiantes pueden ser capaces de expresarse adecuadamente por escrito, pero no por vía oral y viceversa

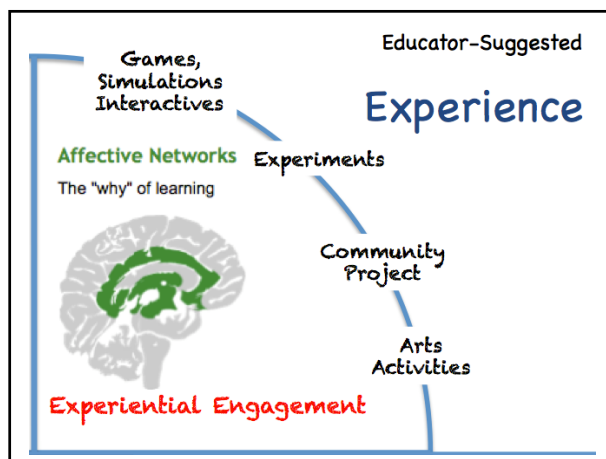
En realidad, no hay un único medio de expresión óptimo para todos los estudiantes; proporcionar opciones para la acción y la expresión es esencial



Implicaciones del modelo multidimensional de la AAIDD en el ámbito educativo: Educación Inclusiva. DUA

Principio III. Proporcionar diferentes formas de motivación (el "por qué" del aprendizaje). Los sentimientos constituyen un elemento crucial para el aprendizaje y los estudiantes difieren mucho en el modo en que se implican y se motivan para el aprendizaje. Hay una gran variedad de fuentes que pueden influir sobre las variaciones individuales en los sentimientos, incluyendo aspectos neurológicos, culturales, de relevancia personal, subjetivos, o de conocimientos previos, así como otros factores que se presentan en estas pautas

En realidad, no hay una única forma de motivación que sea óptima para todos los estudiantes y en todos los contextos; proporcionar múltiples opciones para la motivación y el compromiso es esencial



Implicaciones del modelo multidimensional de la AAIDD en el ámbito educativo: Educación Inclusiva. ACP

¿Cómo manejar el aula para crear un entorno de aprendizaje sin interrupciones para todos los alumnos y ocuparse a la vez de los problemas de conducta que muestran algunos de ellos?



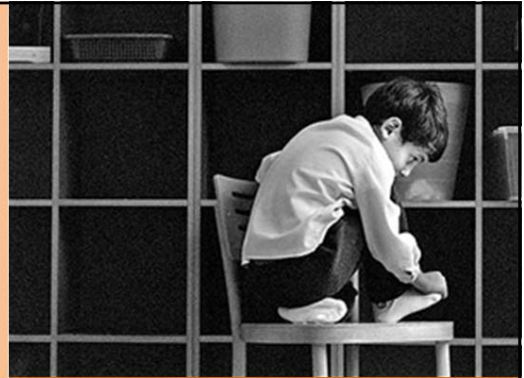
Apoyo Conductual Positivo: Modificar el entorno antes de que la conducta problema aparezca y enseñar comportamientos apropiados como estrategia para eliminar la necesidad de exhibir la conducta problema.

Junto con el AFC permite:

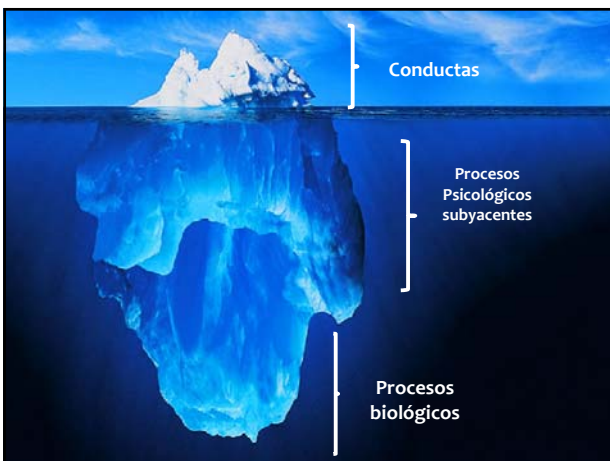
- Prevenir la conducta problema identificando los antecedentes que predicen su aparición
- Enseñar habilidades que reemplacen la conducta problema y amplíen la posibilidad de que se refuerce a la persona
- Cambiar refuerzos inadecuados del comportamiento problemático

El Apoyo Conductual Positivo no trata sobre una ciencia abstracta, trata sobre las vidas – vidas que demuestran posibilidades más que desventajas (Ted Carr)

Módulo 3



Evaluación Psicopedagógica de Necesidades Educativas Específicas
II. Trastornos del Espectro Autista



Leo Kanner



1943

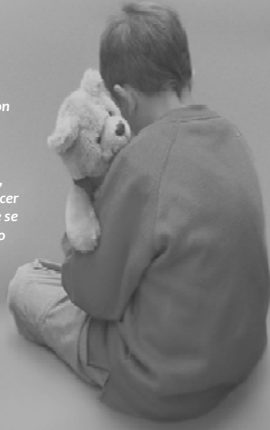
Hans Asperger



1944

Iba de un lado a otro sonriendo, haciendo movimientos estereotipados con los dedos, cruzándolos en el aire. Movía la cabeza de un lado a otro mientras susurraba o repetía el mismo soniquete de tres tonos. Hacía girar con enorme placer cualquier cosa que se prestara hacerse girar... Cuando le metían en una habitación, ignoraba completamente a las personas y al instante se iba a por los objetos, sobre todo aquellos objetos que se podían hacer girar... Empujaba muy enfadado la mano que se interponía en su camino, el pie que pisaba uno de sus bloques...

(Caso de Donald, 5 años)
Kanner, 1943



1943-1963

Trastorno emocional

Enfoque psicodinámico

1963-1983

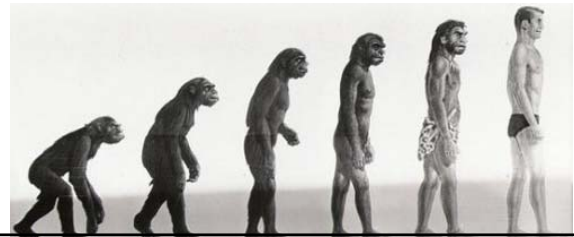
Factores genéticos y neurobiológicos

Enfoque cognitivo y conductual (Modificación de Conducta y las asociaciones de padres)

Desde 1983

Trastorno del desarrollo

Enfoque evolutivo



Teoría de la Mente (Baron-Cohen et al., 1985)

- Es la capacidad de comprensión de los estados mentales: En TEA dificultad para interpretar los sentimientos de otras personas, creencias, intenciones o deseos: Dificultades para anticipar lo que los demás pueden pensar de sus acciones; Dificultades para interpretar Sentido figurado, malentendidos, engaños, bromas, convenciones sociales (e.g., Sally y Ana)
- Se adquiere, aproximadamente, a los 3-4 años de edad.
- Propone un déficit cognitivo (alteraciones neurológicas + manifestaciones conductuales)
- El mundo social resulta caótico y confuso.

Epidemiología

4 : 1

< Nivel de funcionamiento



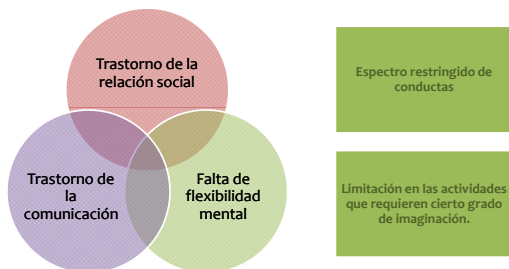
Diagnóstico

Hasta el momento... Según DSM-IV-TR



Diagnóstico

Wing y Gould (1979)



Influencia de la DI y nivel de lenguaje comprensivo en la manifestación de los síntomas

Espectro autista: resalta la noción de un continuo de severidad

TGD

Autismo

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL

SÍNDROME DE ASPERGER

TRASTORNO AUTISTA

SÍNDROME DE RETT

Trastornos	Presentación / Curso	Retraso	Gravedad	Dominios afectados
AUTISMO	Antes de los 3 años	Puede o no estar asociado con retraso general	Excede los umbrales del número de características	Social, comunicación y conductas repetitivas
TDI (Trastorno Desintegrativo Infantil)	2-10 años; pérdida del lenguaje y al menos otra habilidad	Asociado con DI requiriendo apoyo intenso	Umbrales no especificados pero parecen similares al autismo	Anormalidades en dos o tres dominios de autismo
ASPERGER	Antes o después de 3 años	No hay retraso ni en lenguaje o cognición	Puede exceder el umbral en el área social	Social e intereses restringidos
TGD NO ESPECIFICADO	Puede fallar para cumplir los criterios de autismo	Puede o no estar asociado con retraso del Desarrollo	Puede exceder el umbral en una o más áreas	Dos de las tres categorías de síntomas, o hasta en una sola de los tres.

Síndrome de Rett

Trastorno que afecta principalmente a niñas (marcador genético: alteración cromosoma X. Mutación del gen MECP2). Después de un periodo de desarrollo normal de 6 - 18 meses



Síndrome de Rett

A. Tienen que darse todas estas características:

1. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normales
2. Desarrollo psicomotor aparentemente normal en los cinco primeros meses de vida
3. Perímetro cefálico normal en el nacimiento

B. Aparición de las características siguientes tras un primer desarrollo normal:

1. Deceleración del crecimiento cefálico de los 5 a los 48 meses.
2. Pérdida entre los 5 y los 30 meses, de acciones propositivas adquiridas previamente con desarrollo subsiguiente de estereotipias (lavado o retorcimiento de manos)
3. Pérdida de la relación social al principio del trastorno (aunque luego pueden desarrollarse algunas capacidades de relación)
4. Aparición de movimientos poco coordinados de tronco o de ambulación
5. Deficiencia grave en el lenguaje expresivo y receptivo y retraso psicomotor grave.

Diagnóstico

Cambios en el DSM-5




American Psychiatric Association
DSM-5 Development

Diagnóstico

- Trastornos del Espectro Autista vs. TGD (dentro de T. de neurodesarrollo)
- Desaparecen las categorías diagnósticas (TDI, SA, TGN-NE...). TEA como continuo, justificado en parte por la ausencia de marcadores genéticos que establezcan los límites categóricos (a pesar de la variabilidad del fenotipo) y por diversos estudios que demuestran cómo las categorías del DSM-IV-TR pueden cambiar con el tiempo
- Independencia del Síndrome de Rett (entidad independiente)
- Cambio de criterios diagnósticos: diada
- Especificar severidad y características asociadas
- Retraso/alteración en lenguaje deja de considerarse un sintoma definitorio (antes establecía las diferencias entre SA y Autismo)
- Se especificarán manifestaciones en distintos rangos de edad

Diagnóstico: Diada de Síntomas

Swedo, Susan, M.D.
Baird, Gillian, MA.
Cook Jr., Edwin H., M.D.
Happé, Francesca G., Ph.D.
Harris, James C., M.D.
Kaufmann, Walter E., M.D.
King, Bryan H., M.D.
Lord, Catherine E., Ph.D.
Piven, Joseph, M.D.
Rogers, Sally J., Ph.D.
Spence, Sarah J., M.D., Ph.D.
Wetherby, Amy, Ph.D.
Wright, Harry H., M.D.



Diagnóstico DSM-5

- A. Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando simultáneamente los tres déficits siguientes:
- Déficits en la reciprocidad social y emocional; que pueden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por la reducción de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacción social.
 - Déficits en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social; que pueden abarcar desde una comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, pasando por anomalías en el contacto visual y en el lenguaje corporal, o déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta la falta total de expresiones o gestos faciales.
 - Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo (más allá de las establecidas con los cuidadores); que pueden abarcar desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos, hasta la aparente ausencia de interés en las otras personas.

Diagnóstico DSM-5

- B. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en DOS de los siguientes puntos:
- Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas)
 - Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios)
 - Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).
 - Se incluye: hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado, fascinación por las luces o los objetos que ruedan)

Diagnóstico DSM-5

- C. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades).
- D. La conjunción de síntomas limita y discapacita para el funcionamiento cotidiano.

Además cada persona evaluada puede ser descrita en términos de una causa genética conocida (Autismo + mutación gen MECP2), nivel de lenguaje y DI, u otras condiciones médicas.
Se añade la categoría "Trastorno de la Comunicación Social" que excluye la presencia de comportamientos repetitivos o estereotipados. Pero... ¿Criterios diagnósticos? ¿El próximo TGD-NE?

Todas aquellas personas con un diagnóstico previo, incluyendo a aquellos con SA, mantendrán su diagnóstico



Niveles de severidad para el Trastorno del Espectro Autista

	Comunicación social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Nivel 3: "requiere soporte muy substancial"	Severos déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan severas discapacidades de funcionamiento; muy limitada iniciación de interacciones sociales y mínima respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas interfieren marcadamente con el funcionamiento en todas las esferas. Marcado malestar cuando los rituales o rutinas son interrumpidos; resulta muy difícil apartarlo de un interés fijo o retorna a él rápidamente.
Nivel 2: "requiere soporte substancial"	Marcados déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; aparentes discapacidades sociales incluso recibiendo apoyo; limitada iniciación de interacciones sociales y reducida o anormal respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Rituales y conductas repetitivas y/o preocupaciones o intereses fijos aparecen con suficiente frecuencia como para ser obvios al observador casual e interfieren con el funcionamiento en variados contextos. Se evidencia malestar o frustración cuando se interrumpen rituales y conductas repetitivas; dificultad a apartarlo de un interés fijo.
Nivel 1: "requiere soporte"	Sin recibir apoyo, déficits en comunicación social causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas a las aproximaciones sociales de otros. Puede aparentar una disminución en el interés a interactuar socialmente.	Rituales y conductas repetitivas causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste intentos de otros para interrumpir rituales y conductas repetitivas o ser apartado de un interés fijo.

Diagnóstico DSM-5: Criterio A



Déficits en la reciprocidad social y emocional; que pueden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por la reducción de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacción social

¿Fusión de ambos aspectos?

Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo (más allá de las establecidas con los cuidadores); que pueden abarcar desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos, hasta la aparente ausencia de interés en las otras personas.

¿Especificidad de 'adecuadas al nivel de desarrollo'?
¿Capacidad para expresar y comprender emociones?

¿Eliminación del Juego Simbólico?

Diagnóstico DSM-5: Criterio B



Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas)

¿Falsos positivos cuando existan alternaciones del lenguaje?
¿Es sensible el criterio B a la presencia de TEA en niños menores de 3 años?

Severidad: ¿Inespecífico? ¿Instrumentos?



Conceptualización dimensional vs. Categorical, pudiendo especificar severidad.
Adopción del término TEA
Posibilidad de señalar la variabilidad del colectivo en base a factores como el CI, lenguaje, etc.
Incremento de la validez del diagnóstico al exigir un mayor número de síntomas en el ámbito social (al menos 2 vs. todos)
Incorporación del criterio de alteraciones sensoriales

Diagnóstico DSM-5: Criterio B



Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry
Volume 51, Issue 4, April 2012, Pages 385-383



New research

Sensitivity and Specificity of Proposed *DSM-5* Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder

James C. McPartland, Ph.D., Brian Reichow, Ph.D., Fred R. Volkmar, M.D.

Sensibilidad: porcentaje de personas que reciben un diagnóstico correcto de TEA. **60,6% (398) personas de 657 recibieron un diagnóstico acertado de TEA.** Mientras que **259 (39,4%) no cumplieron los criterios**, habiendo recibido previamente un diagnóstico conforme al DSM-IV-TR. Mayor sensibilidad **cuanto menor es el CI** (70% vs. 46%), sin diferencias en cuanto al sexo o la edad

Especificidad: porcentaje de personas a las que correctamente no se les diagnostica un TEA. Tan solo 14 personas no recibieron un diagnóstico de TEA que sí presentaban (**especificidad del 94,9%**)

N=933 (657 con diagnóstico de TEA vs. 276 con otros diagnósticos como DI, TEL)

Diagnóstico DSM-5: Criterio B



Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry
Volume 51, Issue 4, April 2012, Pages 385-383



New research

Sensitivity and Specificity of Proposed *DSM-5* Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder

James C. McPartland, Ph.D., Brian Reichow, Ph.D., Fred R. Volkmar, M.D.

El 75% de las personas con un diagnóstico de Autismo según el DSM-IV-TR cumplieron los criterios del DSM-5, pero sólo lo hicieron el 25% de los casos de Asperger y el 28% de los casos de TGD-NE, fundamentalmente debido al Criterio A. ¿Futuras personas elegibles para un diagnóstico de 'Trastorno de la Comunicación Social'?

¿Criterios diagnósticos más exigentes?

¿Las clasificaciones anteriores aumentaron las ratios de TEA debido a su inespecificidad?

¿Repercusiones para la investigación?

¿CIE-11? Mantiene una aproximación categórica

Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA



Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA

Proceso de evaluación multidisciplinar que implica a profesionales de la psicología, la medicina, la pediatría o la pedagogía

Promover la participación de la familia y fomentar el intercambio de información en busca de una visión compartida del problema

La evaluación nunca es el fin del proceso diagnóstico. Es sólo el comienzo de un camino en el que desarrollaremos un Plan de Apoyos Individualizados que mejore resultados personales



Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA



- Historia Clínica**
 - Recogida de información sobre la historia de la persona (antecedentes médicos y familiares)
- Evaluación Psicológica**
 - Inteligencia, habilidades sociales, comunicativas y lingüísticas así como conducta adaptativa
- Evaluación médica**

Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA

- **Entrevista a los padres: Historia Clínica**
 - Objetivo: recoger toda la problemática actual y pasada que excluya todas las posibles hipótesis, determine un diagnóstico y planifique un tratamiento. **Antecedentes familiares, datos pre y neonatales** (consumo de alcohol durante el embarazo), **adquisición de hitos evolutivos** (enfazando aspectos clave como desarrollo de reciprocidad social, lenguaje, juego simbólico), **historia de salud** de la persona con sospecha de TEA, **aspectos psicosociales** (como historia educativa, relación con otros niños de su edad) y **familiares, diagnósticos o consultas previas**
 - Instrumentos como el **ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)** o el **DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder)** nos permitirán recoger datos sobre la historia evolutiva, aunque no disponemos de este último en castellano

Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA



Evaluación Psicológica

- 1 • Evaluación del desarrollo cognitivo
- 2 • Evaluación de funciones como el lenguaje y la comunicación
- 3 • Evaluación de habilidades sociales y adaptativas
- 4 • Evaluación de comportamientos sospechosos presentes en los TEA

Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA

Evaluación del desarrollo cognitivo, lenguaje y comunicación



El funcionamiento intelectual nunca ha constituido un criterio diagnóstico de TEA en particular, PERO...

DSM: en la mayor parte de los casos existe un diagnóstico asociado de DI

Chakrabarti y Fombone (2001); Edelson (2006): 40-55%

¿idoneidad de los instrumentos de evaluación utilizados?



Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA

Cierto consenso científico al considerar la existencia de limitaciones significativas en conducta adaptativa en el caso de los TEA (independientemente de la presencia o ausencia de DI)

Conducta adaptativa: 48% de la varianza entre personas con y sin TEA

¿Patrón específico de habilidades adaptativas?

AVD

Socialización

Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA

Patrón más irregular en el desarrollo de habilidades adaptativas

La diferencia entre el nivel de funcionamiento intelectual y el nivel de conducta adaptativa es mayor en muestras de personas con autismo con lenguaje oral y cuyo funcionamiento intelectual se encuentra alrededor de la media

Déficits más severos en socialización en comparación con otros niños/as con un nivel de funcionamiento intelectual similar

Déficits que se acentúan con la edad y en función del nivel de DI, o sintomatología autista en el caso de las personas con un TEA de alto funcionamiento

La diversidad en el colectivo de personas con TEA podría explicarse en términos de su nivel de habilidades adaptativas

¿Necesidad de normas suplementarias?

Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA

Escalas Vineland de Conducta Adaptativa

Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa ABAS-II

Escalas de Conducta Adaptativa de la AAMR ABS-S-2

Inventario para la planificación de servicios y la programación individual ICAP

Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS)

De gran ayuda
 Videos y observación del niño/a
 Valoración de informes previos
 Test de comprensión social (Extrañas historias de Happé)

Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA

Parecen existir diferencias entre distintos grupos poblacionales con síndromes específicos en lo que a habilidades adaptativas se refiere, lo cual podría aportar una información sumamente relevante a procesos como la Clasificación, Descripción y Planificación de Apoyos

¿Fenotipo Conductual?

Subescala	Habilidad	TEA y DI	DI
Social	Se presenta a otras personas	.41	1.00
	Contribuye como miembro de su grupo social	.04	.70
	Sigue en el tema de conversación del grupo	.07	.64
	Ofrece su ayuda sin necesidad de que se la pidan	.33	1.04
	Se resiste cuando alguien le insta a hacer algo que está mal	.12	1.58
	Lee y obedece las señales habituales	.36	1.04
	Muestra interés por los sentimientos de los demás	.70	1.68
	Adecúa su comportamiento a las demandas de la situación social	.66	1.58

Buenas prácticas en la evaluación psicopedagógica de alumnos con TEA

Evaluación de comportamientos presentes en TEA !!!!Sin olvidar el Juicio Clínico!!!!

ADOS – 6 Autism Diagnostic Observation Schedule (Lord et al., 2000)

1ª fase: Comunicación, socialización, juego, intereses repetitivos.

2ª Fase: imitación, representación, atención conjunta.

ADI – R The Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ). Ehlers, S., Gillberg, G., & Wing, L. (1999). Mayores niveles de funcionamiento

CAST (Childhood Asperger Syndrome Test)

CARS (Childhood Autism Rating Scale)

Entrevista de diagnóstico del Síndrome de Asperger (Gillberg y cols. 2009)

M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers, de Robins, Fein, Barton, & Liss, 2001), es una versión ampliada del CHAT.

<http://www.equipoiridia.es/>

<http://aetapi.org/mevaluacion.htm>



DSM-5

MacPartland, J. C., Reichow, B., y Volkmar, F.R. (2012). *Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 368-383.

Buenas prácticas en el diagnóstico de Autismo

Díez-Cuervo, A. et al., (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41(5), 299-310.

Hernández, J. M. et al., (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41(5), 237-245.

Comunicación a Familias

Bohórquez, D., et al., (2007). Un niño con autismo en la familia. Universidad de Salamanca y MTAS



Muchas gracias!
Eskerrik Asko!!!!



Patricia Navas.
patricianavas@usal.es