

Escala SIS-C de Evaluación de las Necesidades de Apoyo para niños y adolescentes con discapacidades intelectuales y del desarrollo

MIGUEL ÁNGEL VERDUGO ALONSO
BENITO ARIAS MARTÍNEZ
VERÓNICA MARINA GUILLÉN MARTÍN
ANTONIO MANUEL AMOR GONZÁLEZ
VIRGINIA AGUAYO ROMERO
EVA VICENTE SÁNCHEZ
PEDRO JIMÉNEZ NAVARRO

Escala SIS-C de Evaluación de las
Necesidades de Apoyo para niños
y adolescentes con discapacidades
intelectuales y del desarrollo

*Proyectos de Investigación del Ministerio de Economía
y Competitividad (MINECO; PSI2012-36278) y
de la Junta de Castilla y León (SA120U13)*

Escala SIS-C de Evaluación de las Necesidades de Apoyo para niños y adolescentes con discapacidades intelectuales y del desarrollo

Proyectos de Investigación del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO; PSI2012-36278) y de la Junta de Castilla y León (SA120U13)

Autores:

MIGUEL ÁNGEL VERDUGO ALONSO

BENITO ARIAS MARTÍNEZ

VERÓNICA MARINA GUILLÉN MARTÍN

ANTONIO MANUEL AMOR GONZÁLEZ

VIRGINIA AGUAYO ROMERO

EVA VICENTE SÁNCHEZ

PEDRO JIMÉNEZ NAVARRO

Publicaciones del INICO
Instituto Universitario de Integración en la Comunidad
Universidad de Salamanca, Salamanca, 2021

Los contenidos de esta publicación son propiedad intelectual de sus respectivos autores.

- De la prueba original SIS-C: Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [AAIDD]).
- De la traducción y adaptación al contexto español (gracias al permiso y apoyo de la AAIDD): Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca.

Agradecemos la colaboración a los y las profesionales que han participado en el trabajo de campo del proyecto. También queremos dar las gracias al Dr. James R. Thompson por su apoyo a lo largo de todo el proceso.

Consideraciones sobre el uso del lenguaje: este documento se ha redactado siguiendo las pautas de la Real Academia de la Lengua (RAE) sobre el lenguaje inclusivo, donde se admite el uso genérico del masculino sin ninguna connotación sexista o discriminatoria.

Colección Herramientas 18/2021
(Distribución gratuita)

1ª Edición: 2021

Autores:

Miguel Ángel Verdugo Alonso
Benito Arias Martínez
Verónica Marina Guillén Martín
Antonio Manuel Amor González
Virginia Aguayo Romero
Eva Vicente Sánchez
Pedro Jiménez Navarro

Edita y distribuye: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad

Avenida de la Merced, 109-131
37005 Salamanca
Teléf. 923 294 695
correo-e: inico@usal.es
<http://inico.usal.es>



D.L.: S. 65-2021
ISBN: 978-84-09-28317-0

Imprime:
Imprenta KADMOS
Salamanca, 2021

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
AGRADECIMIENTOS	11
I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	13
1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL DESDE EL MODELO DE APOYOS	13
2. LOS APOYOS Y SU PLANIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA	16
3. EL CONSTRUCTO DE NECESIDADES DE APOYO: DEFINICIÓN Y FACTORES INFLUYENTES.....	21
4. NECESIDADES DE APOYO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	23
II. PROCEDIMIENTO DE DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE LA SIS-C....	25
1. ELABORACIÓN ORIGINAL Y DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA	26
2. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL	29
2.1. Traducción y adaptación del banco de ítems inicial	29
2.2. Construcción de la versión provisional del instrumento.....	30
2.3. Estudio piloto	30
2.4. Análisis del estudio piloto	31
2.5. Selección de la muestra y aplicación de la escala	32
2.6. Análisis de datos	35
3. RESULTADOS: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	36
3.1. Análisis de la calidad de los ítems.....	36
3.2. Evidencias de fiabilidad de la escala y sus subescalas	40
3.3. Evidencias de validez basadas en la estructura interna de la escala	45
4. LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN COMPLEMENTARIAS	49

III. IMPLICACIONES PRÁCTICAS	51
IV. LA ESCALA DE INTENSIDAD DE APOYOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (SIS-C)	53
1. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO.....	53
2. NORMAS DE APLICACIÓN	54
3. ESTRUCTURA: SECCIONES, SUBESCALAS E ÍTEMS	66
4. DESCRIPCIÓN DETALLADA Y EJEMPLO DE LOS ÍTEMS.....	78
5. NORMAS DE PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN	90
6. BAREMOS	94
7. ÍNDICE DE NECESIDADES DE APOYO.....	100
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
VI. ANEXO: EJEMPLO RESUELTO.....	111

INTRODUCCIÓN

El informe de investigación presentado en este documento corresponde al proyecto de investigación titulado *Desarrollo y validación de una escala de evaluación de necesidades de apoyo en niños y adolescentes con discapacidad intelectual*, solicitado y desarrollado por el INICO (Instituto Universitario de Integración en la Comunidad de la Universidad de Salamanca) y financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2012-36278). De manera complementaria, se han ido desarrollando otros proyectos estrechamente vinculados a los posibles usos de esta herramienta, entre los que destaca el proyecto titulado *Evaluación y análisis diferencial de necesidades de apoyo en alumnos con y sin discapacidad intelectual*, financiado por la Junta de Castilla y León (SA120U13).

Concretamente, el objetivo principal ha sido elaborar una escala válida para evaluar necesidades de apoyo en niños y adolescentes (de 5 a 16 años) con discapacidades intelectuales y del desarrollo según su intensidad, en términos del tipo, frecuencia y duración diaria. Esta escala se ha desarrollado en castellano de manera simultánea al proceso de construcción original en inglés, desarrollado por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* – AAIDD). Los resultados de este proyecto han permitido elaborar una herramienta de evaluación de gran utilidad para las organizaciones y centros educativos que trabajan con niños y adolescentes con discapacidades intelectuales y del desarrollo. Tanto es así que el proyecto

ha recibido la valoración final de MUY SATISFACTORIO por parte del Ministerio correspondiente.

La herramienta resultante (Thompson et al., 2016), desarrollada en varios países en un intento de contar con un instrumento de evaluación común, es conocida internacionalmente como SIS-C (*Supports Intensity Scale - Children's Version; SIS for Children*). En España, la Escala de Intensidad de Apoyos para Niños y Adolescentes supone el primer intento por ofrecer a los profesionales un instrumento de evaluación específico que permita conocer las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual desde edades tempranas y aportar información objetiva que pueda ser utilizada como referencia en la elaboración de planes de apoyo personalizados. Para su desarrollo, se ha seguido un proceso muy riguroso de adaptación y validación que ha contado con la colaboración de numerosos investigadores y expertos, así como de una amplia muestra de participantes de diferentes centros, asociaciones y entidades de todo el territorio nacional, a quienes nos gustaría dedicar unas primeras páginas de agradecimiento. Posteriormente, se ofrece una breve descripción del proyecto, que comienza con un apartado de contextualización y justificación teórica que permite conocer en mayor detalle la necesidad de creación de este tipo de herramientas, dando paso a la correspondiente explicación del procedimiento de elaboración y a la presentación de los resultados y conclusiones más relevantes en relación con el desarrollo de la SIS-C en España.

Este documento se encuentra disponible de manera gratuita en la página web del INICO, desde donde se podrá cumplimentar la escala electrónicamente.

<https://inico.usal.es/instrumentos-de-evaluacion/>

A continuación, se presentan los nombres de todos los investigadores que formaron parte y trabajaron en el desarrollo de este proyecto:

Aguayo Romero, Virginia
Amor González, Antonio Manuel
Arias González, Víctor B.
Arias Martínez, Benito
Badía Corbella, Marta
Caballo Escribano, Cristina
Calvo Álvarez, María Isabel
Gómez Sánchez, Laura E.
Gómez Vela, María
Guillén Martín, Verónica Marina
Ibáñez García, Alba
Jiménez Navarro, Pedro
Jordán de Urríes Vega, F. Borja
Tassé, Marc J.
Thompson, James R.
Verdugo, Miguel Á. (Investigador Principal)
Vicente Sánchez, Eva
Wehmeyer, Michael L.

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de la SIS-C ha sido posible gracias a la colaboración de múltiples centros educativos, entidades y asociaciones de España. La participación voluntaria y desinteresada de los profesionales y de las familias de los usuarios con discapacidad intelectual de estos servicios ha permitido que la investigación haya terminado con éxito. No podemos, por tanto, dejar de expresar nuestra más sincera gratitud a todos aquellos que colaboraron en el arduo proceso del trabajo de campo con esfuerzo y dedicación a pesar de las dificultades, haciendo posible este trabajo.

Esperamos que esta escala de evaluación sea de utilidad para los profesionales que trabajan día a día con niños y adolescentes con discapacidades intelectuales y del desarrollo.

CENTROS EDUCATIVOS PARTICIPANTES

Centro de Educación Especial Cristo de los Milagros (Murcia)	Centro de Educación Especial Madre de la Esperanza (Talavera de la Reina, Toledo)
Centro de Educación Especial el Camino (Salamanca)	Centro de Educación Especial María Isabel Zulueta (Madrid)
Centro de Educación Especial El Pino de Obregón - Fundación Personas (Valladolid)	Centro de Educación Especial María Auxiliadora (Campo de Criptana, Ciudad Real)
Centro de Educación Especial Estudio 3. AFANIAS (Madrid)	Centro de Educación Especial Mariano Baquero (Murcia)
Centro de Educación Especial Koynos (Valencia)	Centro de Educación Especial San Juan de Dios (Valladolid)
Centro de Educación Especial Francisco Estévez (Paterna, Valencia)	CEIP Federico de Arce Martínez (Murcia)
Centro de Educación Especial Las Boqueras (Murcia)	

ORGANIZACIONES PARTICIPANTES

ADISLAN (Tahiche, Las Palmas)	ASPRONAGA (A Coruña)
ALEPH-TEA (Madrid)	Autismo Burgos
AMAPPACE (Málaga)	Autismo Sevilla
APANATE (San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife)	Centro de Atención Temprana ARIS (Madrid)
APHISA SAIDI (Madrid)	Centro Hermano Pedro de Tenerife
APROSUB (Córdoba)	Fundación AVIVA Salamanca
APROSUB (Castro del Río, Córdoba)	Fundación Instituto San José (Madrid)
APROSUB (Montilla, Córdoba)	Fundación FAD (Leganés, Madrid)
APROSUB (Palma del Río, Córdoba)	Fundación Obra San Martín (Santander)
APROSUB (Peñarroya, Córdoba)	Fundación Personas (Valladolid)
APROSUBA 4 (Don Benito, Badajoz)	Fundación Síndrome de Down Ávila
APROSUBA 9 (Villanueva de la Serena, Badajoz)	Fundación Síndrome de Down Cantabria
ASPACECIRE (Ciudad Real)	Fundación Síndrome de Down Huesca
ASPANAES (A Coruña)	Fundación Síndrome de Down Madrid
ASPAÑIAS (Burgos)	Fundación Síndrome de Down Salamanca
ASPRONA (Almansa, Albacete)	Fundación Síndrome de Down Valencia (ASINDOWN)
ASPRONA (La Roda, Albacete)	Fundación Síndrome de Down Valladolid
ASPRONA (Villarrobledo, Albacete)	Projecte Trèvol (Ontinyent, Valencia)

I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL DESDE EL MODELO DE APOYOS

La evolución de los diferentes términos utilizados para hacer referencia a lo que actualmente conocemos como ‘discapacidad intelectual’ (Heber, 1959, 1961; Grossman, 1973, 1983; Luckasson et al., 1992; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010, 2021) ha supuesto cambios sustanciales en el modo de diagnosticar, clasificar, evaluar e intervenir con esta población. Dichos cambios han implicado un gran avance hacia una concepción positiva, multidimensional y socioecológica de la discapacidad (Schalock, 1995; Verdugo, 1999) en la que se ha incrementado de manera sustancial el papel del entorno, destacándose la necesidad de optimizar la provisión de apoyos y servicios (Verdugo y Schalock, 2010), transformar las organizaciones (Schalock y Verdugo, 2012, 2013b) y diseñar políticas públicas que garanticen la participación de las personas con discapacidad en nuestra sociedad (Shogren, 2013; Shogren et al., 2009; Shogren y Turnbull, 2010).

Según van Loon (2009), la participación en la comunidad resulta esencial para tener una vida con calidad, sin embargo, las personas con discapacidad intelectual se enfrentan a retos importantes en su desarrollo, mostrando con frecuencia dificultades para participar en actividades de la vida diaria en sus comunidades (Schalock et al., 2010) y manifestando, a su vez, unas características en su comportamiento que les hace vulnerables al abuso y explotación por parte de otros (Greenspan, 2012). Por ello, proporcionar apoyos que mejoren

su presencia y participación en la sociedad y que, además, fomenten una vida independiente y con el mayor grado de autodeterminación posible, se relaciona con el ejercicio de sus derechos, tal y como se recoge en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006).

El actual modelo de apoyos (Figura 1) se conceptualiza de manera coherente al modelo socioecológico del funcionamiento humano (Schalock et al., 2010) e incluye tres pilares (Thompson et al., 2009): (1) el desajuste entre las competencias y las demandas, que genera una serie de necesidades de apoyo; (2) la planificación individualizada e implementación de los apoyos necesarios; y (3) los resultados personales mejorados como consecuencia de la alineación de los constructos anteriores.

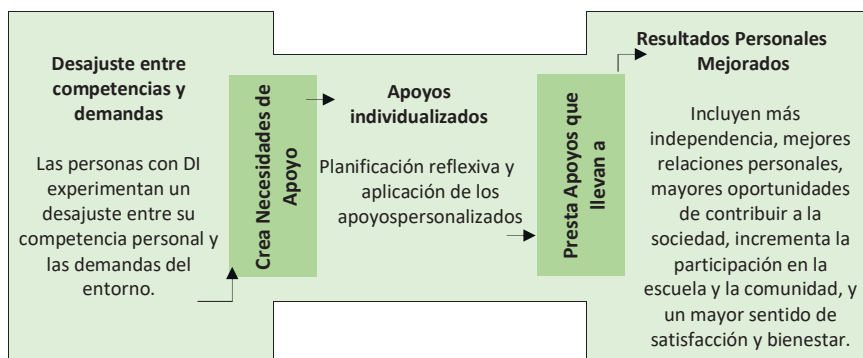


Figura 1. El modelo de apoyos la AAIDD (Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2009).

En relación con la importancia e implicaciones del modelo de apoyos, Schalock et al. (2010) y Wehmeyer et al. (2008), a partir de varias referencias previas (Luckasson et al., 1992; Luckasson et al., 2002; OMS, 2001) destacan las bases críticas que darán forma a esta concepción de los apoyos dentro del modelo y que deberán ser tenidas en cuenta para asegurar su adecuado uso:

- *Base contextual de los apoyos*: refleja tres temas centrales; (a) el medio, la perspectiva, el entorno o las circunstancias en las que se da la conducta; (b) la realidad es continua y cambiante e incluye a los miembros que transforman el entorno y, a su vez, son transformados por el entorno; y (c) la persona es un determinante activo de su desarrollo y funcionamiento.
- *Base ecológica de los apoyos*: existe una evidencia clara de que la congruencia entre los individuos y sus entornos facilita el funcionamiento humano. La facilitación de tal congruencia incluye determinar el perfil e intensidad de las necesidades de apoyo para cada persona particular y proporcionar los apoyos individualizados necesarios para mejorar su funcionamiento humano.
- *Base igualitaria de los apoyos*: el igualitarismo es la creencia en la equidad humana, atendiendo especialmente a los derechos sociales, políticos y económicos. El resultado global de estas tendencias legales y de prestación de servicios ha sido un mayor énfasis en el papel de apoyos individualizados, basados en las necesidades de apoyo de cada persona en su contacto para la mejora del funcionamiento humano. Cabe señalar en este punto que la base igualitaria de los apoyos no defiende que todas las personas deban recibir los mismos apoyos (lo cual seguiría generando diferencias); sino aquellos que necesiten para conseguir condiciones equitativas.

A partir de las bases de los apoyos, es fácil deducir que el modelo de apoyos actual (Schalock et al., 2010, 2021; Thompson et al., 2009) ilustra una doble perspectiva desde la que los apoyos pueden trabajar para reducir la discrepancia entre lo que una persona es capaz de hacer y lo que demandan los ambientes y actividades: (1) construyendo sobre las capacidades personales (e. g., un sistema alternativo o aumentativo de comunicación); y (2) reduciendo las demandas ambientales (e. g., diseño universal). Estas dos funciones globales deben estar alineadas para optimizar la eficacia de los apoyos y conseguir la mejora de la participación de las personas con discapacidad en

contextos ordinarios (aumentando su inclusión y bienestar). Complementariamente, es necesario destacar que el objetivo de los apoyos no se debe centrar exclusivamente en tener un impacto directo en el funcionamiento de la persona con discapacidad, sino que también deben orientarse a conseguir otro tipo de resultados personales relacionados con los derechos, el bienestar, la participación y la mejora de la calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002, 2007, 2008, 2013a; Thompson et al., 2009).

Desde esta perspectiva, los apoyos y su provisión personalizada (que debe estar basada y adaptada a cada perfil específico) quedan conceptualizados como el mejor medio para garantizar la participación (y no la mera presencia) de las personas con discapacidad en la sociedad. Además, se defiende que, para garantizar su efectividad y eficacia, estos han de integrar todas las circunstancias del entorno que comprenden la vida de la persona (Shogren, 2013; Shogren et al., 2014), teniendo así no solo un impacto directo en su funcionamiento, sino también en su calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002, 2007, 2008, 2013a).

2. LOS APOYOS Y SU PLANIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA

Los apoyos son un universo de recursos y estrategias que mejoran nuestro funcionamiento humano y bienestar, aumentando nuestra capacidad y potenciando nuestro rendimiento. Sin embargo, no todas las personas necesitarán todos los apoyos disponibles ni necesitarán los mismos apoyos en las diferentes áreas ni a lo largo de su vida (Schalock et al., 2010, 2021). Asimismo, los apoyos que deben proporcionarse a una persona difieren de los que pueda precisar otra tanto cuantitativamente (en número) como cualitativamente (en naturaleza). Por ello, los equipos de planificación encargados de proporcionar apoyos a las personas con discapacidad intelectual han de implementar apoyos personalizados que se ajusten a la persona en cada contexto y momento concretos para optimizar el ajuste entre la persona y su ambiente (Schalock et al., 2021).

Así, una buena planificación de apoyos debe sustentar su diseño en cuatro aspectos principales (Thompson et al., 2009): (1) cualquier discrepancia existente entre una persona y el entorno produce una necesidad de apoyo que puede suplirse mejor a través del uso apropiado de los apoyos personalizados que centrándose en el 'arreglo' de la persona; (2) dado que estos apoyos personalizados están basados en el desarrollo y aplicación de un plan predeterminado, es probable que mejoren el funcionamiento humano y los resultados personales; (3) los apoyos son un puente entre lo que es y lo que puede ser; y (4) hay una relación recíproca entre las limitaciones y las necesidades de apoyo (mayores limitaciones suelen asociarse a una mayor intensidad de necesidades de apoyo), aunque el propio hecho de poner el foco en reducir el desajuste entre las competencias personales y las demandas ambientales optimiza la identificación del sistema de apoyos necesario para mejorar el funcionamiento humano y los resultados esperados.

Estos autores también defienden que debemos ser cautelosos a la hora de discernir entre los apoyos que se le dan actualmente a una persona con discapacidad y los que realmente necesita, ya que no siempre los apoyos que recibe una persona se corresponden con los que realmente serían necesarios ni están basados en sus demandas o intereses. En algunas ocasiones, los apoyos que se reciben no llegan a alcanzar los apoyos necesarios para participar de manera satisfactoria en las actividades deseadas por la persona y, en otros casos, los apoyos que se reciben son superiores a los que realmente se necesitan, dándose con frecuencia una sobreprotección que impide el desarrollo y el aprendizaje de la persona, limitando su potencial e impidiendo el logro de los resultados esperados (Stancliffe y Keane, 2000).

Por ello, se considera que una planificación individualizada y personalizada de apoyos será eficaz siempre y cuando (Claes et al., 2012; Thompson et al., 2002): (a) se haga de forma rigurosa y ordenada, a la vez que flexible; (b) se valoren las prioridades y metas vitales de la persona con discapacidad; (c) la evaluación de las necesidades de apoyo se efectúe con instrumentos fiables y válidos que evalúen múltiples factores; (d) se supervise y evalúe todo el proceso de cambio de manera sistemática tomando

como base los resultados personales; (e) se exprese el compromiso de la sociedad; y (f) se utilicen sistemas de apoyo que incluyan prioritariamente apoyos naturales (profesionales, familiares y amigos).

Teniendo en cuenta estos criterios, desde la AAIDD se propuso un modelo de planificación de apoyos basado en cinco componentes (Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2009). Aunque, como puede apreciarse en la Figura 2, se trata de un proceso complejo que requiere una inversión significativa de tiempo y energía, es fundamental un proceso de planificación global que permita organizar los apoyos.

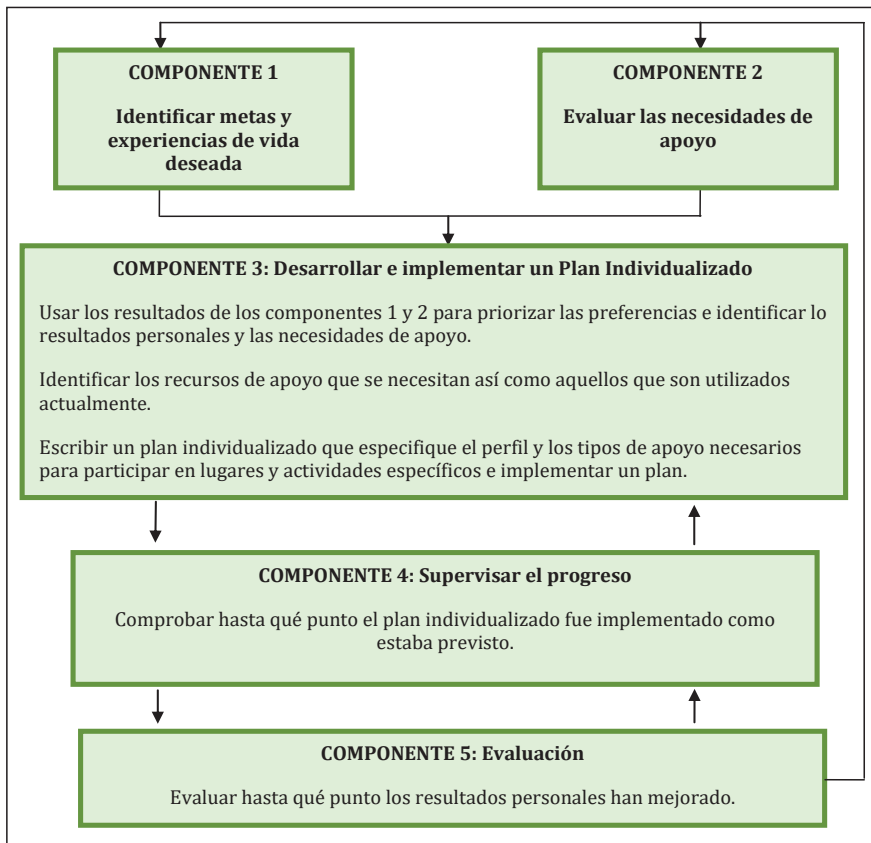


Figura 2. Proceso de cinco componentes para la evaluación, planificación y provisión de apoyos (Schalock et al. 2010; Thompson et al., 2009).

Este modelo sintetiza las pautas a seguir en la planificación de apoyos y qué objetivos se han de cumplir en cada una de ellas. No obstante, es necesario realizar un análisis exhaustivo de los componentes para poder llegar a conocer con precisión las estrategias y herramientas procedimentales que deben estar implicadas en cada uno de ellos. Ofrecemos a continuación la descripción de los componentes resumiendo las aportaciones realizadas por Thompson et al. (2009):

- **COMPONENTE 1. Identificar las experiencias y metas de vida deseadas:** requiere el uso de los procesos de Planificación Centrada en la Persona (PCP). Este método de planificación, que ofrece mejores resultados para las personas con discapacidad que los métodos tradicionales (O'Brien, 2004), requiere que la atención no recaiga sobre los profesionales y los servicios sino sobre los sueños de la persona, las preferencias y los intereses personales, dando especial relevancia al concepto de 'autodeterminación'. El objetivo es descubrir y dar voz a la persona para averiguar qué es importante para ella, sin importar la carencia de recursos o las limitaciones en sus capacidades, e intentar llevarlo a cabo en ambientes normalizados con la ayuda de familiares y amigos. La PCP pretende lograr una visión global de la vida deseada por una persona teniendo en cuenta aquellos aspectos que son favorables (aspectos a mantener) y aquellos que mejorarán su vida en el futuro (aspectos a cambiar).
- **COMPONENTE 2. Determinar el perfil y la intensidad de las necesidades de apoyo:** consiste en evaluar las necesidades de apoyo de la persona. Es necesario realizar una planificación sistemática antes de iniciar una intervención, teniendo en cuenta que ésta siempre ha de comenzar por una adecuada evaluación e identificación de necesidades. Actualmente, se considera que esas necesidades de apoyo detectadas deben ser el 'hilo conductor' de todo proceso de intervención realizado con personas con discapacidad intelectual (Schalock y Luckasson, 2013a, 2013b). En este sentido, la *Escala de Intensidad de Apoyos -SIS* (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2015), dirigida a población adulta (i.e., mayores de 16 años), es la única escala validada en

el contexto español (tanto en castellano [Verdugo et al., 2007] como en catalán [Giné et al., 2007]), que está disponible para que los profesionales puedan realizar una evaluación objetiva, rigurosa y específica de las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad intelectual y basada en los supuestos del nuevo concepto de discapacidad. Actualmente, la SIS (también conocida como SIS-A) es la herramienta estandarizada más utilizada internacionalmente para evaluar las necesidades de apoyo de una persona a través de diferentes áreas de la vida cotidiana, así como para identificar necesidades excepcionales de apoyo médico y conductual.

- **COMPONENTE 3. Desarrollar un plan individualizado y personalizado:** consiste en diseñar un plan, basado en la información recogida previamente, que dé respuesta a las necesidades e intereses evaluados y establezca prioridades de intervención. La discusión en este punto pasa del futuro al presente, por lo que es importante diseñar un plan de acción desde una perspectiva optimista y realista. En definitiva, lo que se busca es un plan que identifique y especifique los contextos y actividades en los que es probable que una persona participe en su vida diaria, la naturaleza e intensidad de los apoyos que serán proporcionados y quiénes serán las personas responsables de dar los apoyos.
- **COMPONENTE 4. Supervisar el progreso:** es necesario mantener una rigurosa supervisión a lo largo del tiempo que nos permita saber hasta qué punto el plan de una persona se está aplicando. La supervisión debe ser continua y sistemática por medio de reuniones programadas periódicamente para considerar la congruencia entre lo que fue planeado y lo que ha sucedido. Los equipos de planificación deberían supervisar los planes de apoyo al menos una vez al año a medida que las personas crecen y sus intereses personales cambian.
- **COMPONENTE 5. Evaluación:** en esta última fase se plantea examinar, a partir de los resultados personales, hasta qué punto se están cumpliendo las experiencias vitales y las metas deseadas. Es importante reconocer que las preferencias personales pueden

cambiar con el tiempo y completar este componente del proceso asegurará que los planes sean revisados cuando ya no satisfagan las necesidades de una persona. Asimismo, obtener información sobre los resultados personales obtenidos contribuye a fomentar las prácticas basadas en la evidencia y en los resultados (van Loon et al., 2010; van Loon et al., 2013). Dentro del campo de la discapacidad intelectual existen varios marcos de referencia que pueden ser utilizados para conocer la adecuación de un programa de intervención y el grado de consecución de los objetivos planteados. No obstante, el enfoque que cuenta con mayor fundamentación internacional para garantizar la eficacia de una planificación individualizada de apoyos se basa en la mejora de la calidad de vida de la persona (Schalock y Verdugo, 2002, 2007, 2008, 2013a). De hecho, la última propuesta en este sentido es el *Paradigma de Calidad de Vida y Apoyos* que aúna ambos enfoques en un solo paradigma para guiar las prácticas profesionales y organizacionales (Gómez et al., 2021; Schalock et al., en prensa; Verdugo et al., en prensa).

3. EL CONSTRUCTO DE NECESIDADES DE APOYO: DEFINICIÓN Y FACTORES INFLUYENTES

El concepto de *necesidad* generalmente se refiere a una condición caracterizada por la ausencia de algo requerido y ha recibido diferentes matices dependiendo del ámbito específico de actuación. En la literatura científica relativa a la salud, este concepto se ha referido tradicionalmente a una condición caracterizada por “una alteración en la salud y el bienestar” (Donabedian, 1973, p. 62) o “lo que es necesario para la salud y el bienestar de un organismo” (Harré y Lamb, 1988, p. 409). En el ámbito de la psicología, se ha definido como “un estado de motivación resultante de un sentimiento de insatisfacción o privación en el sistema biológico demostrado por un impulso para completar esa carencia” (Colman, 2001, p. 631). Actualmente, se defiende que las personas con discapacidad intelectual tienen las mismas necesidades

que las personas sin discapacidad, pero, además, podrían manifestar otras necesidades extraordinarias o requerir apoyos específicos (en términos de tipo, frecuencia y duración) (Schalock et al. 2021; Thompson y Viriyangkura, 2013). De esta manera, las necesidades de apoyo, según su uso y definición dentro de nuestra concepción de discapacidad intelectual, han sido definidas como un “constructo psicológico referido a la intensidad de apoyo que una persona requiere para participar en las actividades relacionadas con el funcionamiento humano normativo” (Thompson et al., 2009, p.135) y serían identificadas a través del *input* de la persona y otros informadores (Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2002; Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2010; Thompson y Viriyangkura, 2013). Se defiende que las necesidades de apoyo deben ser la base para proporcionar apoyos individualizados que, mantenidos a lo largo del tiempo mejoren el bienestar de la persona, incrementando sus habilidades, su participación y su calidad de vida, equiparándose sus resultados personales a los de la población general. Paralelamente, dando un significado más completo al concepto de necesidades de apoyo, Thompson et al. (2002) y Thompson et al. (2004) elaboraron un modelo de necesidades de apoyo (Figura 3) donde se recogen aquellos factores principales que determinan (y predicen) el patrón y la intensidad de las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad intelectual.



Figura 3. Factores predictores de las necesidades de apoyo.

Dentro de estos factores, destaca la presencia del componente *competencia personal*, ya que, en general, un mayor nivel de competencia se relaciona con una menor intensidad de las necesidades de apoyo y viceversa (Thompson y Viriyangkura, 2013). Sin embargo, no sólo las competencias emocionales y personales (sociales, prácticas, conceptuales y físicas) predicen las necesidades de apoyo, sino que existen otros factores personales (relacionados con necesidades médicas y conductuales) y ambientales (número y complejidad de los entornos y actividades vitales en los que la persona participa) que reflejan el innegable papel del contexto en la vida diaria de las personas con discapacidad intelectual (Shogren, 2013; Shogren et al., 2014).

4. NECESIDADES DE APOYO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Los niños y adolescentes con discapacidad intelectual, de la misma manera que todos los niños y jóvenes, necesitan apoyos para su supervivencia y la sociedad debe proporcionarlos de tal manera que permita garantizar su salud, seguridad, respeto, educación, participación y posibilidad de contribuir a la vida como los otros (McConachie et al., 2006). En este sentido, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), recuerda las obligaciones asumidas en la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), afirmando que cualquier niño con una discapacidad física o mental deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, fomenten su autosuficiencia y faciliten la participación en la comunidad. Actualmente la provisión personalizada de apoyos es considerada uno de los elementos claves para lograr la participación, inclusión y bienestar de las personas con discapacidad, argumentándose que debe comenzar a implementarse en los primeros años de vida e ir evolucionando de manera flexible con el propio desarrollo de la persona a lo largo de todo el ciclo vital (Schalock et al., 2010), algo esencial para lograr el objetivo de la plena inclusión (ONU, 2006).

Colver (2005) defiende que desde el modelo social de la discapacidad se debe incidir en fomentar y optimizar la participación de los más jóvenes en el hogar, en la escuela y en la vida comunitaria. La evaluación e implementación de apoyos personalizados se debe convertir en el elemento clave para: (1) permitir que los niños con discapacidad puedan desenvolverse en su vida diaria tal y como lo hacen sus iguales sin discapacidad, mejorando así su funcionamiento y calidad de vida desde edades más tempranas; y (2) evitar riesgos y potenciar un mayor aprendizaje de habilidades adaptativas (Greenspan, 2012), en la medida que la plasticidad del cerebro durante las primeras etapas del desarrollo supone una mayor capacidad de aprendizaje y de generalización. Las intervenciones que logran buenos resultados en la infancia implican beneficios en la educación, la salud y la convivencia durante la vida adulta. Por ello, apoyar a las personas con discapacidad desde la infancia conlleva un mayor desempeño personal, económico y social que beneficia a toda la comunidad.

Teniendo esto en cuenta, en los últimos años se han desarrollado numerosas herramientas de evaluación para población infantil relacionadas con los conceptos clave en el nuevo modelo (OMS, 2007; Schalock et al., 2010), como la conducta adaptativa (e.g., Tassé et al., 2017; Verdugo et al., en prensa), la participación (e.g., Ravens-Sieberer et al., 2007), la autodeterminación (e. g., Mumbardó-Adam et al., 2018, Verdugo, Vicente, et al., 2014; Verdugo et al., 2020) y la calidad de vida (e.g., Gómez et al., 2018; Gómez-Vela y Verdugo, 2009; Sabeh et al., 2009;). No obstante, en la actualidad, no contamos con ninguna herramienta desarrollada bajo los supuestos de la definición actual que permita evaluar, de manera válida, fiable y específica las necesidades de apoyo de niños y adolescentes con discapacidad intelectual, lo que dificulta que los profesionales puedan diseñar e implementar planificaciones de apoyos efectivas para los menores 16 años. Por ello, desarrollar un proyecto de investigación con esta finalidad se planteaba como un objetivo fundamental para nuestra sociedad.

II. PROCEDIMIENTO DE DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE LA SIS-C

La construcción de la SIS-C, destinada a la evaluación de niños y adolescentes de entre 5 y 16 años con discapacidades intelectuales y del desarrollo, se llevó a cabo de manera complementaria al proceso de construcción de la escala en lengua inglesa (Thompson et al., 2014; Thompson et al., 2016), de acuerdo con los planteamientos más actuales sobre la discapacidad (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Verdugo y Schalock, 2010) y atendiendo de manera específica a las características de la escala SIS para adultos, previamente validada (Thompson et al., 2004).

Aunque el desarrollo de la SIS-C se basa en las evidencias del buen funcionamiento de su homóloga para adultos (i.e., la SIS-A), cada una de estas escalas está destinada a una población diferente (adultos vs. niños/adolescentes), por lo que existen diferencias de contenido que hacen necesario un nuevo proceso de validación (Thompson et al., 2014). De la misma manera, llevar el desarrollo de esta escala a otros países implica, de manera inevitable, realizar un nuevo proceso de traducción y adaptación, similar al realizado anteriormente para la adaptación de la SIS-A, pero independiente del mismo.

1. ELABORACIÓN ORIGINAL Y DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA

Este instrumento de evaluación ha sido desarrollado originalmente en lengua inglesa por la AAIDD utilizando un proceso complejo (Thompson et al., 2014), que incluyó los mismos pasos seguidos en la elaboración de la SIS para adultos (Thompson et al., 2004): (a) una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada; (b) el uso de la metodología Q para seleccionar los indicadores de apoyo más relevantes para niños y adolescentes (incluyendo la adaptación de los ítems de la SIS para adultos y la incorporación de otros nuevos); y (c) un extenso trabajo de campo utilizando la versión piloto de la escala.

En cuanto a la estructura de la versión piloto de la escala se recogieron, en primer lugar, las características sociodemográficas de los participantes en la evaluación: el entrevistador, los informantes y el niño o adolescente evaluado, controlando así todas las posibles variables que pudieran estar influyendo en la puntuación obtenida. Posteriormente, se solicitaba a los informantes una estimación general inicial de las necesidades de apoyo de la persona evaluada (del 1 al 5, correspondiendo un número más alto a una mayor intensidad de las necesidades) que permitiera comprobar si las percepciones generales de los informantes coincidían con los resultados obtenidos en la SIS-C (este apartado estuvo disponible únicamente en la versión preliminar del instrumento ya que tiene como objetivo servir de referencia como variable criterio). La sección principal del instrumento corresponde con la evaluación del constructo de 'necesidades de apoyo' y se divide, a su vez, en dos apartados (Tabla 1): (a) un conjunto de 31 ítems que recoge posibles necesidades excepcionales médicas y conductuales que pudieran influir directamente en las necesidades de apoyo de la persona; y (b) un banco de 61 ítems, divididos en siete áreas o dimensiones de la vida cotidiana (subescalas), que permite conocer las necesidades de apoyo diarias que presenta la persona evaluada. Se plantea que el índice y el perfil de intensidad de apoyos de la persona evaluada se obtenga a partir de las puntuaciones directas (y su correspondiente transformación a puntuaciones estándar) de los ítems del último apartado de la escala.

Tabla 1. Estructura general de la SIS-C.
Sección II-Evaluación de Necesidades de Apoyo.

	Evaluación	Nº de Ítems	Formato de respuesta
Parte 1. NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO (32 ítems)	<i>Necesidades Médicas</i>	18	Escala de clasificación de tres opciones de respuesta que oscila entre 0 (<i>no necesita apoyo</i>) y 2 (<i>siempre necesita apoyo</i>).
	<i>Necesidades Conductuales</i>	13	
	TOTAL	31	
Parte 2. NECESIDADES DE APOYO (61 ítems)	<i>A. Vida en el Hogar</i>	9	Se recogen tres índices de medida (tipo, frecuencia y tiempo diario de apoyo), cada uno de ellos evaluado en una escala de clasificación de cinco opciones de respuesta (0-4).
	<i>B. Vida en la Comunidad</i>	8	
	<i>C. Participación Escolar</i>	9	
	<i>D. Aprendizaje Escolar</i>	9	
	<i>E. Salud y Seguridad</i>	8	
	<i>F. Actividades Sociales</i>	9	
	<i>G. Defensa (Autorrepresentación)</i>	9	
	TOTAL	61	

El formato de respuesta del último apartado de la escala sigue los principios de AAIDD, desde donde se describe la intensidad de las necesidades de apoyo como el conjunto del tipo, la frecuencia y el tiempo diario de apoyo que necesita una persona para desenvolverse de manera satisfactoria en su vida diaria. Así, de manera coherente con la concepción teórica que sustenta la escala, cada uno de los 61 ítems que formarán el índice y el perfil de intensidad de apoyos será evaluado a través de tres índices de medida, aportándose una puntuación independiente para cada uno de ellos (Tabla 2). Concretamente, se trata de tres medidas de clasificación formadas por una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta (que oscila entre 0 y 4), indicando siempre un número más alto una mayor intensidad del apoyo necesitado.

Tabla 2. Formato de respuesta de la SIS-C.

TIPO DE APOYO	FRECUENCIA DE APOYO	TIEMPO DE APOYO DIARIO
<p>0 = Ninguno</p> <p>1 = Supervisión</p> <p>2 = Incitación verbal/ gestual</p> <p>3 = Ayuda física parcial</p> <p>4 = Ayuda física total</p>	<p>0 = No significativa; raramente las necesidades de apoyo del niño son diferentes a las de compañeros de su misma edad.</p> <p>1 = Infrecuente; el niño necesitará ocasionalmente alguien que le proporcione un apoyo extraordinario que los compañeros de su edad no necesitarán (pero en la mayoría de las ocasiones no necesitará ningún apoyo extra).</p> <p>2 = Frecuente; para que el niño participe en la actividad necesitará apoyo extraordinario aproximadamente en la mitad de las ocasiones que suceda.</p> <p>3 = Muy frecuente; en la mayoría de las ocasiones en las que ocurre la actividad, el niño necesitará un apoyo extra que los compañeros de su edad no necesitarán (sólo ocasionalmente el niño no necesitará apoyo extra).</p> <p>4 = Siempre; en cada ocasión en la que el niño participa en la actividad necesitará apoyo extra que los compañeros de su edad no necesitarán.</p>	<p>0 = Nada</p> <p>1 = Menos de 30 minutos</p> <p>2 = Más de 30 minutos y menos de 2 horas</p> <p>3 = Más de 2 horas y menos de 4 horas</p> <p>4 = 4 horas o más</p>

Los análisis realizados en la versión original del instrumento recogieron evidencias de fiabilidad y validez que garantizaban el buen funcionamiento de la escala tal y como se había planteado de manera preliminar (Thompson et al., 2014; Thompson et al., 2016).

2. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL

La metodología utilizada en el desarrollo de este proyecto de adaptación y validación de la SIS-C al contexto español se ha estructurado en seis fases: (1) traducción y adaptación del banco de ítems inicial; (2) construcción de la versión provisional del instrumento; (3) estudio piloto; (4) análisis del estudio piloto; (5) selección de la muestra y aplicación de la escala; (6) análisis de datos. Estas fases se alinean con los pasos propuestos por Tassé y Craig (1999) para la adaptación de instrumentos a contextos diferentes del original de desarrollo. Se detallan a continuación las tareas realizadas en cada una de ellas.

2.1. TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN DEL BANCO DE ÍTEMS INICIAL

La adaptación a nuestro contexto del banco inicial de ítems construido originalmente desde la AAIDD resultó necesaria dado que la población objetivo difería, tanto en cultura como en idioma, de la población para la cual se planificó su construcción. La adaptación de los ítems de un test no representa una mera traducción literal de los enunciados, sino que engloba un proceso complejo de consideraciones gramaticales y semánticas para adaptar un test a una lengua y una cultura concretas, midiendo un constructo determinado en relación a las características específicas de la sociedad a la que se pretende adaptar (Muñiz et al., 2013). Además, atendiendo a las recomendaciones de la Comisión Internacional de los Test (*International Test Commission* [ITC]), deben llevarse a cabo procedimientos de investigación rigurosos que permitan adaptar la redacción de enunciados propuestos a la población a la que van destinados, asegurando que las evaluaciones no tengan errores derivados de la falta de comprensión. Por ello, además de contar con las traducciones y retrotraducciones de profesionales bilingües, el proceso de adaptación de los ítems de escala al español ha estado coordinado por investigadores del INICO y profesionales de atención directa, que ayudaron a utilizar una terminología precisa y accesible.

De manera adicional, se realizó un análisis interjueces para confirmar el adecuado encuadre de los ítems en cada una de las áreas de evaluación en la que estos fueron originalmente ubicados, lo que puede ser entendido, a su vez, como una prueba de la validez de su contenido. Los 8 jueces expertos participantes (formado por investigadores del ámbito de la discapacidad y profesionales con una amplia trayectoria dentro del movimiento asociativo de atención a personas con discapacidad intelectual) valoraron de manera positiva que los ítems realmente evaluaban aquellas actividades representativas de los contextos en los que se habían ubicado, obteniéndose un grado de acuerdo en el coeficiente de concordancia ponderado de Bangdiwala (B_N) superior a ,40 (límite inferior permitido para considerar un índice aceptable).

2.2. CONSTRUCCIÓN DE LA VERSIÓN PROVISIONAL DEL INSTRUMENTO

La adaptación preliminar de los ítems fue revisada por el equipo investigador con el objetivo elaborar una versión provisional del instrumento con la que comenzar el trabajo de campo y que se asemejara lo máximo posible al formato del test de campo creado de manera inicial en inglés. Así, la escala constaba de un apartado inicial de estimación de necesidades de apoyo que posteriormente serviría como elemento externo para analizar la validez de criterio del instrumento. Para asegurar su correcta cumplimentación, se estimó necesario realizar sesiones de trabajo con los profesionales antes de su aplicación para dar a conocer la escala y su proceso de aplicación. Los miembros del equipo mencionado se encargaron así de generar documentos informativos que serían presentados en dichas sesiones.

2.3. ESTUDIO PILOTO

Cuando se hace un estudio piloto lo que se busca es encontrar, con un número menor de participantes de los necesarios para validar una escala, una muestra representativa que sea capaz de predecir cómo va

a funcionar el instrumento. El objetivo es, en último término, descubrir si existe algún problema en el formato de la escala o en alguno de sus componentes, para solucionarlo cuando aún el trabajo desarrollado no sea tan elevado que provoque grandes frustraciones, lo que obligaría a repetir todo el proceso y pedir de nuevo la colaboración de los profesionales de los centros. Para ello, se aplicó la escala a una muestra piloto compuesta por 143 niños y adolescentes (5-16 años) con discapacidades intelectuales y del desarrollo del contexto español.

2.4. ANÁLISIS DEL ESTUDIO PILOTO

Para poder cumplir con la finalidad de un estudio piloto, es necesario tener en cuenta varios aspectos durante el proceso de recogida y análisis de datos (Muñiz et al., 2013): (1) recoger *in situ* las reacciones de las personas que realizan la prueba; (2) asegurarse de que los ítems e instrucciones son correctamente comprendidos; (3) registrar el tiempo necesario para la ejecución del cuestionario; (4) recoger información sobre posibles errores de contenido o formato que se pueden corregir antes de pasar a la siguiente fase de operaciones; y (5) obtener datos que permitirán llevar a cabo un primer análisis de ítems que indiquen la dirección y sentido de los índices psicométricos más relevantes. Tras los análisis pertinentes, se observó que: (1) la escala tenía una buena acogida por los informantes; (2) los ítems eran, en general, bien comprendidos, aunque se apreciaba la necesidad de tener disponible en todo momento su descripción completa y contar siempre con el apoyo de alguien que conociera bien la escala para resolver dudas; (3) la administración de la prueba duraba aproximadamente 40 minutos, reduciéndose en las aplicaciones en las que el informante ya había cumplimentado previamente la escala; (4) se confirma la necesidad de contar en cada hoja con el recordatorio de la clave de puntuación debido a su complejidad; y (5) los resultados (Guillén et al., 2012; Guillén et al., 2015; Verdugo et al., 2014) mostraron un buen funcionamiento general de los ítems y de las subescalas (fiabilidad y validez), por lo que pudieron mantenerse las condiciones para su validación final.

2.5. SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y APLICACIÓN DE LA ESCALA

Como suele ocurrir en psicología y otras ciencias humanas y sociales, la muestra piloto fue seleccionada de manera incidental, participando en la investigación sólo aquellas entidades y personas que, voluntariamente, decidieron colaborar. Para conseguir una muestra lo más amplia y representativa posible se envió un correo a numerosas entidades de todas las Comunidades Autónomas de España. Además, se puso un anuncio en la página web del INICO solicitando colaboración voluntaria y se difundió el proyecto en numerosos congresos científicos, de tal manera que muchos centros y profesionales interesados en participar establecieron directamente el contacto con el equipo investigador. Se envió a todas aquellas entidades que manifestaron interés y aceptaron la participación una carta explicativa y un consentimiento para las familias de todos los niños de entre 5 y 16 años con discapacidad intelectual de cada centro o servicio. Cada familia, de manera voluntaria, decidía si permitía que realizásemos la evaluación del niño y, de manera diferenciada, si se ofrecían a colaborar ellos mismos como informantes. Asimismo, se les explicaban los derechos (e.g., confidencialidad de la información, posibilidad de solicitar la rectificación o eliminación de los datos en cualquier fase del estudio) que les asistían como participantes. El proyecto contaba con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca.

Finalmente, participaron en el estudio 50 entidades, con una media de participación de 15 personas por entidad. Se evaluó a un total 833 participantes de 10 Comunidades Autónomas de España. Del total de la muestra, se eliminaron los datos de aquellas personas que no cumplieron los requisitos de administración del instrumento: (a) tener entre 5 y 16 años en el momento de la evaluación; (b) tener un informe profesional que determinase la presencia de discapacidad intelectual; y (c) haber sido evaluados en el total de 61 ítems. Así, tras eliminar a 19 participantes, la muestra final utilizada en el análisis de datos quedó compuesta por 814. Los datos sociodemográficos de estos participantes pueden observarse en la Tabla 3.

Tabla 3. Datos sociodemográficos de los participantes evaluados.

VARIABLES	N	%	VARIABLES	N	%
Género			Uso de Tecnologías Asistenciales		
Hombre	528	64,6	Si	155	19,1
Mujer	286	35,1	No	657	80,7
Perdidos	3	0,4	Perdidos	2	0,2
<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>
Edad			Vivienda		
5-6 años	110	13,5	Hogar Familiar	778	95,6
7-8 años	108	13,3	Hogar de menores	9	1,1
9-10 años	100	12,3	Hogar de pequeño grupo (<7)	7	0,9
11-12 años	148	18,2	Grupo mediano (7-15)	9	1,1
13-14 años	195	24,0	Grandes residencias (>15)	3	0,4
15-16 años	153	18,8	Perdidos	11	1,4
<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>
Nivel de Discapacidad Intelectual			Lengua Materna		
Ligero	206	25,3	Castellano	784	96,3
Moderado	290	35,6	Catalán, Euskera, Gallego, LSE	14	1,8
Severo	195	24,0	Árabe	3	0,4
Profundo	65	8,0	Otras	3	0,4
Perdidos	58	7,1	Perdidos	9	1,1
<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>
Etiología			Otras limitaciones asociadas a la DI		
Sin Especificar	317	38,6	Ninguna	281	34,5
Síndrome de Down	111	13,6	Física	33	4,1
TEA	248	30,5	Sensorial	17	2,1
Parálisis Cerebral	101	12,4	Habla/Lenguaje/ Comunicación	211	25,9
Enfermedades Raras	35	4,3	Otra (TDAH, Salud Mental...)	82	10,1
Co-ocurrencia	5	0,6	Dos o más de las anteriores	190	23,3
<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>

Escolarización			Comunidad Autónoma		
Ordinaria	179	22,0	Andalucía	136	16,7
Especial	493	60,6	Canarias	86	10,6
Combinada	74	9,1	Cantabria	27	3,3
Aula Sustitutoria	55	6,8	Castilla y León	154	18,9
Perdidos	13	1,6	Castilla La Mancha	101	12,4
<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>	Comunidad de Madrid	145	17,8
Tipo de Colegio			Comunidad Valenciana	64	7,9
Privado o concertado	550	67,5	Extremadura	23	2,8
Público	252	31,0	Galicia	50	6,1
Perdidos	12	1,5	Murcia	28	3,4
<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>	<i>Total</i>	<i>814</i>	<i>100</i>

A continuación, se presenta un análisis exhaustivo sobre la relación entre la representación de las variables edad y grado de discapacidad intelectual. Este criterio resulta especialmente relevante ya que se considera que la edad influye de manera directa en las necesidades de apoyo de la persona y es necesaria la baremación diferenciada para cada uno de los seis pares de edad que recoge el instrumento (ver Anexo 6). Por ello, se estableció como criterio que al menos debía haber 20 personas de cada par de edad en cada una de las tres categorías de la variable 'discapacidad intelectual' (ligera, moderada y severa/profunda) para poder baremar posteriormente de manera independiente la escala para cada uno de estos seis grupos de edad. En nuestro caso, en 755 de los 814 sujetos se contaba con la información conjunta de ambas variables y, aunque la distribución de la edad no es homogénea ($= 49,531, p < ,001$), fue posible garantizar el cumplimiento del criterio establecido, obteniéndose más de 20 participantes por subgrupo. En la Figura 4 puede apreciarse la distribución de los participantes por edad y nivel de discapacidad intelectual.

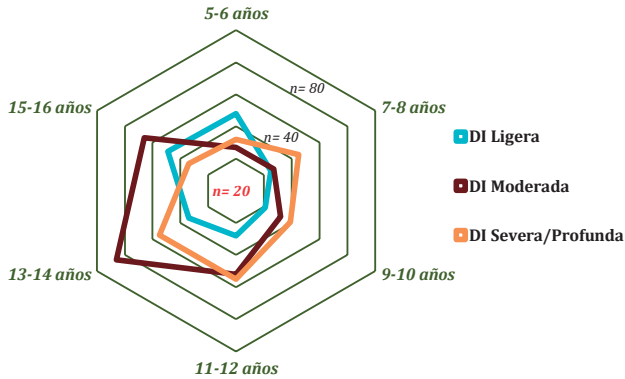


Figura 4. Representación de la contingencia entre ‘edad’ y ‘nivel de DI’.

2.6. ANÁLISIS DE DATOS

En relación con el análisis de datos, se utilizó de manera principal como referencia las pautas de la Teoría Clásica de los Test (TCT) y se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) como complemento, proporcionando evidencias de validez. Estos análisis fueron realizados principalmente través del programa IBM SPSS Statistics [versión 20] (SPSS, 2010) y del programa LISREL [versión 8,8] (Jöreskog y Sörbom, 2006), respectivamente.

Los resultados de la validación final se presentan de manera específica en el siguiente apartado. Asimismo, existe una amplia variedad de referencias de artículos en los que se recogen tanto estos como otros análisis estadísticos complementarios realizados con los datos obtenidos en este proyecto de investigación (Arias, Aguayo et al., 2020; Arias, Amor et al., 2020; Verdugo, Arias et al., 2016; Verdugo, Guillén et al., 2016; Verdugo, Arias et al., 2018; Verdugo et al., 2019).

3. RESULTADOS: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

3.1. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS ÍTEMS

Se realizaron tres tipos de análisis que corresponden con los recomendados por Crocker y Algina (2008): (a) el poder discriminante (o discriminativo) del ítem, los cuales describen la distribución de las respuestas al ítem; (b) índices de discriminación del ítem, que describen el grado de relación entre la respuesta al ítem y algún criterio de interés (interno o externo al propio test); y (c) índices de fiabilidad y validez del ítem, que se calcula atendiendo, respectivamente, a la varianza del ítem y su índice de discriminación interna y externa. Los resultados obtenidos pueden observarse en la Tabla 4; no obstante, antes de la presentación se describen de manera detallada algunas cuestiones a tener en cuenta sobre la interpretación de los resultados. Como puede observarse, todos nuestros ítems cumplen los criterios mínimos aceptables.

En relación con el **Poder Discriminativo (PD)**, suele considerarse la media como referente del índice de dificultad (o intensidad de constructo) y el poder discriminativo como la desviación típica. No obstante, debido a que la naturaleza de nuestros datos no refleja una distribución normal, conviene tener en cuenta otros referentes complementarios como la mediana. Por ello, el poder discriminativo de los ítems puede ser más apropiadamente interpretado a partir de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Para realizar este análisis, se dividió a los participantes en tres grupos (delimitados por los cuartiles 1 y 3 de su puntuación total en necesidades de apoyo) y se contrastó las diferencias entre los promedios de cada ítem en función de que cada participante hubiese sido clasificado en uno de estos grupos. Valores significativos ($p < ,01$) en el Chi Cuadrado representan un buen poder discriminativo.

El **Índice de Discriminación (ID)** proporciona información sobre el valor que está aportando dicho ítem a la medición total de la escala. Para ello, se analizaron tanto los índices de *discriminación interna* (IDi) como los índices de *discriminación externa* (IDe). En relación con el IDi, se tuvo como referencia tanto la puntuación obtenida en la subescala a la que pertenecía cada ítem como la puntuación total obtenida en la escala. En ambos casos se analizaron las correlaciones producto-momento de Pearson ($r_{i,t}$), pero utilizando de manera específica el llamado índice de homogeneidad corregido (IHc), caracterizado por eliminar el ítem analizado de la puntuación total, de la que forma parte y con la que se compara ($r_{i,t-i}$), lo que aporta un resultado más preciso porque evita el aumento artificial causado por la presencia del ítem en las dos variables correlacionadas. En cuanto al IDe, el procedimiento es similar, pero la referencia con la que se correlaciona el ítem no es intrínseca al test, sino un criterio externo. En este caso, previamente a la cumplimentación del test, se pidió a los informantes una estimación inicial (de 1 a 5) de las necesidades de apoyo de la persona evaluada, utilizando su criterio para correlacionarlo con las puntuaciones. Para interpretar estos índices se toma como valor de referencia ,20, considerándose indiferenciadores los ítems con coeficientes inferiores.

Por último, se hallan los **Índices de Fiabilidad (IF) y Validez (IV)**. El IF de cada ítem será el resultado de la multiplicación de su DT y su IDi, mientras que el IV se obtendrá de la multiplicación de la DT y la IDe. Para facilitar esta interpretación se presentan los índices relativos, resultado de dividir el IF y el IV entre la varianza máxima posible del ítem ($S_{i,max}$), lo que ofrece índices que oscilan entre 0-1 y que pueden ser interpretados con el mismo criterio que el ID (i. e., se aceptan valores $>,20$). De nuevo, todos nuestros ítems cumplen los criterios mencionados.

Tabla 4. Índices de la calidad psicométrica de los ítems

ÍTEM	PD (Contraste Kruskal-Wallis)		IDi (IHc)		IDe		IFr (Si.IHc/Simax)		IVr (Si.IDe/Simax)	
	χ^2	<i>p</i>	Subescala	Escala	Subescala	Escala	Subescala	Escala	Subescala	Escala
A1	481,7	,000	,83	,83	,77	,76	,50	,50	,47	,46
A2	380,1	,000	,86	,74	,69	,67	,62	,53	,50	,49
A3	452,4	,000	,88	,81	,73	,73	,57	,52	,47	,47
A4	413,1	,000	,88	,77	,72	,70	,58	,51	,48	,46
A5	404,5	,000	,89	,77	,70	,68	,65	,56	,51	,50
A6	325,5	,000	,75	,66	,60	,61	,54	,48	,44	,44
A7	471,0	,000	,84	,80	,69	,70	,62	,59	,51	,52
A8	455,9	,000	,79	,77	,64	,68	,60	,58	,49	,52
A9	433,8	,000	,80	,78	,67	,68	,57	,55	,47	,48
B1	465,1	,000	,87	,83	,74	,75	,57	,54	,48	,49
B2	496,4	,000	,86	,83	,71	,75	,55	,53	,45	,48
B3	508,9	,000	,87	,86	,67	,74	,55	,55	,42	,47
B4	466,1	,000	,87	,82	,67	,69	,51	,48	,40	,41
B5	495,3	,000	,89	,84	,65	,68	,56	,53	,41	,43
B6	456,5	,000	,85	,82	,65	,70	,46	,45	,35	,38
B7	506,4	,000	,82	,85	,61	,70	,54	,56	,40	,46
B8	497,2	,000	,90	,86	,67	,72	,57	,55	,43	,46
C1	408,8	,000	,76	,77	,58	,65	,47	,47	,36	,40
C2	492,7	,000	,88	,85	,69	,74	,59	,57	,46	,50
C3	505,6	,000	,86	,86	,68	,73	,54	,54	,43	,46
C4	421,6	,000	,76	,78	,59	,68	,49	,51	,38	,44
C5	509,0	,000	,88	,85	,69	,74	,63	,61	,49	,54
C6	392,9	,000	,71	,76	,52	,61	,40	,42	,29	,34
C7	466,1	,000	,82	,80	,59	,66	,57	,56	,41	,46
C8	515,6	,000	,86	,84	,63	,71	,64	,62	,46	,52
C9	541,1	,000	,90	,88	,67	,76	,67	,65	,49	,56
D1	354,8	,000	,82	,72	,60	,60	,41	,36	,30	,30
D2	412,0	,000	,87	,77	,67	,64	,41	,36	,32	,30
D3	399,4	,000	,87	,74	,59	,59	,42	,36	,30	,30
D4	460,8	,000	,89	,79	,62	,63	,46	,41	,32	,33

ÍTEM	PD (Contraste Kruskal-Wallis)		IDi (IHc)		IDe		IFr (Si.IHc/Simax)		IVr (Si.IDe/Simax)	
	χ^2	p	Subescala	Escala	Subescala	Escala	Subescala	Escala	Subescala	Escala
	D5	482,9	,000	,84	,83	,65	,71	,49	,49	,38
D6	475,1	,000	,85	,82	,58	,67	,45	,43	,30	,35
D7	397,6	,000	,85	,74	,56	,59	,44	,39	,29	,31
D8	486,0	,000	,83	,83	,59	,69	,48	,48	,34	,40
D9	454,3	,000	,83	,80	,62	,65	,45	,44	,34	,35
E1	500,4	,000	,80	,84	,66	,72	,57	,60	,47	,52
E2	464,4	,000	,81	,79	,64	,68	,54	,52	,43	,45
E3	475,0	,000	,81	,81	,62	,67	,50	,49	,38	,41
E4	516,8	,000	,88	,87	,68	,73	,57	,56	,44	,47
E5	450,1	,000	,85	,80	,61	,66	,49	,47	,36	,39
E6	455,0	,000	,83	,79	,61	,67	,47	,45	,34	,37
E7	441,3	,000	,83	,78	,59	,66	,50	,47	,36	,39
E8	517,1	,000	,86	,86	,70	,72	,57	,57	,46	,48
F1	495,6	,000	,88	,85	,72	,73	,59	,57	,48	,49
F2	423,4	,000	,81	,77	,57	,62	,59	,56	,41	,45
F3	523,7	,000	,85	,85	,65	,71	,59	,58	,45	,49
F4	507,0	,000	,85	,84	,61	,68	,50	,50	,36	,40
F5	446,4	,000	,79	,78	,59	,65	,53	,52	,40	,44
F6	511,9	,000	,88	,84	,72	,74	,60	,57	,49	,50
F7	541,6	,000	,89	,86	,71	,75	,59	,58	,47	,50
F8	379,4	,000	,79	,74	,55	,62	,60	,56	,41	,46
F9	437,6	,000	,76	,80	,58	,68	,49	,52	,38	,44
G1	482,2	,000	,79	,83	,58	,74	,57	,60	,42	,53
G2	454,8	,000	,87	,81	,57	,65	,51	,48	,34	,38
G3	488,6	,000	,88	,83	,57	,67	,49	,46	,32	,37
G4	500,0	,000	,87	,83	,62	,73	,53	,50	,38	,44
G5	531,2	,000	,88	,87	,64	,75	,59	,58	,43	,50
G6	477,3	,000	,89	,83	,62	,68	,53	,49	,37	,41
G7	485,5	,000	,85	,84	,62	,73	,60	,60	,44	,52
G8	448,7	,000	,85	,78	,59	,65	,51	,47	,36	,39
G9	486,4	,000	,87	,84	,59	,68	,48	,46	,32	,38

3.2. EVIDENCIAS DE FIABILIDAD DE LA ESCALA Y SUS SUBESCALAS

Para estudiar el funcionamiento del instrumento en su conjunto y de las siete subescalas de evaluación que lo componen se han empleado distintos métodos de análisis que, tradicionalmente, se han utilizado como evidencias de fiabilidad. Por un lado, a partir de los datos de las 814 personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo evaluadas se han analizado la consistencia interna y el error típico de medida. Por otro lado, a través de la doble aplicación del instrumento en situaciones concretas a dos grupos de submuestras específicas, se han podido analizar otras dos evidencias de fiabilidad: la fiabilidad interevaluadores y la fiabilidad test-retest.

En cuanto al índice de **Consistencia Interna**, ésta puede ser entendida directamente como la correlación existente entre los ítems que componen un instrumento (DeVellis, 2003). Atendiendo a esta definición, se calcularon las correlaciones entre los ítems de la escala. Todas ellas fueron significativas ($p \leq ,01$), y abarcaron un rango de ,37 a ,85. Un análisis más detallado de los datos nos lleva a concluir que los coeficientes de correlación más bajos se obtuvieron entre los ítems del área de hogar y los pertenecientes a la subescala 'Aprendizaje Escolar'. Los coeficientes más elevados se observan entre los ítems pertenecientes a las mismas subescalas. No obstante, a pesar de que los resultados obtenidos a través de este procedimiento fueron adecuados, se utilizó también el alfa de Cronbach como evidencia de consistencia interna. El alfa de Cronbach refleja un estudio más preciso de la consistencia de un instrumento porque trabaja con las "partes" de un test (i.e., los ítems), las interrelaciones entre ellos y la varianza total de las puntuaciones (Muñiz, 2003) y, además, es capaz de aportar una puntuación general, por lo que se ha convertido en el coeficiente más extendido en el análisis de la consistencia interna. Según Nunnally y Bernstein (1994) este coeficiente de fiabilidad se considera adecuado cuando se trata de un instrumento de investigación si es superior a ,700 y debe ser superior a ,900 cuando las puntuaciones piensan utilizarse en el ámbito profesional. Como se puede apreciar en la Tabla 5, tanto las

distintas áreas evaluadas como la escala obtuvieron adecuados coeficientes de valores superiores a ,950, lo que revela una alta precisión de la medida del instrumento.

Tabla 5. Consistencia interna de las dimensiones y de la escala (alfa de Cronbach).

Áreas evaluadas	Alfa de Cronbach	Nº de ítems
<i>A. Vida en el Hogar</i>	,961	9
<i>B. Vida en la Comunidad</i>	,966	8
<i>C. Participación Escolar</i>	,958	9
<i>D. Aprendizaje Escolar</i>	,964	9
<i>E. Salud y Seguridad</i>	,955	8
<i>F. Actividades Sociales</i>	,959	9
<i>G. Defensa</i>	,967	9
TOTAL	,991	61

Sin embargo, la consistencia interna total de una escala multidimensional suele ser subestimada por el alfa de Cronbach. Una forma de mejorar este coeficiente es estratificarlo en subescalas dependiendo del contenido para hallar un mejor valor estimado de la consistencia interna. Este coeficiente es especialmente relevante cuando la puntuación total obtenida en la escala viene derivada de la suma de las puntuaciones directas derivadas de cada una de las subescalas, como es el caso de la SIS-C. Teniendo esto en cuenta, se analizó el alfa estratificado del instrumento, llegando a obtenerse un coeficiente de ,993, ligeramente superior al alfa de Cronbach convencional. Asimismo, y debido a la naturaleza ordinal de las categorías de respuesta, se analizaron también otros índices más precisos, obteniéndose un Alfa Ordinal de ,993 y un Theta de Armor de ,994, encontrándose aquí el índice de consistencia más elevado.

Por su parte, la fiabilidad entendida como ausencia de error se puede analizar a través del **Error Típico de Medida (ETM)**, el cual no

es más que la desviación típica de los errores de medida existentes en un test (Muñiz, 2003). En este caso, se presenta los ETM de las subescalas y del instrumento, que han de ser interpretados en relación con su DT y ser significativamente inferiores a esta para poder hablar de una buena fiabilidad. En la Tabla 6 y en la Figura 5, se puede observar que los ETM y la varianza de error asociada a las dimensiones de la escala no alcanzan una magnitud demasiado elevada en comparación con la desviación típica y la varianza empírica de las puntuaciones en las diferentes dimensiones de la escala analizada.

Se presenta también en la tabla el ETM relativo, resultado de dividir el ETM entre la desviación típica, que aporta un índice que oscila de 0 a 1, más sencillo de interpretar. En este sentido, destacamos que, si bien en el alfa de Cronbach se buscaban puntuaciones cercanas a 1, en este caso las puntuaciones más cercanas a cero son las que nos van a indicar una mejor fiabilidad, ya que buscamos la ‘ausencia de error’. En nuestros datos, todos los errores típicos relativos fueron inferiores a ,20, siendo especialmente reseñable el bajo ETM de la escala en su conjunto, inferior a ,10.

Tabla 6. Errores típicos de medida de las dimensiones y de la escala.

Áreas evaluadas	DT	Varianza Empírica	ETM	Varianza del Error	ETM/DT (Relativo)
<i>A. Vida en el Hogar</i>	30,10	906,01	5,94	35,28	,20
<i>B. Vida en la Comunidad</i>	24,66	608,11	4,55	20,70	,18
<i>C. Participación Escolar</i>	28,68	822,54	5,88	34,57	,20
<i>D. Aprendizaje Escolar</i>	22,98	528,08	4,36	19,01	,19
<i>E. Salud y Seguridad</i>	24,22	586,61	5,14	26,42	,20
<i>F. Actividades Sociales</i>	29,20	852,64	5,91	34,92	,20
<i>G. Defensa</i>	27,45	753,50	4,99	24,90	,18
TOTAL	174,04	30289,92	16,48	271,59	,09

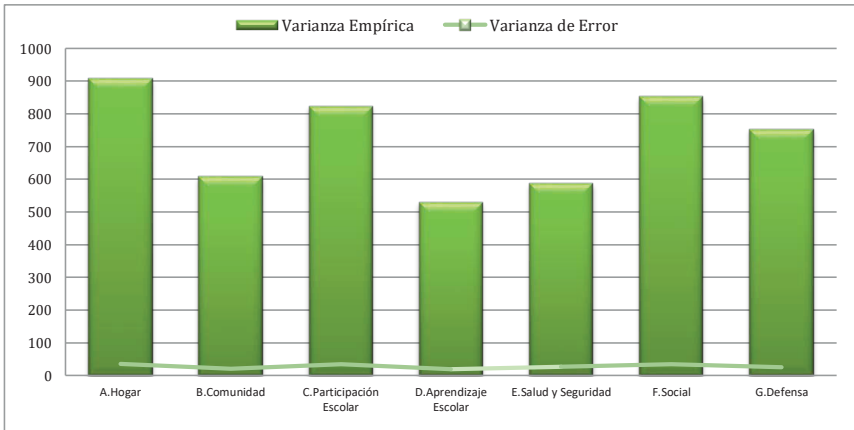


Figura 5. Distancias entre la varianza del error y varianza empírica de las áreas evaluadas.

Adicionalmente, fue posible analizar la **Fiabilidad Interevaluadores**, ya que en el 81,1% de las 814 aplicaciones realizadas ($n = 661$) las personas fueron evaluadas por dos informantes de manera independiente, obteniéndose así dos puntuaciones distintas susceptibles de ser correlacionadas. Si la escala es fiable, se espera que los ítems funcionen de una manera objetiva y las puntuaciones sobre necesidades de apoyo otorgadas para cada una de las actividades no diverjan según quien sea el informante, manteniéndose estables independientemente de la persona que realice la aplicación. En nuestro caso, el 52,9% de las aplicaciones realizadas a dos informantes fueron realizadas por un profesional y a un familiar, quedando el resto realizadas por dos miembros del mismo ámbito (26,5% realizado por dos profesionales y el 1,7% por dos familiares).

La correlación existente entre las puntuaciones totales obtenidas en los casos en los que dos informantes evaluaron la misma persona fue de ,953, oscilando las correlaciones de las diferentes áreas que componen el instrumento entre ,907 y ,954 (Tabla 5). Esta correlación puede ser considerada idónea teniendo en cuenta la clasificación de

Cicchetti (1994), quien estableció el valor ,400 como límite inferior para considerar una correlación aceptable y determinó que correlaciones superiores a ,750 podían ser categorizadas como excelentes. Asimismo, se analizaron las correlaciones entre las puntuaciones de los dos informantes teniendo en cuenta únicamente las evaluaciones dobles realizadas por personas de distinto ámbito (profesional-familiar; $n= 416$). Aunque en este caso el nivel de las correlaciones disminuye, es destacable que las correlaciones siguen estando en el rango de excelentes ($>,750$).

Finalmente, se utilizó el método del ***Test-Retest***, el cuál analiza la relación entre dos mediciones realizadas en diferentes momentos temporales, proporcionando una medida de la estabilidad temporal. Con este objetivo, en una submuestra de 32 de los casos, se aplicó la escala en dos momentos temporales distanciados por dos meses, garantizando así que había transcurrido un tiempo considerable para no recordar las respuestas dadas en la primera administración, pero no lo suficientemente amplio como para que el propio desarrollo humano o el progreso de una intervención hubieran causado cambios en las necesidades de apoyo de los participantes. El tiempo fue la única variable modificada, manteniéndose los mismos informantes y el mismo entrevistador en las dos aplicaciones. En la Tabla 7 podemos observar que la correlación obtenida entre la primera y la segunda aplicación fue ,943 para el total de la escala. Las correlaciones de las diferentes subescalas fueron superiores a ,780, lo que indica una correlación excelente en todos los casos siguiendo la clasificación de Cicchetti (1994).

Tabla 7. Fiabilidad interevaluadores y test-retest de la escala y sus subescalas.

Áreas evaluadas	Fiabilidad Interevaluadores (todos)	Fiabilidad Interevaluadores (profesional-familiar)	Fiabilidad Test-Retest
<i>A. Vida en el Hogar</i>	,954	,864	,903
<i>B. Vida en la Comunidad</i>	,928	,826	,782
<i>C. Participación Escolar</i>	,938	,842	,856
<i>D. Aprendizaje Escolar</i>	,907	,793	,999
<i>E. Salud y Seguridad</i>	,919	,803	,913
<i>F. Actividades Sociales</i>	,923	,820	,782
<i>G. Defensa</i>	,907	,786	,837
TOTAL	,950	,867	,943

3.3. EVIDENCIAS DE VALIDEZ BASADAS EN LA ESTRUCTURA INTERNA DE LA ESCALA

Con el objeto de proporcionar evidencias de validez basadas en la estructura interna de la escala, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC). Dado el alto número de ítems de la versión final de la escala (61 ítems) y con la intención de primar modelos parsimoniosos sobre modelos de más complejidad, el AFC se realizó sobre *parcels* contruidos de la siguiente manera: (a) cada *parcel* constaba de entre dos y tres ítems; y (b) se asignaron los ítems a los distintos *parcels* siguiendo un criterio correlativo, de manera que los primeros ítems de cada sección formaban el primer *parcel* y así sucesivamente.

Se analizó la idoneidad de cada *parcel* para ser sometido al análisis factorial. El estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) superó en todos los casos el valor 0,5 (considerado el límite inferior para aceptar la realización de un análisis factorial) y la prueba de esfericidad de Barlett presentó una *p* significativa ($< ,001$) en todos los *parcels*. Posteriormente, se analizó la idoneidad de someter estos *parcels* en su conjunto al análisis factorial, obteniéndose un índice KMO de ,973 (muy adecuado) y una significación inferior al 1% en el caso de la prueba de esfericidad de Barlett, quedando así garantizada la adecua-

ción e idoneidad de su uso. Además, para reducir las limitaciones que puede conllevar la creación de *parcels* y optimizar su uso, se aseguró que cada *parcel* cumpliera el criterio de unidimensionalidad: (a) el primer *eigenvalue* (valor propio) de todos los *parcels* superó el valor 1 (el rango oscila entre 1,02 y 2,22); (b) el autovalor del primer factor extraído en cada *parcel* es relativamente superior que el autovalor del segundo factor (Reise et al., 2010); y (c) además, en todos los casos el primer factor explicaba más del 80% de la varianza, lo que resulta idóneo (deben ser superiores al 60%).

El objetivo de realizar este AFC fue identificar la similitud (equivalencia, o reproductibilidad) entre la matriz estimada por el modelo y la matriz de entrada (datos observados). En las premisas teóricas del constructo de necesidades de apoyo se defiende que la intensidad de necesidades de apoyo de una persona debe considerarse a través de la evaluación realizada en siete contextos (subescalas) diferenciados. No obstante, además de someter a prueba este modelo, se analizó también el ajuste que obtendrían los datos con otros dos modelos de referencia posibles: un modelo unidimensional y un modelo jerárquico. Los AFC se calcularon utilizando el método Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonalizados (*Diagonally Weighted Least Squares* [DWLS]). Este método calcula las varianzas asintóticas de los parámetros estimados tratando de situarse en un punto intermedio entre los estimadores no ponderados (ULS) y los totalmente ponderados (WLS), siendo susceptible a la violación del supuesto de normalidad. Cuando se puso a prueba el modelo correlacional (Figura 6), los errores de medida oscilaron entre ,07 (P_D2; P_G1; P_G2) y ,27 (P_D1). A partir de este resultado, se puede afirmar que la proporción de varianza de las variables observadas que es explicada por la variable latente exógena oscila entre ,93 y ,73. Asimismo, todas las saturaciones factoriales presentaron valores superiores a ,85. Por último, las correlaciones entre las variables latentes fluctuaron entre ,83 y ,95, lo que representa una elevada correlación entre ellas.

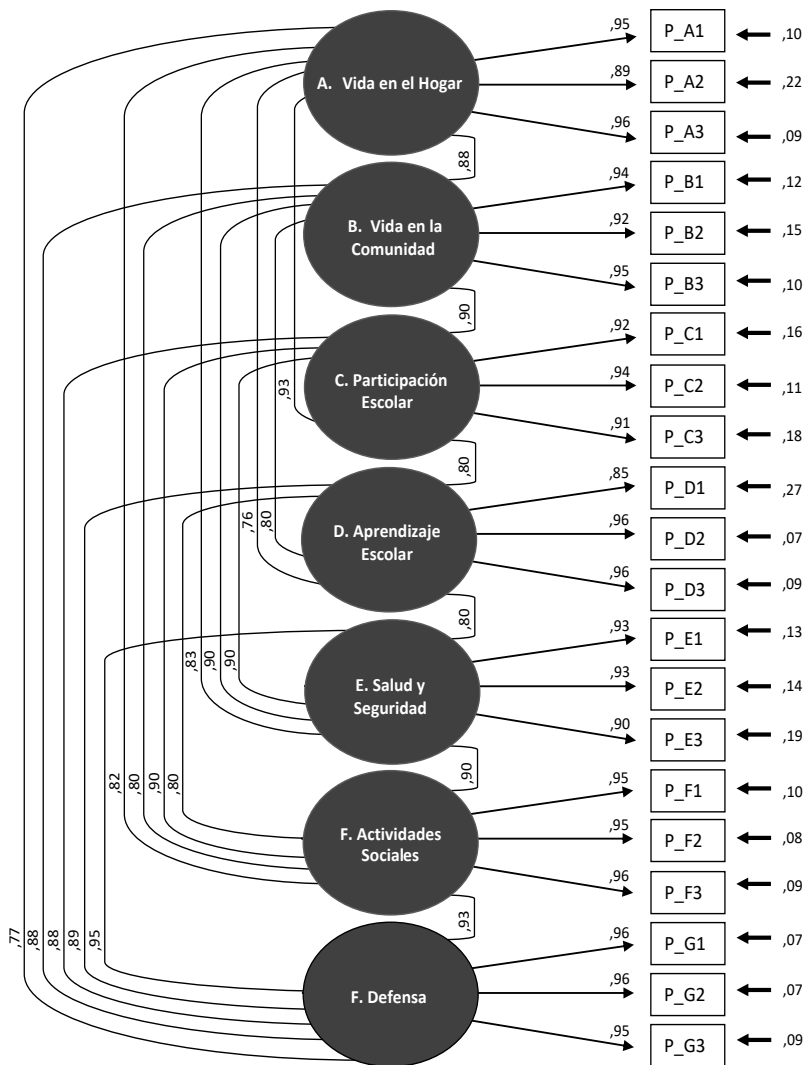


Figura 6. Representación factorial del modelo correlacional.

Para comprobar de manera exhaustiva y comparativa el ajuste de los tres modelos mencionados, se tuvo en cuenta, en primer lugar, el índice de ajuste absoluto χ^2 , que busca comprobar que no existen diferencias significativas entre los datos empíricos y teóricos (H_0). Sin embargo, este criterio no suele cumplirse cuando se trabaja con muestras grandes, pues a medida que incrementa el número de participantes la significación tiende a reducirse ($p < .01$), obligándonos a rechazar H_0 (Hu y Bentler, 1999). En estos casos, se toman como referencia la magnitud del χ^2 (reflejándose un mayor ajuste a medida que este disminuye) y otros índices parciales (Arias, 2008; Kline, 2010): (a) error cuadrático medio de aproximación (*Root Mean Square error of Approximation* [RSMEA]); (b) índice de Tucker-Lewis (TLI); (c) índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index* [CFI]); y (d) raíz del residuo cuadrático medio estandarizado (*Standardized Root Mean Square Residual* [SRMR]). Como puede observarse en la Tabla 8, el modelo correlacional fue el que obtuvo un mejor ajuste.

Tabla 8. Resultados del análisis de los índices de ajuste.

ÍNDICES	INTERPRETACIÓN	Modelo Correlacional	Modelo Unidimensional	Modelo Jerárquico
χ^2 (gl)	Para concluir que existe ajuste adecuado hemos de aceptar H_0 ($p > ,01$).	981,57	4625,11	1402,92
Significación		(168)	(189)	(182)
		$p < ,001$	$p < ,001$	$p < ,001$
RMSEA	Valores en torno a ,05 se consideran aceptables. Se consideran adecuados valores inferiores a ,08. El modelo tiene que ser necesariamente rechazado si RMSEA $> ,10$.	,077	,17	,091
Intervalo RMSEA (90%)		(,073 - ,082)	(,17 - ,17)	(,086 - ,095)
TLI	Debe ser superior a ,95.	,99	,95	,99
CFI	Debe ser superior a ,95.	,99	,96	,99
SRMR	Valores inferiores a ,05 indican un buen ajuste. No son aceptables valores por encima de ,08.	,020	,047	,033

4. LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN COMPLEMENTARIAS

La SIS-C se presenta como la primera herramienta disponible en el contexto español para la evaluación y provisión de apoyos individualizados de los niños y adolescentes con discapacidades intelectuales y del desarrollo. Su uso resulta de gran utilidad porque facilita que las familias y los profesionales que trabajan con esta población reflexionen sobre qué apoyos del entorno necesitaría la persona para tener una participación plena en la sociedad, lo que supone el primer paso para alcanzar una adecuada inclusión social. No obstante, debe entenderse que esta herramienta presenta aún numerosas limitaciones e imprecisiones y que su proceso de construcción no termina con esta publicación, sino que es necesario seguir obteniendo datos con nuevas muestras independientes que permitan realizar una validación cruzada y refinar la precisión de los parámetros para poder optimizar la evaluación de las necesidades de apoyo y establecer clasificaciones precisas.

Los análisis, aunque se han realizado siguiendo los patrones de la SIS-C original en inglés y los análisis de la SIS-A, parten de algunas simplificaciones que hacen la corrección de datos más parsimoniosa pero que, inevitablemente, repercuten en su medida. Destaca, en este sentido, el hecho de basar la puntuación de cada ítem en el sumatorio de las tres dimensiones de respuesta (tipo o intensidad, frecuencia y tiempo), dando por hecho que el índice de necesidades de apoyo ofrecido por la SIS-C tiene 61 indicadores, cuando, en realidad, teniendo en cuenta cada categoría de respuesta por separado tendría 183 indicadores, que deberían ser analizados por separado para poder ofrecer una puntuación más ajustada. A esto se añade el hecho de que en el AFC realizado para comprobar la estructura interna de la escala se ha ejecutado a través de conjuntos de ítems (*parcels*) que, a su vez, ya están incluyendo más de una dimensión de medida y que, además, se han realizado desde un criterio meramente correlativo. Aunque el uso de *parcels* responde a un objetivo de búsqueda de modelos parsimoniosos que nos ayuden a explicar modelos complejos y hemos asegurado

previamente la idoneidad de su uso, estos aportan un inevitable error al análisis de la estructura de la escala, produciéndose un desajuste que puede verse incrementado por el uso del estimador DWLS en modelos de cierta complejidad. Asimismo, aunque el modelo correlacional ha obtenido un buen grado de ajuste en comparación con los otros modelos planteados, las elevadas correlaciones obtenidas entre los factores comprometen la validez discriminante del instrumento.

Aprovechando el complejo sistema de puntuación de la SIS-C, que permite obtener más información que la que lograríamos solamente valorando una de las dimensiones, se debería analizar la estructura de la escala a través del modelo “multirrasgo-multimétodo”. En este sentido, ya está en marcha una línea de investigación que emplea este método para analizar la dimensionalidad y la estructura interna de la SIS-C y cuyos estudios iniciales ponen de manifiesto que el “tiempo de apoyo diario” ha mostrado aportar poco valor en algunas de las subescalas (Verdugo et al., 2019). Actualmente, se encuentran abiertas también otras líneas de trabajo orientadas a establecer puntos de corte entre las necesidades de apoyo típicas de la edad y las necesidades de apoyo extraordinarias derivadas directamente de las discapacidades intelectuales y del desarrollo de los niños y adolescentes evaluados (Amor y Verdugo, 2017; Verdugo, Amor et al., 2019). Asimismo, se están realizando diferentes investigaciones para conocer su funcionamiento específico en poblaciones con etiologías específicas como parálisis cerebral (Aguayo, Arias, et al., 2019; Aguayo, Verdugo et al., 2019) y Trastornos del Espectro Autista (TEA) (Guillén et al., 2021). Estas vías de trabajo abrirán nuevas oportunidades en la aplicación del instrumento y en sus implicaciones prácticas a nivel educativo y social.

III. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

La adaptación de la escala SIS-C al español aporta una gran utilidad teórica y práctica al trabajo diario con las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo en nuestro contexto. A nivel teórico, el desarrollo de esta escala se encuadra dentro de los ejes y de modelos de la AAIDD, permitiendo tener una visión compartida internacionalmente acerca de los constructos de ‘discapacidad intelectual’ y ‘necesidades de apoyo’. Esta alineación aporta una ventaja evidente desde el punto de vista funcional y de eficacia, ya que facilita la justificación de su fiabilidad y validez. El índice de necesidades de apoyo y el perfil que genera el instrumento servirán para obtener información objetiva sobre las necesidades de apoyo del niño o adolescente con discapacidad evaluado. Esta información ha de ser tenida en cuenta de manera cuantitativa y cualitativa y debe utilizarse para planificar apoyos individualizados (evaluando también los intereses de la persona), así como para ayudar a los diferentes centros y organizaciones a asignar recursos y diseñar políticas nuevas de protección social que beneficien a las personas con discapacidad intelectual desde la infancia.

En este sentido, Amor et al. (2017) defienden la importancia de trabajar desde el modelo de apoyos en el contexto educativo, lo que supone abordar las necesidades del alumnado con discapacidades intelectuales y del desarrollo desde un planteamiento comprensivo que permita la evaluación y promoción de apoyos individualizados y personalizados. En España, la educación del alumnado con discapacidad sigue los principios de normalización e inclusión, intentando ofrecer

respuesta desde el entorno menos restrictivo posible, el planteamiento ecológico-contextual y el derecho a la inclusión educativa recogido en el artículo 24 de la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006). Basadas en estos principios, tanto la evaluación como la planificación de apoyos ajustada a las necesidades del alumnado con discapacidad intelectual se llevan a cabo a través del proceso de atención a la diversidad, en el cual las necesidades de apoyo del estudiante deberían ser evaluadas a través de herramientas como la SIS-C que evalúa la participación de la persona en diferentes áreas vitales. Debemos tener en cuenta que en los centros educativos se produce un desarrollo integral de los estudiantes, por lo que las evaluaciones de necesidades no deberían limitarse al aprendizaje académico.

Sánchez-Gómez et al. (2020) revisaron la literatura sobre intervenciones en contexto escolar ordinario que hubieran implementado una provisión de apoyos dirigida, implícita o explícitamente, a mejorar resultados personales en estudiantes con discapacidad, de forma consistente con una visión multidimensional de calidad de vida. Este trabajo, que recoge la necesidad de orientar e integrar ambos enfoques para fomentar la inclusión de los estudiantes con discapacidad (Amor et al., 2018; Amor et al., 2020; Hagiwara et al., 2019; Verdugo, Amor et al., 2018), pone de manifiesto la escasez de estudios con las características esperadas, lo que viene causado, en gran medida, por la falta de herramientas de evaluación coherentes con estos planteamientos. Así, se abre una línea de trabajo orientada a utilizar y valorar la eficacia de la SIS-C como herramienta escolar basada en los modelos de apoyos capaz de facilitar a los profesionales el diseño e implementación de intervenciones no solo basadas en la mejora del rendimiento, sino también el aumento de la participación y la calidad de vida del alumnado con discapacidad intelectual.

IV. LA ESCALA DE INTENSIDAD DE APOYOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (SIS-C)

1. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

Nombre	ESCALA DE INTENSIDAD DE APOYOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (SIS-C)
Secciones	<p>Sección I – Necesidades Excepcionales Médicas y Conductuales (31 ítems)</p> <p>Sección II – Escala de necesidades de Apoyos (7 subescalas - 61 ítems)</p> <p>A. Vida en el Hogar (9 ítems)</p> <p>B. Vida en la Comunidad (8 ítems)</p> <p>C. Participación Escolar (9 ítems)</p> <p>D. Aprendizaje Escolar (9 ítems)</p> <p>E. Salud y Seguridad (8 ítems)</p> <p>F. Actividades Sociales (9 ítems)</p> <p>G. Defensa – Autorrepresentación (9 ítems)</p>
Autores versión original	James R. Thompson, Michael L. Wehmeyer, Carolyn Hughes, Karrie A. Shogren, Hyojeong Seo, Todd D. Little, Robert L. Schalock, Rodney E. Realon, Susan R. Copeland, James R. Patton, Edward A. Polloway, Debbie Shelden, Shea Tanis y Marc J. Tassé.
Autores adaptación al contexto español	Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Verónica Marina Guillén Martín, Antonio Manuel Amor González, Virginia Aguayo Romero, Eva Vicente Sánchez y Pedro Jiménez Navarro.
Objetivo	Evaluación de las necesidades de apoyo extraordinarias de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual en los diferentes contextos de la vida cotidiana.

Población a la que se puede administrar	Niños y adolescentes de entre 5 y 16 años con discapacidad intelectual, independientemente de su nivel, etiología, o características asociadas.
Informadores	Heteroinforme: la escala debe ser cumplimentada por una persona que conozca bien a la persona con discapacidad intelectual (profesional, familiar, etc.). Requisitos: (1) conocer a la persona desde hace al menos 3 meses; y (2) haber observado a la persona evaluada en más de un contexto.
Validación	Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España.
Aplicación	Es necesario contar siempre con alguien que conozca bien el instrumento y sus características. La aplicación puede hacerse en formato autoadministrable o heteroadministrable (formato entrevista).
Duración	Aproximadamente 30-40 minutos.
Finalidad	Identificar el perfil de necesidades de apoyo de la persona evaluada tanto de forma general como en los diferentes contextos cotidianos para facilitar el proceso de planificación de apoyos individualizados.
Baremación	Puntuaciones estándar ($M=10$; $DT=3$) de cada subescala, percentiles e Índice de Necesidades de Apoyo.

2. NORMAS DE APLICACIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES

La SIS-C es un recurso estandarizado que permite medir con fiabilidad y validez la intensidad de apoyos que necesitan los niños y adolescentes con discapacidad intelectual y/o discapacidades del desarrollo. Su cumplimentación requiere hacer juicios sobre el tipo, la frecuencia y el tiempo diario de apoyo que un sujeto necesita para participar exitosamente en un amplio rango de actividades cotidianas. Cuando se cumplimenta la SIS-C el foco no debe estar puesto en sus habilidades o en qué tareas específicas realiza diariamente, sino en qué

apoyos necesitaría recibir para participar plenamente en una variedad de actividades. Se debe tener en cuenta:

- La SIS-C debe ser administrada por un entrevistador, es decir, una persona que tenga experiencia en realizar evaluaciones y que posea un conocimiento extenso sobre las valoraciones y los principios de las pruebas psicológicas. Debe haber leído previamente y conocer las normas de aplicación de la SIS-C. Los entrevistadores también deberían tener varios años de experiencia de trabajo directo con personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo y deberían saber cómo pedir y verificar información de los entrevistados.
- Cuando se cumplimenta la SIS-C, debe intentarse recoger información de al menos dos personas. El entrevistador recoge información de los informantes y es responsable de puntuar cada ítem. El entrevistador puede: (a) entrevistar a los informantes separadamente, o (b) entrevistar dos o más personas al mismo tiempo. Los informantes deben ser individuos que conocen muy bien a la persona evaluada, incluyéndose padres y otros miembros de la familia, profesores, personal de apoyo directo, etc. Si el entrevistador conoce bien al niño, puede también servir como uno de los informadores y autoadministrarse la escala. En los casos que se considere oportuno, también es posible que un joven con discapacidad intelectual sea quien responda.
- La SIS-C está compuesta de dos secciones principales. En la **Sección I- Necesidades de Apoyo Excepcionales Médicas y Conductuales**, el entrevistador debe señalar la relativa intensidad de necesidad de apoyo asociada a la 32 condiciones médicas y problemas de conducta presentados. En la **Sección II- Escala de Necesidades de Apoyo**, el informante debe estimar las necesidades de apoyo del niño en 61 actividades (ítems) de siete contextos (subescalas) en relación con tres índices de medida. Se incluye más adelante una descripción completa

del formato de respuesta y de todos los ítems, incluyendo una breve descripción y ejemplos.

- Todos los ítems deben ser cumplimentados, incluso si el niño no desarrolla actualmente alguna de las actividades. En este caso, el informante debe emplear su juicio para estimar el apoyo que cree que sería necesario para que el niño tuviera éxito en la actividad. Por ejemplo, si la persona evaluada no acude a ninguna actividad extraescolar, el ítem de participación en actividades extraescolares debería ser cumplimentado teniendo en cuenta las necesidades de apoyo que tendría el sujeto si mañana se apuntase a alguna actividad.
- Las puntuaciones deben reflejar los apoyos que serían necesarios para que el niño tuviera éxito en cada actividad. Definimos tener éxito como estar implicado en todos los aspectos de la actividad, juzgados según estándares contemporáneos escolares y comunitarios y que revierten en la máxima implicación (plena participación) del niño en la actividad. Es decir, qué apoyos se necesitan para lograr un nivel de funcionamiento / implicación/participación comparable a la de compañeros con un funcionamiento típico sin discapacidad.
- Cada ítem da por supuesto que los niños y niñas evaluados pueden tener la oportunidad de participar en cada actividad en niveles que requieren potencialmente el máximo tipo, frecuencia y tiempo de apoyo diario. Las personas que responden deberán recordar que las puntuaciones pueden reflejar este máximo nivel de actividad potencial en cada ítem.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En la primera parte de la escala es necesario indicar la fecha en que se ha aplicado la escala, así como un código de referencia para el caso. Asimismo, deberá recogerse información sociodemográfica sobre el entrevistador (incluyendo algunos datos básicos de su formación y de la institución donde trabaja), los informantes (recogiéndose el tipo de relación

que mantienen con la persona evaluada y el número de años que hace que se conocen) y el niño o adolescente evaluado (debiéndose anotar género, edad, nivel de CI y de conducta adaptativa, tipo de centro educativo, tipo de escolarización, curso escolar, presencia de condiciones asociadas, lugar de residencia, lengua materna y uso de tecnología asistencial).

GUÍA PARA PUNTUAR ÍTEMS EN LA SECCIÓN I - NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICO Y CONDUCTUAL

En esta sección de la escala se identifican los aspectos médicos y conductuales excepcionales. Se asume que ciertas condiciones médicas y conductas desafiantes pueden determinar que un niño requiera niveles sustanciales de apoyo, a pesar de su relativa intensidad de necesidad de apoyo en otras áreas de la vida evaluadas en la Sección II - Escala de Necesidades de Apoyo. Por ejemplo, niños que tienen necesidades de apoyo significativas debido a cuidados por ostomía, probablemente necesitarán niveles significativos de apoyo en sus vidas diarias, con independencia de sus necesidades en las áreas de vida en el hogar, aprendizajes escolares, etc. Tomando la escala de puntuación tipo Likert de tres puntos (0 = no necesita apoyo; 1 = necesita algún apoyo; 2 = necesita apoyo extenso) el entrevistador valora la intensidad individual de necesidad de apoyo para cada ítem médico y conductual.

Necesidades Médicas Excepcionales

La cuestión crítica para responder cuando se cumplimentan los ítems médicos es: “¿cuál es la importancia de las siguientes condiciones médicas para este niño en relación con el apoyo extra requerido?”.

Las opciones de puntuación son:

0 = *No necesita apoyo.*

1 = *Necesita algún apoyo (proporcionar supervisión y/o asistencia ocasional).*

2 = *Necesita apoyo extenso (proporcionar asistencia regular para controlar condiciones médicas o de conducta).*

Si el niño no tiene la condición, el ítem debe ser puntuado como "0" - no necesita apoyo. Si el niño tiene la condición y requiere algún apoyo extra (es decir, se dedica una pequeña cantidad de tiempo cada día a supervisar o controlar la condición y la gente que apoya a la persona tiene que estar continuamente al corriente de la condición para asegurar la salud y seguridad del individuo), entonces se debe puntuar el ítem como "1" - necesita algún apoyo. Si el niño tiene la condición y es requerido un apoyo extra significativo (por ejemplo, se dedican varias horas al día a controlar la condición que plantea un riesgo importante de salud y seguridad para la persona) se debe puntuar el ítem con un "2" - necesita apoyo extenso. En aquellos casos en los que el informante tenga dudas de si los apoyos que requiere el niño en un determinado ítem se podrían considerar como "necesita algún apoyo" o como "necesita apoyo extenso" se anima a las personas que responden a usar su mejor juicio y, siempre que sea posible, consultar con informadores adicionales.

Necesidades Excepcionales Conductuales

La cuestión crítica para responder cuando se cumplimentan los ítems conductuales es: "¿cuál es la importancia de las siguientes conductas desafiantes para este niño en relación con el apoyo extra requerido?".

Las opciones de puntuación son:

0 = *No necesita apoyo.*

1 = *Necesita algún apoyo (es decir, proporcionar supervisión y/o asistencia ocasional).*

2 = *Necesita apoyo extenso (es decir, proporcionar asistencia regular para controlar condiciones médicas o de conducta).*

Si la conducta no es relevante o el niño no muestra la conducta, entonces el ítem debe ser puntuado como "0" - no necesita apoyo. Si el niño muestra la conducta y se requiere algún apoyo extra por ejemplo, quizás una pequeña cantidad de tiempo cada día debe dedicarse

a supervisar las conductas del niño y aquellos que interactúan con él tienen que estar continuamente pendientes para asegurar su salud y seguridad y/o la de los demás) entonces puntúe el ítem con un "1" - necesita algún apoyo. Si el niño manifiesta la conducta y requiere un apoyo extra significativo (por ejemplo, se dedican varias horas al día a supervisar la conducta y ésta plantea un riesgo importante de salud y seguridad para el individuo u otros en el contexto) entonces se debe puntuar el ítem como "2" - necesita apoyo extenso.

Como en el caso de las necesidades médicas excepcionales, distinguir entre "algún" y "extenso" apoyo puede ser difícil. Cuando intentamos determinar si un ítem podría ser puntuado con "1" o "2" para casos límite, se recomienda considerar la severidad de las consecuencias de la conducta. Por ejemplo, si "destrucción de la propiedad" fuera lo preocupante, sería importante considerar cuánto daño podría hacer realmente el niño si la conducta fuera a ocurrir en el peor de los escenarios y cómo de amenazante podría ser la destrucción de la propiedad. Un niño que ha estado dedicado a destrozar una habitación entera (por ejemplo, romper muebles, destrozar una televisión) podría suponer un riesgo más serio que un niño que es probable que destroce sólo objetos como juguetes. También sería considerado más peligroso si el niño típicamente se entretuviera en romper ventanas con su puño en comparación con dar puñetazos a un cojín sobre un sofá. Sería mejor puntuar el ítem como un "2" si hay un riesgo real de que la conducta pudiera tener consecuencias muy significativas (por ejemplo, riesgo de salud, violación de la ley, etc.). Sin embargo, si la conducta es probable que tenga menos consecuencias intensas, sería mejor puntuar el ítem con un "1".

Revisión de las directrices de la Sección I – Necesidades Excepcionales de Apoyo Médico y Conductual

- Puntúe todos los ítems, si un ítem no es relevante para un niño, valórelo como un “0”.
- Cuando se distinga entre “algún” (valoración de 1) y “extenso” (valoración de 2) apoyo, considere: (a) si cree necesario consultar con otras personas que le den información adicional, (b) el tiempo que implica el proporcionar apoyos, y (c) las consecuencias de cualquiera de las condiciones médicas o conductuales (¿Es probable que el niño se ponga seriamente enfermo? ¿tiene la conducta desafiante el potencial para amenazar la salud y seguridad del niño o de otros?).
- Si un niño experimenta una o más condiciones médicas o de conductas desafiantes que no están en la lista en la Sección I - Necesidades médicas excepcionales y conductuales, es esencial citarlas debajo de la categoría “otras”. Los ítems listados bajo “otras” conllevan el mismo peso e influencia que aquellos identificados en las escalas.

GUÍA PARA VALORAR ÍTEMS DE LA SECCIÓN II. ESCALA DE NECESIDADES DE APOYO

Los ítems en la Sección II – Escala de Necesidades de Apoyo, son valorados a través de tres índices de intensidad de apoyo: Tipo (¿cuál es la naturaleza del apoyo extraordinario que es proporcionado?); Frecuencia (¿cuántas veces se necesita apoyo extraordinario?) y Tiempo de Apoyo Diario (¿cuánto tiempo necesita otra persona para dar el apoyo extraordinario?). Cada uno de estos índices de medida se valorará en una escala numérica de entre 0 y 4 puntos, asociándose las puntuaciones más altas a una mayor intensidad de los apoyos necesitados.

Valorar el TIPO DE APOYO

Cuando se valora el tipo de apoyo, el informador debe centrarse en lo siguiente: si el niño fuese incluido en la actividad regularmente en

los próximos meses, ¿cuál sería la naturaleza del apoyo extraordinario (es decir, asistencia que la mayoría de los niños con un funcionamiento típico no necesitarían) que se necesitaría proporcionar para posibilitar al individuo tener éxito en la actividad? Este índice de apoyo tiene que ver con las características del apoyo proporcionado por otros. Aunque diferentes tipos de apoyo sean necesarios en alguna actividad (por ejemplo, para comer, el niño evaluado necesita una constante incitación verbal y, en ciertas ocasiones, apoyo físico para cortar la comida) se requiere del informante que identifique qué tipo de apoyo caracteriza mejor o más domina en la asistencia extraordinaria proporcionada (en este caso, incitación verbal). Las opciones de valoración son:

0 = Ninguno

1 = Supervisión

2 = Incitación verbal/ gestual

3 = Ayuda física parcial

4 = Ayuda física total

Valorar la FRECUENCIA DEL APOYO

Cuando se valora la frecuencia, el informador debe centrarse en contestar la siguiente cuestión: Si el niño fuese incluido en esta actividad regularmente en los próximos meses, ¿con qué frecuencia él o ella requeriría a alguien (profesor, monitor de residencia, auxiliar educativo, compañero, voluntario) para proporcionarle un apoyo, que la mayoría de los niños con un funcionamiento típico de la misma edad no necesitarían? Este índice de apoyo tiene que ver con identificar cuántas veces se necesita proporcionar un apoyo extraordinario. Esta dimensión de apoyo no tiene que ver con cuántas veces el niño realmente realiza una actividad; para los propósitos de la SIS-C, la puntuación tiene que estar basada en el apoyo necesario si el niño estuviese involucrado en la actividad con regularidad. Las opciones de valoración son:

- 0 = *No significativa, raramente las necesidades de apoyo del niño son diferentes a las de compañeros de su misma edad.*
- 1 = *Infrecuente; el niño necesitará ocasionalmente alguien que le proporcione un apoyo extraordinario que los compañeros de su edad no necesitarán (pero en la mayoría de las ocasiones no necesitará ningún apoyo extra).*
- 2 = *Frecuente; para que el niño participe en la actividad necesitará apoyo extraordinario aproximadamente en la mitad de las ocasiones que suceda.*
- 3 = *Muy frecuente, en la mayoría de las ocasiones en las que ocurre la actividad, el niño necesitará un apoyo extra que los compañeros de su edad no necesitarán (sólo ocasionalmente el niño no necesitará apoyo extra).*
- 4 = *Siempre, en cada ocasión en la que el niño participa en la actividad, necesitará apoyo extra que los compañeros de su edad no necesitarán.*

Valorar EL TIEMPO DE APOYO DIARIO

Cuando se valora la cantidad de Tiempo de Apoyo Diario, el informante debe centrarse en responder la siguiente cuestión: si el niño estuviese implicado en la actividad regularmente los próximos meses- durante el transcurso de un día típico (24 horas). ¿Cuánto tiempo total del tiempo diario sería necesario proveer apoyos extraordinarios (es decir, tipos de asistencia que la mayoría de los niños con un funcionamiento típico no necesitarían) para posibilitar que el individuo tenga éxito en la actividad? Este “tiempo extra” puede ser necesario muy regularmente (por ejemplo, cada día) o puede ser necesario más puntualmente (por ejemplo, una vez cada dos semanas). Sin embargo, este índice no tiene en cuenta la frecuencia ni debe responder cuánto dura la actividad. Más bien el foco es el tiempo diario total que se necesita proveer apoyos extraordinarios (es decir, tipos de asistencia que los niños con un funcionamiento típico no necesitarían) en los días en los que el apoyo es necesario.

Esta valoración estima la cantidad de tiempo necesario para proveer apoyo a lo largo de un día típico en el que el apoyo es necesario. Un día se define como 24 horas. Así que, independientemente de si el apoyo se necesita cada día o muy infrecuentemente, en un día típico en el que el apoyo es necesario – durante ese ciclo de 24 horas- ¿cuánto tiempo acumulado total necesita ser destinado a proporcionar el apoyo?

Las opciones de valoración son:

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

PAUTAS PARA CUANDO SE DETERMINA LA VALORACIÓN EN LA SECCIÓN II. ESCALA DE NECESIDADES DE APOYO

A. Considerar múltiples tareas dentro de una actividad

Si la actividad contiene múltiples tareas o fases, debemos poner mayor énfasis en el elemento(s) esencial(es) que son el centro de la actividad cuando se determine la valoración; no obstante, los elementos secundarios también deben ser considerados. Por ejemplo, el ítem 3 (Bañarse y mantener higiene personal) de la Sección 2- Subescala A (Vida en el Hogar) incluye bañarse, lavarse las manos, mantenerse limpio durante las comidas, peinarse, cepillarse los dientes y, en general, mantener un aspecto arreglado (basada en expectativas para su edad; en este sentido, es importante tener en cuenta que los estándares de apariencia para 6 años de edad son diferentes a los estándares para 15 años de edad). La tarea de los informadores es proporcionar una valoración que refleje sus percepciones de una valoración global de los elementos primarios y secundarios.

B. Valorar las necesidades de apoyo individuales holísticamente

Elementos como el nivel de habilidad individual, el uso de tecnología asistencial, la motivación, la salud, la conducta, y la seguridad/vulnerabilidad tienen que ser consideradas cuando determinamos la valoración. Las personas deberían ser valoradas en concordancia con sus estados actuales y funcionamiento. Valorar a los niños exactamente de la manera en la que están hoy.

Si un individuo usa tecnología asistencial, la persona debería ser valorada teniendo en cuenta dicha tecnología. Es importante tener en cuenta la tecnología asistencial que la persona usa regularmente cuando se haga las valoraciones. No obstante, las valoraciones no deberían estar basadas en la intensidad de apoyo que una persona puede requerir si el uso de la tecnología asistencial pudiera cambiar en el futuro. Si la tecnología asistencial no se usa actualmente o no está todavía disponible para la persona, no debería ser considerada. En muchos casos, la intensidad de la necesidad de apoyo de un individuo disminuirá cuando sea provisto de la tecnología asistencial apropiada, aunque también deberá tenerse en cuenta que el periodo de adaptación o aprendizaje a dicha tecnología puede hacer que las necesidades de apoyo aumenten temporalmente.

C. Valoraciones de base en escuelas y entornos comunitarios

Las valoraciones deben estar referidas a entornos ordinarios (es decir, escuela, casa, comunidad...) utilizados por la población general. Por ejemplo, valoraciones relacionadas con la escuela deben estar basadas en la escolarización en entornos de educación general. Esto no quiere decir que un equipo de planificación tiene que concluir que el entorno educativo menos restrictivo para cada niño es siempre el aula de educación general cuando desarrollan el Plan Educativo Individualizado. Sin embargo, la valoración en la SIS-C debería estar basada siempre en entornos de educación general inclusivos (con sus distintas modalidades), no en entornos especializados.

D. No considerar los servicios y apoyos que la persona está recibiendo actualmente

Las valoraciones deberían ser hechas para cada actividad de manera independiente a si la persona la realiza actualmente o no, y sin considerar los servicios o apoyos provistos actualmente por otras personas. Además, las valoraciones no deberían estar alteradas por la disponibilidad de apoyos naturales. Es decir, en los casos en que un amigo del vecindario proporciona el apoyo extraordinario (por ejemplo, el amigo ayuda al niño a identificar cuál es el autobús escolar que debe coger), el niño debería ser valorado como si necesitara un apoyo extraordinario.

E. Prestar atención al verbo utilizado en el contenido del ítem

La puntuación debería considerar la acción del verbo que se emplea en la raíz de la actividad, ya que algunos verbos pueden reflejar un mayor nivel de actividad y por lo tanto más apoyo. Por ejemplo, ir al colegio, incluye transporte, mientras que participar en exámenes y actividades de evaluación, asume que uno ya está allí. Mantener sus pertenencias personales implica el uso del dinero y cuestiones sobre potencial vulnerabilidad. Interactuar con amigos, familia y miembros de la comunidad no es una actividad tan compleja como lo es hacer y mantener amigos.

Repaso a las pautas clave para la Sección II – Escala de Necesidades de Apoyo

- Considerar múltiples tareas dentro de una actividad.
- Valorar las necesidades de apoyo individuales holísticamente.
- Valoración de base en escuelas y entornos comunitarios.
- No considerar los servicios y apoyos que la persona está recibiendo actualmente.
- Prestar atención al verbo utilizado en el contenido del ítem.

3. ESTRUCTURA: SECCIONES, SUBESCALAS E ÍTEMS

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	
Fecha de aplicación:	Código de referencia:
PARTE A. SOBRE EL ENTREVISTADOR	
Nombre: _____ Organización/Escuela: _____	
Ciudad, Provincia: _____	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Estudios: <input type="checkbox"/> Grado FP <input type="checkbox"/> Grado Universitario <input type="checkbox"/> Experto universitario <input type="checkbox"/> Máster <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otros _____	
Formación: <input type="checkbox"/> Maestro en Educación Primaria <input type="checkbox"/> Profesor Secundaria <input type="checkbox"/> Maestro en Educación Especial <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Otros _____	
Años de experiencia en servicios de niños o jóvenes con discapacidad: _____	
Localización de su lugar de trabajo actual: <input type="checkbox"/> Urbano/suburbano <input type="checkbox"/> Rural	
Relación del entrevistador con el niño: _____	
Nº de años que hace que conoce al niño: _____	
PARTE B. SOBRE LOS INFORMANTES	
Informador 1: Relación con el niño _____ Nº de años que hace que conoce al niño: _____	
Informador 2: Relación con el niño _____ Nº de años que hace que conoce al niño: _____	
PARTE C. SOBRE EL NIÑO VALORADO	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Edad: _____ años _____ meses	
Nivel de CI: <input type="checkbox"/> < 20-25 o Profundo <input type="checkbox"/> entre 20-25 y 35-40 o Severo <input type="checkbox"/> entre 35-40 y 50-55 o Moderado <input type="checkbox"/> entre 50-55 y 70 o Ligero	
Nivel de conducta adaptativa: <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Ligero	
Tipo de centro educativo: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Concertado	
Tipo de escolarización: <input type="checkbox"/> Centro Ordinario <input type="checkbox"/> Centro Ordinario de Atención Preferente <input type="checkbox"/> Centro de Educación Especial <input type="checkbox"/> Aula Sustitutoria de CEE <input type="checkbox"/> Escolarización Combinada	
Curso escolar al que acude: _____	

Presencia de discapacidades (marque todo lo aplicable):

- Discapacidad intelectual
- Baja visión/ ceguera
- Sordera/discapacidad auditiva
- Trastornos psiquiátricos
- Retraso del desarrollo
- Discapacidad física: limitaciones de brazo/mano
- Discapacidad física: limitaciones en la movilidad
- Enfermedad de Salud Crónica
- Trastornos de Espectro Autista (TEA)
- Parálisis Cerebral
- Daño cerebral/neurológico
- Trastorno del habla
- Trastorno del lenguaje
- Dificultades de aprendizaje
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/TDAH)
- Síndrome de Down Otro (especificar _____)

Lugar de residencia:

- Hogar con su familia
- Hogar de menores
- Hogar de pequeño grupo (<7 residentes)
- Grupo mediano (7-15 residentes)
- Residencias escolares o gran grupo (>15 residentes)
- Otra instalación residencial (especificar_____)

Lengua principal que comprende:

- Castellano Catalán Euskera Gallego Inglés Francés
- Otro (especificar_____)

Haga una lista de las **tecnologías asistenciales** que usa el niño:

SECCIÓN I: NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICO Y CONDUCTUAL**CLAVE DE PUNTUACIÓN DE LA SECCIÓN I:**

- 0 = No necesita apoyo (es decir, no tiene la condición o no necesita apoyo)
 1 = Necesita algún apoyo (es decir, proporcionar supervisión y/o asistencia ocasional)
 2 = Necesita apoyo extenso (es decir, proporcionar asistencia regular para controlar condiciones médicas o de conducta)

Sección 1A - NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICO

Rodea con un círculo la opción que corresponda para cada ítem. Después, suma las columnas para obtener la puntuación de la sección 1A.

<i>Cuidado respiratorio</i>			
Inhalación o terapia de oxígeno	0	1	2
Drenaje postural	0	1	2
Fisioterapia de tórax	0	1	2
Aspiración de secreciones	0	1	2
<i>Asistencia en la alimentación</i>			
Estimulación oral o movilización de la mandíbula	0	1	2
Alimentación por sonda (por ejemplo, nasogástrica)	0	1	2
Alimentación parenteral (por ejemplo, cánula intravenosa)	0	1	2
<i>Cuidados de la piel</i>			
Cambios posturales o movilizaciones	0	1	2
Cuidado de heridas abiertas	0	1	2
<i>Otros cuidados médicos excepcionales</i>			
Protección de enfermedades infecciosas debidas a alteraciones del sistema inmunológico	0	1	2
Tratamiento de crisis epilépticas	0	1	2
Diálisis	0	1	2
Cuidados de ostomías	0	1	2
Levantarse o transferirse	0	1	2
Trastornos de la alimentación	0	1	2
Servicios de terapia	0	1	2
Alergias	0	1	2
Control de la diabetes	0	1	2
Otros (especificar todo lo que sea aplicable)			
_____	0	1	2
_____	0	1	2
<i>Puntuación Total de la Sección 1A</i>	Sumatorio: <input type="text"/>		

CLAVE DE PUNTUACIÓN DE LA SECCIÓN I:

- 0 = No necesita apoyo (es decir, no tiene la condición o no necesita apoyo)
 1 = Necesita algún apoyo (es decir, proporcionar supervisión y/o asistencia ocasional)
 2 = Necesita apoyo extenso (es decir, proporcionar asistencia regular para controlar condiciones médicas o de conducta)

Sección 1B - NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO CONDUCTUAL

Rodea con un círculo la opción que corresponda para cada ítem. Después, suma las columnas para obtener la puntuación de la sección 1B.

Destructividad dirigida hacia el exterior

Prevención de asaltos o lesiones a otros	0	1	2
Prevención de destrucción de la propiedad (por ejemplo, provocar incendios, romper muebles)	0	1	2
Prevención de robos	0	1	2

Destructividad dirigida hacia uno mismo

Prevención de autolesiones	0	1	2
Prevención de pica (ingesta de sustancias no comestibles)	0	1	2
Prevención de intentos de suicidio	0	1	2

Sexual

Prevención de agresión sexual	0	1	2
Prevención de conductas sexuales no agresivas pero inapropiadas	0	1	2

Otras cuestiones conductuales excepcionales

Prevención de rabietas o estallidos emocionales	0	1	2
Prevención de vagabundeo o deambulación	0	1	2
Prevención de abuso de sustancias	0	1	2
Mantenimiento de tratamientos de salud mental	0	1	2
Prevención del absentismo escolar	0	1	2
Otros (especificar todo lo que sea aplicable)			
_____	0	1	2
_____	0	1	2

Puntuación Total de la Sección 1B

Sumatorio:

CLAVE DE PUNTUACIÓN DE LA SECCIÓN II *

TIPO DE APOYO	FRECUENCIA DE APOYO	TIEMPO DE APOYO DIARIO
<p>0 = Ninguno</p> <p>1 = Supervisión</p> <p>2 = Incitación verbal/gestual</p> <p>3 = Ayuda física parcial</p> <p>4 = Ayuda física total</p>	<p>0 = No significativa; raramente las necesidades de apoyo del niño son diferentes a las de compañeros de su misma edad.</p> <p>1 = Infrecuente; el niño necesitará ocasionalmente alguien que le proporcione un apoyo extraordinario que los compañeros de su edad no necesitarán (pero en la mayoría de las ocasiones no necesitará ningún apoyo extra).</p> <p>2 = Frecuente; para que el niño participe en la actividad necesitará apoyo extraordinario aproximadamente en la mitad de las ocasiones que suceda.</p> <p>3 = Muy frecuente; en la mayoría de las ocasiones en las que ocurre la actividad, el niño necesitará un apoyo extra que los compañeros de su edad no necesitarán (sólo ocasionalmente el niño no necesitará apoyo extra).</p> <p>4 = Siempre; en cada ocasión en la que el niño participa en la actividad, necesitará apoyo extra que los compañeros de su edad no necesitarán.</p>	<p>0 = Nada</p> <p>1 = Menos de 30 minutos</p> <p>2 = Más de 30 minutos y menos de 2 horas</p> <p>3 = Más de 2 horas y menos de 4 horas</p> <p>4 = 4 horas o más</p>

* Consulte esta clave de respuestas tantas veces como necesite a lo largo de la aplicación de la escala.

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA A: VIDA EN EL HOGAR	TIPO					FRECUENCIA					TIEMPO DE APOYO DIARIO					SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1. Finalizar tareas del hogar	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
2. Comer	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
3. Bañarse y mantener la higiene personal	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
4. Vestirse	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
5. Usar el baño	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
6. Dormir y/o echarse la siesta	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
7. Controlar sus pertenencias en casa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
8. Mantenerse ocupado duran- te el tiempo no estructurado (tiempo libre) en casa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
9. Manejar aparatos electrónicos	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
	PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA A															

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA B: VIDA EN LA COMUNIDAD	TIPO					FRECUENCIA					TIEMPO DE APOYO DIARIO					SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1. Moverse por el vecindario y la comunidad	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
2. Participar en actividades de ocio que requieren actividad física	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
3. Participar en actividades de ocio que no requieren esfuerzo físico	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
4. Usar servicios públicos de la comunidad	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
5. Participar en actividades comunitarias	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
6. Ir de compras	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
7. Cumplir con las normas básicas de la comunidad, reglas y/o leyes	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
8. Asistir a eventos especiales como comidas al aire libre/picnics, festivales culturales, ferias de música/arte o eventos relacionados con las vacaciones	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
	PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA B															

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA C: PARTICIPACIÓN ESCOLAR	TIPO					FRECUENCIA					TIEMPO DE APOYO DIARIO					SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1. Ser incluido en las aulas de educación general	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
2. Participar en actividades en áreas comunes de la escuela (zonas de juego, pasillos, cafetería...)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
3. Participar en actividades extracurriculares	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
4. Ir al colegio (incluye transporte)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
5. Moverse dentro de la escuela y transición entre actividades	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
6. Participar en actividades de evaluación requeridas por los sistemas de educación	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
7. Cumplir las reglas del aula y de la escuela	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
8. Controlar las pertenencias personales en la escuela	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
9. Seguir el horario de la escuela	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA C																

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA D: APRENDIZAJE ESCOLAR	TIPO					FRECUENCIA					TIEMPO DE APOYO DIARIO					SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1. Acceder a los contenidos del currículum del nivel escolar	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
2. Aprender habilidades académicas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
3. Aprender y usar estrategias metacognitivas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
4. Completar tareas académicas (en tiempo, calidad, pulcritud, habilidades organizativas)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
5. Aprender cómo usar y usar materiales educativos, tecnologías y herramientas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
6. Aprender cómo usar y usar estrategias de resolución de problemas y autorregulación en el aula	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
7. Participar en evaluaciones de clase, como exámenes	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
8. Acceder al currículum de educación para la salud y educación física	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
9. Completar los deberes para casa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
	PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA D															

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA E: SALUD Y SEGURIDAD	TIPO					FRECUENCIA					TIEMPO DE APOYO DIARIO					SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1. Comunicar cuestiones relacionadas con la salud y problemas médicos, incluyendo molestias y dolores	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
2. Mantener la forma física	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
3. Mantener bienestar emocional	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
4. Mantener salud y bienestar	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
5. Aplicar rutinas de primeros auxilios cuando experimente lesiones menores como hemorragia nasal	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
6. Responder a situaciones de emergencia	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
7. Protegerse de abusos físicos, verbales y/o sexuales	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
8. Evitar riesgos para la salud y la seguridad	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
	PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA E															

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA F: ACTIVIDADES SOCIALES	TIPO					FRECUENCIA					TIEMPO DE APOYO DIARIO					SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1. Mantener relaciones positivas con otros	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
2. Respetar los derechos de los otros	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
3. Mantener una conversación	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
4. Responder y hacer críticas constructivas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
5. Afrontar cambios en rutinas y/o transiciones en situaciones sociales	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
6. Hacer y mantener amigos	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
7. Comunicarse con los demás en situaciones sociales	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
8. Respetar el espacio/ propiedades personal de los otros	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
9. Protegerse de explotación y acoso	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA F																

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA G: DEFENSA (AUTORREPRESENTACIÓN)	TIPO					FRECUENCIA					TIEMPO DE APOYO DIARIO					SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1. Expresar preferencias	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
2. Ponerse metas personales	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
3. Actuar y lograr metas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
4. Hacer elecciones y tomar decisiones	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
5. Ayudar y asistir a otros	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
6. Aprender y usar habilidades de autodefensa (autorrepresentación)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
7. Comunicar deseos y necesidades personales	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
8. Participar en la toma de decisiones educativas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
9. Usar estrategias de resolución de problemas y de autorregulación en casa y en la comunidad	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA G																

4. DESCRIPCIÓN DETALLADA Y EJEMPLO DE LOS ÍTEMS

SECCIÓN 1A. DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICO	
Ítem	Descripción
<i>Cuidado Respiratorio</i>	
<i>Inhalación o terapia de oxígeno</i>	Usa nebulizadores u oxígeno.
<i>Drenaje postural</i>	Necesita una postura específica para ayudar a drenar mocos/ secreciones respiratorias.
<i>Fisioterapia de Tórax</i>	Necesita terapia física en el tórax para ayudar con el drenaje de secreciones.
<i>Aspiración de secreciones</i>	Necesita succión de secreciones.
<i>Asistencia a la alimentación</i>	
<i>Estimulación oral o movilización de mandíbula (colocación)</i>	Necesita ayuda física o estimulación oral para ayudar con la alimentación.
<i>Alimentación por sonda (es decir, nasogástrica)</i>	Usa una sonda nasogástrica o de gastrostomía para alimentarse.
<i>Alimentación parenteral (es decir, cánula intravenosa)</i>	Usa una cánula intravenosa para alimentarse.
<i>Cuidados de la piel</i>	
<i>Cambios posturales o movilizaciones</i>	Necesita ayuda para cambiar de postura o darse la vuelta en una silla o la cama para prevenir escaras.
<i>Cuidado de herida(s) abierta(s)</i>	Necesita ayuda para limpiar y vendar escaras/úlceras.
<i>Otros cuidados médicos excepcionales</i>	
<i>Protección de enfermedades infecciosas debidas a alteraciones del sistema inmunológico</i>	Requiere precauciones para prevenir infecciones debido a debilidad del sistema inmunitario o enfermedades infecciosas.

**SECCIÓN 1A. DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES
EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICO**

Ítem	Descripción
<i>Control de crisis epilépticas</i>	Necesita medicación, precauciones y control de las crisis epilépticas.
<i>Diálisis</i>	Precisa diálisis peritoneal o hemodiálisis.
<i>Cuidados de ostomías</i>	Necesita cuidados de ostomía (colostomía, urostomía, gastrostomía...).
<i>Levantarse o transferirse</i>	Necesita asistencia para levantarse y transferirse desde y hasta la silla, la cama...
<i>Trastornos de la alimentación</i>	Necesita asistencia para controlar la alimentación incluyendo la negativa a comer.
<i>Servicios de terapia</i>	Necesita terapia ocupacional, terapia psicológica, terapia del habla-lenguaje, psicoterapia individual o de grupo.
<i>Control de la diabetes</i>	Necesita ayuda en el control de la diabetes infantil.
<i>Otras (especificar todo lo que sea aplicable)</i>	Incluir una lista de alguna necesidad médica excepcional que no esté recogida en los ítems previos.

**SECCIÓN 1B. DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES
EXCEPCIONALES DE APOYO CONDUCTUAL**

Ítem	Descripción
<i>Destructividad dirigida hacia el exterior</i>	
<i>Prevención de asaltos o lesiones a otros</i>	Golpes, puñetazos, patadas, mordidas o daños intencionados a otros.
<i>Prevención de destrucción de la propiedad (por ejemplo, provocar incendios, romper muebles, etc.)</i>	Rotura de ventanas, daños al mobiliario, provocar incendios, destrozos en la propiedad, etc.
<i>Prevención de robos</i>	Robos o se lleva la propiedad de otros, hurtos, etc.

<i>Destructividad dirigida hacia uno mismo</i>	
<i>Prevención de autolesiones</i>	Golpearse en la cabeza, dañarse los ojos, levantarse la piel, cortarse, etc.
<i>Prevención de pica (ingesta de sustancias no comestibles)</i>	Comerse tierra, colillas de cigarrillos, papel u otros objetos.
<i>Prevención de intentos de suicidio</i>	Intentos de herirse a sí mismo con intención de suicidarse.
<i>Sexual</i>	
<i>Prevención de agresión sexual</i>	Comete asaltos o abusos sexuales, etc.
<i>Prevención de conductas sexuales no agresivas pero inapropiadas</i>	Se masturba en lugares públicos, exhibicionismo.
<i>Otros cuidados conductuales excepcionales</i>	
<i>Prevención de rabietas o arrebatos emocionales</i>	Chillidos, palabrotas, tirar objetos, amenazas.
<i>Prevención de deambulación</i>	Fugas, extravío, con riesgo de perderse o potencialmente de herirse.
<i>Prevención de abuso de sustancias</i>	Se involucra en consumo excesivo de alcohol, hace un mal uso de la prescripción de medicación, consume drogas ilegales u otras sustancias tóxicas (por ejemplo, esnifa pegamento, pintura, etc.).
<i>Mantenimiento de tratamientos de salud mental</i>	Incluye tomar medicación psicotrópica, asiste colaborador a las citas, y cumple con el tratamiento.
<i>Prevención del absentismo escolar</i>	Prevención de ausencia a la escuela por otras razones que no son salud o defunción de algún familiar (por motivos justificados).
<i>Otras (especificar todo lo que sea aplicable)</i>	Incluir una lista de alguna necesidad excepcional conductual que no esté recogida en los ítems previos.

SECCIÓN 2A. VIDA EN EL HOGAR	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM
1. Finalizar tareas del hogar	Apoyos necesarios para: (a) mantener las pertenencias, tener el dormitorio ordenado, recoger juguetes, etc.; y (b) contribuir a las tareas como servicio al bien común de todos los miembros del hogar (por ejemplo, limpiar después de cenar).
2. Comer	Apoyos necesarios para: (a) facilitar la ingesta de comida a través de la boca, masticar y tragar; (b) utilizar los cubiertos y enseñar su uso; (c) cortar comida en un plato; (d) ayudar a la persona con la postura para facilitar la deglución y digestión (dónde sea relevante); (e) apoyo a una persona durante alimentación nasogástrica, (esperando, controlando los residuos, lavar la sonda con agua etc.); y (f) regular la entrada de comida (es decir, previniendo asfixia, comer demasiado deprisa o comer demasiada cantidad).
3. Bañarse y mantener la higiene personal	Apoyos necesarios para: (a) garantizar la seguridad al entrar o salir de la ducha; (b) bañarse o ducharse; (c) cepillarse los dientes, lavarse la cabeza, cuidado del pelo, lavarse las manos; (d) mantenerse limpio durante las comidas; (e) mantenerse limpio a lo largo del día.
4. Vestirse	Apoyos necesarios para: (a) ponerse la ropa, incluyendo cremalleras, broches, hebillas, y cordones; (b) seleccionar ropa apropiada para las actividades diarias; y (c) elegir ropa apropiada al clima.
5. Usar el baño	Apoyos necesarios para: (a) acceder al baño (es decir, movilidad, llegar al baño, manejo de la puerta, comunicar la necesidad de usar el baño); (b) durante todos los pasos en el baño (es decir, desabrochar la ropa, los cierres, etc., bajarse la ropa, abrocharse, subirse la ropa, ayuda a la persona a entrar y salir del baño, cambiar la ropa interior, limpiarse a sí mismo, lavarse las manos); (c) para moverse fuera del baño y volver a la actividad previa; (d) para usar un catéter u otras alternativas para evacuar; y (e) en todas las actividades necesarias para la persona para eliminar de una manera que es socialmente aceptable. Apoyos para promover dignidad y privacidad también estarían incluidos.

6. Dormir y/o echarse la siesta	Apoyos necesarios para permanecer en la cama y dormir a lo largo de la noche (es decir, despertar a los cuidadores, apoyos conductuales, sistemas de alarma), así como apoyos necesarios durante la siesta.
7. Controlar sus pertenencias en casa	Apoyos necesarios para el control de sus objetos personales en casa, como sacar y devolver cosas de la habitación, poner en lugar seguro el dinero y otros objetos de valor y estar pendiente de artículos personales como juguetes y artículos de aseo.
8. Mantenerse ocupado durante el tiempo no estructurado (tiempo libre) en casa	Apoyos necesarios para implicarse en actividades divertidas y/o productivas durante el tiempo no estructurado en casa.
9. Manejar aparatos electrónicos	Apoyos necesarios para el manejo de ordenadores, juguetes, aparatos de entretenimiento como radios, TV, reproductores de DVD, etc.

SECCIÓN 2B. VIDA EN COMUNIDAD	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM
1. Moverse por el vecindario y la comunidad	Apoyos para desplazarse de un sitio a otro. Esto incluye saber direcciones, usar transporte público, coche, u otra modalidad de movilidad. Deberían ser considerados aspectos de vulnerabilidad.
2. Participar en actividades de ocio que requieren actividad física	Apoyos para tomar parte en actividades recreativas como participar en equipos deportivos, clases de baile, o en juego físico informal en un patio de vecinos, en el parque, o en una piscina local.
3. Participar en actividades de ocio que no requieren esfuerzo físico	Apoyos para participar en hobbies, manualidades, juegos de mesa, videojuegos, conciertos, museos, y otras formas de entretenimiento pasivo (por ejemplo, ver un partido de fútbol, baloncesto, etc.).
4. Usar servicios públicos de la comunidad	Apoyos para acceder y usar un banco, oficina de correos, biblioteca (incluye salir a hacer recados a estos lugares con miembros de la familia). También incluye mantener la conducta apropiada en cada lugar.

5. Participar en actividades comunitarias	Apoyos para participar en actividades que implican voluntariado y actividades sociales comunitarias o religiosas.
6. Ir de compras	Apoyos para hacer la lista de la compra, localizar los productos, pedir ayuda, mantener una conducta apropiada en tiendas/centros comerciales y manejar el dinero. Incluye apoyos para comprar por catálogo o por internet (que es considerado una comunidad virtual).
7. Cumplir con las normas básicas de la comunidad, reglas y/o leyes	Apoyos para residir en la comunidad, cumplir las normas de la comunidad, reglas y leyes.
8. Asistir a eventos especiales como comidas al aire libre/picnics, festivales culturales, ferias de música/arte, o eventos relacionados con las vacaciones	Apoyos para asistir a eventos especiales en la comunidad o vecindario que sólo ocurren ocasionalmente.

SECCIÓN 2C. PARTICIPACIÓN ESCOLAR	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM
1. Ser incluido en las aulas de educación general	Apoyos para participar en los entornos de las aulas de educación general durante tiempos tanto estructurados, como en tiempos sin estructura.
2. Participar en actividades en áreas comunes de la escuela (zonas de juego, pasillos, cafetería...)	Incluye apoyo para visitar y usar áreas comunes en la escuela como pasillos (para ir y venir de las clases y/u otros motivos), zonas de juego (tanto para juegos informales/sin estructura, como para actividades organizadas que pueden ser parte de una clase o actividad extracurricular) y cafeterías.
3. Participar en actividades extracurriculares	Apoyos para participar en actividades extracurriculares, como clubes escolares, equipos deportivos, etc.
4. Ir al colegio (incluye transporte)	Apoyos para ir y volver de la escuela.

5. Moverse dentro de la escuela y transición entre actividades	Apoyos para moverse a través de la escuela tanto durante partes del día escolar estructuradas, como en partes no estructuradas y en tránsitos entre actividades y clases.
6. Participar en actividades de evaluación/examen requeridos por los sistemas de educación	Apoyos para participar en las evaluaciones y exámenes escolares. Incluye implementar adaptaciones y modificaciones razonables.
7. Cumplir las reglas del aula y de la escuela	Apoyos para participar en la comunidad escolar sin violar las reglas del aula o de la escuela.
8. Controlar las pertenencias personales en la escuela	Apoyos para controlar las pertenencias personales en la escuela como meter o guardar cosas en taquillas, mochilas, guardar y gastar el dinero de la comida, mantener la posesión de libros de texto, etc.
9. Seguir el horario de la escuela	Apoyos para estar en el sitio adecuado en el momento correcto y participar en las rutinas de clase (por ejemplo, sentarse y prestar atención cuando el profesor empieza la lección).

SECCIÓN 2D. APRENDIZAJE ESCOLAR	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM
1. Acceder a los contenidos del currículum del nivel escolar	Apoyos para participar en clases donde el contenido se ciñe a los estándares y objetivos del currículum del Estado y de la Comunidad (como beneficiarse de un diseño de currículum universal, participar activamente en grupos de aprendizaje cooperativos, beneficiarse de enseñanzas diferenciadas).
2. Aprender habilidades académicas	Apoyos para aprender contenido que está asociado con las materias centrales académicas como leer, escribir, matemáticas, ciencia, y estudios sociales. Por ejemplo, aprender a través de adaptaciones curriculares e instruccionales como organizadores gráficos, rutinas con contenidos aumentativos, instrucción directa, apoyos de compañeros o tutorización individual usando prácticas instruccionales explícitas.

3. Aprender y usar estrategias metacognitivas	Apoyos para aprender y usar estrategias metacognitivas (es decir, uso de nemotecnias, estrategias de aprendizaje, estrategias de estudio y evaluación, agrupaciones) para completar tareas escolares y promover el aprendizaje independiente y generalización de habilidades.
4. Completar tareas académicas (en tiempo, calidad, pulcritud, habilidades organizativas)	Apoyos para completar tareas en materias centrales académicas como lectura, escritura, matemáticas, ciencia y estudios sociales (por ejemplo, enseñar a los estudiantes a usar tecnología especializada, determinar adaptaciones razonables).
5. Aprender cómo usar y usar materiales educativos, tecnologías y herramientas	Apoyos para aprender y usar materiales educativos (por ejemplo, fichas, libros), tecnologías (por ejemplo, ordenadores, calculadoras) y herramientas (por ejemplo, tijeras, lápices, etc.).
6. Aprender cómo usar y usar estrategias de resolución de problemas y de autorregulación en el aula	Apoyos para aprender y usar estrategias de resolución de problemas y de autorregulación para propósitos sociales, personales y conductuales, como gestión del tiempo, autoinstrucción, técnicas de autorrefuerzo, mientras está en entornos de clase.
7. Participar en evaluaciones de clase, como son los exámenes	Apoyos para participar en evaluaciones de la clase de educación general, para la evaluación formativa y sumativa de metas y objetivos de aprendizaje. Incluye alguna planificación de adaptaciones como implementar acomodaciones y modificaciones.
8. Acceder al currículo de educación para la salud y educación física	Apoyos para aprender habilidades de educación para la salud (por ejemplo, cómo prevenir enfermedades, primeros auxilios básicos, prácticas nutricionales saludables) y educación física (por ejemplo, ejercicio, participación individual o en equipos en deportes o juegos).
9. Completar los deberes para casa	Apoyos para identificar las tareas para realizar en casa, organizar materiales y tiempo para completar las tareas, asegurar que los deberes estén listos para ser revisados y entregar las tareas al profesor adecuadamente en la escuela.

SECCIÓN E. SALUD Y SEGURIDAD	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM
1. Comunicar cuestiones relacionadas con la salud y problemas médicos, incluyendo molestias y dolores	Apoyos para: (a) comunicar cuestiones de cuidados de salud y otras necesidades a cuidadores y profesionales médicos; y (b) participar en las visitas a la consulta del doctor.
2. Mantener la forma física	Apoyos para: (a) elegir un plan de actividades para ponerse físicamente en forma; (b) elegir opciones de actividad física; y (c) acceder a actividades e instalaciones para mantenerse en forma.
3. Mantener bienestar emocional	Apoyos para comunicar necesidades emocionales, usar estrategias de afrontamiento para gestionar cuestiones emocionales como ansiedad y enfado.
4. Mantener salud y bienestar	Apoyos para mantener una buena salud diaria y participar en actividades de bienestar, así como en aquellas destinadas a aliviar estrés.
5. Aplicar rutinas de primeros auxilios cuando experimente lesiones menores como hemorragia nasal	Apoyos para evitar infecciones y responder apropiadamente a heridas menores (por ejemplo, lavar un arañazo y aplicar un vendaje).
6. Responder a situaciones de emergencia	Apoyos para: (a) aprender y usar un Sistema de Respuesta de Emergencia Personal cuando sea necesario; (b) planificar el acceso a servicios de emergencia (por ejemplo, poner números de emergencia en la nevera); (c) planificar y poner en práctica respuestas para estar preparado para emergencias (por ejemplo, participar en simulacros de emergencia de incendio en la escuela); y (d) responder apropiadamente en una emergencia (por ejemplo decir a un adulto si hay fuego o llamar al número de emergencia apropiado).
7. Protegerse de abusos físicos, verbales y/o sexuales	Apoyos para aprender, practicar y usar habilidades relevantes para: (a) reconocer y evitar el abuso; y (b) ser capaz de defenderse frente al abuso.

8. Evitar riesgos para la salud y seguridad	Apoyos para: (a) completar actividades de rutinas de la vida diaria (por ejemplo, subir y bajar escalones, jugar por la calle) sin gran riesgo de hacerse daño; y (b) reconocer situaciones peligrosas y de vulnerabilidad personal (en casa y la escuela) incluyendo identificar señales de seguridad y peligro, contemplando riesgos y envenenamiento (elementos tóxicos).
--	--

SECCIÓN 2F. ACTIVIDADES SOCIALES	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM
1. Mantener relaciones positivas con otros	Apoyos para facilitar/promover interacción social verbal o no verbal (por ejemplo, usar lengua de signos, gestos que los otros entiendan, escribir o usar comunicación aumentativa) que tiene significado para la persona y para los demás.
2. Respetar los derechos de los otros	Apoyos para reconocer los derechos de otros, así como para no quebrantar sus oportunidades de aprovechar y disfrutar experiencias de la vida.
3. Mantener una conversación	Apoyos para comunicar información necesaria a los otros, de manera verbal o no verbal (por ejemplo, usar lengua de signos, gestos que otros puedan entender, escribir o usar comunicación aumentativa) así como cumplir con los parámetros comunes de conversación relacionados con tópicos (por ejemplo, hay algunas cosas que uno no debería hablar con un extraño) y longitud (es importante no ser insistente, o repetir sistemáticamente lo que otros ya han dicho). También incluye habilidades de escucha esenciales para conversar.
4. Responder y hacer críticas constructivas	Apoyos para responder a críticas constructivas proporcionadas por miembros de la familia, profesores, compañeros, entrenadores, instructores de baile, etc., de una manera positiva (sin ofenderse). Incluye apoyos para proporcionar una respuesta constructiva a los otros de una manera positiva.
5. Afrontar cambios en rutinas y/o transiciones en situaciones sociales	Apoyos necesitados cuando las rutinas o los planes cambian. También apoyos para cambiar de una actividad a otra.

6. Hacer y mantener amigos	Apoyo para comunicarse con compañeros, aprender habilidades sociales relacionadas con la amistad como iniciar contacto y mostrar interés en actividades conjuntas con amigos, localizar programas/actividades que le conduzca a amistades y usar el teléfono u otro medio de comunicación (por ejemplo, ordenador, mensaje de texto o de voz, e-mail, etc.) para mantener la amistad.
7. Comunicarse con los demás en situaciones sociales	Apoyos para hablar a los otros sobre experiencias pasadas, humor, preferencias, elecciones, inquietudes, etc.; incluye tanto en situaciones sociales estructuradas como no estructuradas.
8. Respetar el espacio/propiedades personales de los otros	Apoyos para estar en la casa, escuela, comunidad y respetar las propiedades personales de otros y el espacio personal.
9. Protegerse de explotación y acoso	Apoyos para reconocer cuándo compañeros y adultos le están intentando: (a) explotar (incluida explotación económica); (b) acosar; o (c) engañar.

SECCIÓN 2G. DEFENSA (AUTORREPRESENTACIÓN)	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM
1. Expresar preferencias	Apoyos para expresar preferencias personales, incluyendo identificar y comunicar deseos, necesidades e intereses.
2. Ponerse metas personales	Apoyos para establecer metas personales a corto y largo plazo. Esto incluye identificar aspiraciones y planes, así como proponerse metas específicas y los medios para llevarlos a cabo.
3. Actuar y lograr metas	Apoyos para tomar las medidas necesarias para conseguir metas a corto y largo plazo, incluyendo decidir e implementar un plan de acción vinculado al objetivo, seguir el progreso mientras el objetivo se consigue y modificar la meta o plan de acción que se necesite basado en esa evaluación.

<p>4. Hacer elecciones y tomar decisiones</p>	<p>Apoyos para: (a) entender que las elecciones y decisiones están relacionadas con consecuencias y responsabilidades; (b) ser capaz de identificar personas o cosas que influyen en una elección y/o decisión; (c) valorar oportunidades para realizar elecciones o tomar decisiones y tipos/niveles de importancia; y (d) tomar buenas decisiones y entender las consecuencias de varias decisiones.</p>
<p>5. Ayudar y asistir a otros</p>	<p>Apoyos para: (a) identificar situaciones en las que se debería defender a otros; (b) implicarse en organizaciones de autodefensa, actividades cívicas y eventos cívicos; y (c) asistir a otros cuando no son capaces o no se les permite hablar por ellos mismos o expresar preferencias personales.</p>
<p>6. Aprender y usar habilidades de autodefensa</p>	<p>Apoyos para aprender diferentes habilidades de autodeterminación y de autodefensa (por ejemplo, explicar la necesidad de adaptaciones y modificaciones al profesor, expresar preferencias y hacer elecciones, participar en el desarrollo del Plan Educativo Individualizado).</p>
<p>7. Comunicar deseos y necesidades personales</p>	<p>Apoyos para hablar por sí mismo (o comunicar) y ejercer control sobre la propia vida, aprendiendo a defenderse de una manera efectiva y a expresar preferencias personales, necesidades y deseos, de forma que maximice el potencial para ser conseguidos.</p>
<p>8. Participar en la toma de decisiones educativas</p>	<p>Apoyos necesarios para: (a) entender y expresar preferencias sobre sus opciones de aprendizaje y metas; y (b) participar en procesos de Planificación Centrada en la Persona o en el desarrollo del Plan Educativo Individualizado (incluyendo el tiempo implicado en cada reunión para planificar).</p>
<p>9. Usar estrategias de resolución de problemas y de autorregulación en casa y en la comunidad</p>	<p>Apoyos para aprender y usar estrategias de resolución de problemas y autorregulación para propósitos sociales, personales y conductuales, tales como gestión del tiempo, autoinstrucción y técnicas de autorrefuerzo fuera de los contextos de clase.</p>

5. NORMAS DE PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN

En este apartado se facilitan las claves concretas para puntuar e interpretar la SIS-C. Para ello, se deberán seguir las siguientes instrucciones e ir rellenando el resumen de puntuaciones y el perfil gráfico que se presenta en las páginas siguientes.

SECCIÓN I - NECESIDADES EXCEPCIONALES MÉDICAS Y CONDUCTUALES

Las puntuaciones obtenidas en las subescalas de necesidades excepcionales médicas y conductuales se obtienen a través de la suma directa de los resultados obtenidos en cada uno de los ítems que conforman cada una de las subescalas (es decir, deben sumarse la puntuación de aquellos ítems que han sido marcados con un 1 o con un 2). Se debe recoger, por tanto, una puntuación para necesidades médicas y otra para necesidades conductuales. La interpretación de estas secciones debe realizarse contestando a dos preguntas: (1) ¿es la puntuación total mayor que 5?; y (2) ¿hay al menos un 2 rodeado? Si se contesta de manera afirmativa a cualquiera de estas dos preguntas, en una o ambas secciones, es muy probable que el niño evaluado tenga necesidades de apoyo superiores a las de otros con un Índice de Apoyo similar.

SECCIÓN II – ESCALA DE NECESIDADES DE APOYO

Las puntuaciones obtenidas en las subescalas servirán para obtener el grado de necesidades de apoyo de la persona evaluada (relacionándose una mayor puntuación a mayores necesidades de apoyo). Para corregir e interpretar las puntuaciones deberán seguirse los siguientes pasos:

Paso 1: Puntuaciones Directas: El primer paso que se debe realizar es obtener las puntuaciones directas de las diferentes subescalas. Para calcular las puntuaciones directas se han de sumar las respuestas de todos los ítems que componen cada una de las subescalas, asignán-

dole a cada ítem la puntuación que corresponda de la suma de los tres índices de medida. Como cada uno de los tres índices de medida se debe valorar en una escala de 0 a 4, la puntuación total de cada ítem será de entre 0 y 12. La puntuación en cada sección variaría de entre 0-108 en las subsecciones de 9 ítems (A, C, D, F y G) y 96 en las subsecciones de 8 ítems (B y E).

Paso 2: Puntuaciones Estándar y Percentiles de cada subescala: El segundo paso consiste en obtener las puntuaciones estandarizadas de necesidades de apoyo en cada una de las subescalas. Para ello, una vez obtenidas las puntuaciones directas de cada subescala de la Sección II, éstas deben ser estandarizadas y convertidas a percentiles a través de los baremos correspondientes buscándose la correspondencia entre cada una de las puntuaciones directas de las dimensiones y las puntuaciones estándar y percentiles. Los baremos que se presentan están divididos por subescalas y, a su vez, por pares de edad. Aunque algunos estudios iniciales (Verdugo, Arias et al., 2016) manifestaron que podrían llegar a establecerse dos únicos grupos (5-10 años y 11-16 años), finalmente se ha determinado la importancia de establecer baremos que atiendan a las peculiaridades de cada par de edad.

Paso 3: Índice de Necesidades de Apoyo de la Escala: Para obtener el índice de Necesidades de Apoyo se calcula primero la suma de las puntuaciones estándar de las subescalas (no de puntuaciones directas) para obtener una puntuación estandarizada global. A partir de dicha suma se deberá obtener la Puntuación Estandarizada Compuesta, trasladándose el resultado obtenido a la tabla correspondiente (para obtener el Índice de Necesidades de Apoyo y el Percentil Global). En este caso, será la misma tabla de referencia para todas las edades.

Paso 4: Perfil de Necesidades de Apoyo: Para elaborar el perfil gráfico que permita visualizar las necesidades de apoyo de la persona tanto en las diferentes subescalas como de manera general, se debe rodear en el apartado final titulado 'perfil de necesidades de apoyo' la puntuación estándar de cada subescala (que aparece asociada a su percentil correspondiente) y unir las con una línea para formar el perfil. A la derecha de dicho gráfico se debe rodear la Puntuación Estandarizada Compuesta (Índice de Necesidades de Apoyo) y el Percentil Global.

RESUMEN DE PUNTUACIONES

SECCIÓN I. NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICO Y CONDUCTUAL					
Sección 1a. Necesidades de Apoyo Médico			Sección 1b. Necesidades de Apoyo Conductual		
¿Es la puntuación total mayor que 5?	SÍ	NO	¿Es la puntuación total mayor que 5?	SÍ	NO
¿Hay al menos un 2 rodeado?	SÍ	NO	¿Hay al menos un 2 rodeado?	SÍ	NO

SECCIÓN II. ESCALA DE INTENSIDAD DE APOYOS SUBESCALAS DE NECESIDADES DE APOYO	PUNTUACIONES DIRECTAS TOTALES	PUNTUACIONES ESTÁNDAR	PERCENTILES
A. VIDA EN EL HOGAR			
B. VIDA EN LA COMUNIDAD			
C. PARTICIPACIÓN ESCOLAR			
D. APRENDIZAJE ESCOLAR			
E. SALUD Y SEGURIDAD			
F. ACTIVIDADES SOCIALES			
G. DEFENSA - Autorrepresentación			
Puntuación Estándar Total (suma)			
Índice de Necesidades de Apoyo (Puntuación Estándar Compuesta)			
Percentil del Índice de Necesidades de Apoyo			

PERFIL DE NECESIDADES DE APOYO

Per- centil	Vida en HOGAR	Vida en COMUNIDAD	PARTC. ESC.	APR. ESC.	SALUD Y SEGURIDAD	ACT. SOCIALES	DEFENSA	Índice NA	Per- centil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	15	120-125	95
90	14	14	14	14	14	14	14	116-119	90
85	13	13	13	13	13	13	13	113-115	85
80								111-112	80
75	12	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70								106-108	70
65	11	11	11	11	11	11	11	105	65
60								103-104	60
55								101-102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	99-100	50
45								97-98	45
40								95-96	40
35	9	9	9	9	9	9	9	93-94	35
30								91-92	30
25	8	8	8	8	8	8	8	88-90	25
20								86-87	20
15	7	7	7	7	7	7	7	82-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	76-81	10
5	5	5	5	5	5	5	5	68-75	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1

6. BAREMOS

BAREMOS 5-6 AÑOS								
P. Est.	Vida en HOGAR	Vida en COMUNIDAD	PARTC. ESC.	APR. ESC.	SALUD Y SEGURIDAD	ACT. SOCIALES	DEFENSA	Perc.
20								>99
19								>99
18								>99
17								99
16	106-108							98
15	98-105	95-96			96			95
14	88-97	87-94	101-108	108	86-95	102-108	101-108	91
13	79-87	78-86	90-99	99-107	77-85	91-101	91-100	84
12	70-78	70-77	80-89	89-98	68-76	81-90	79-90	75
11	60-69	61-69	69-79	80-88	58-67	70-80	69-78	63
10	51-59	53-60	59-68	71-79	49-57	59-69	58-68	50
9	42-50	45-52	49-58	61-70	40-48	49-58	47-57	37
8	34-41	37-44	39-48	52-60	31-39	39-48	37-46	25
7	24-33	28-36	29-38	43-51	22-30	28-38	26-36	16
6	16-23	21-27	20-28	35-42	14-21	19-27	17-25	9
5	7-15	12-20	9-19	25-34	4-13	7-18	5-16	5
4	1-6	7-11	3-8	19-24	<3	1-6	<5	2
3	<1	<7	<3	8-18		<1		1
2				<8				<1
1								<1

BAREMOS 7-8 AÑOS

P. Est.	Vida en HOGAR	Vida en COMUNIDAD	PARTC. ESC.	APR. ESC.	SALUD Y SEGURIDAD	ACT. SOCIALES	DEFENSA	Perc.
20								>99
19								>99
18								>99
17								99
16								98
15	104-108							95
14	94-103	91-96	103-108		92-96	105-108	106-108	91
13	84-93	83-90	95-102	103-108	85-91	96-104	97-105	84
12	74-83	75-82	85-94	95-102	77-84	86-95	88-96	75
11	65-73	67-74	77-84	86-94	79-76	77-85	79-87	63
10	55-64	59-66	68-76	78-85	61-68	68-76	70-78	50
9	45-54	51-58	59-67	70-77	53-60	58-67	60-69	37
8	36-44	44-50	50-58	63-69	46-52	49-57	52-59	25
7	26-35	36-43	42-49	55-62	38-45	40-48	42-51	16
6	18-25	29-35	34-41	48-54	31-37	32-39	34-41	9
5	7-17	20-28	24-33	39-47	22-30	22-31	25-33	5
4	1-6	15-19	19-23	34-38	17-21	16-21	19-24	2
3	<1	6-14	8-18	24-33	8-16	5-15	8-18	1
2		<6	<8	14-23	<8	<5	<8	<1
1				<14				<1

BAREMOS 9-10 AÑOS

P. Est.	Vida en HOGAR	Vida en COMUNIDAD	PARTC. ESC.	APR. ESC.	SALUD Y SEGURIDAD	ACT. SOCIALES	DEFENSA	Perc.
20								>99
19								>99
18								>99
17								99
16								98
15	102-108	96	107-108			108		95
14	92-101	89-95	99-106	107-108	90-96	100-107	102-107	91
13	84-91	82-88	92-98	101-106	83-89	93-99	94-101	84
12	75-83	79-81	84-91	95-100	76-82	85-92	86-93	75
11	66-74	67-78	77-83	89-94	69-75	78-84	78-85	63
10	57-65	60-66	69-76	83-88	62-68	70-77	72-77	50
9	48-56	53-59	62-68	76-82	55-61	62-69	64-71	37
8	40-47	46-52	55-61	71-75	48-54	55-61	57-63	25
7	31-39	39-45	47-54	65-70	41-47	48-54	49-56	16
6	24-30	33-38	41-46	59-64	35-40	41-47	43-48	9
5	14-23	26-32	33-40	53-58	28-34	33-40	35-42	5
4	9-13	21-25	28-32	49-52	23-27	28-32	30-34	2
3	<9	12-20	19-27	41-48	15-22	19-27	21-29	1
2		3-11	10-18	34-40	6-14	10-18	12-20	<1
1		<3	<10	<34	<6	<10	<12	<1

BAREMOS 11-12 AÑOS

P. Est.	Vida en HOGAR	Vida en COMUNIDAD	PARTC. ESC.	APR. ESC.	SALUD Y SEGURIDAD	ACT. SOCIALES	DEFENSA	Perc.
20								>99
19								>99
18								>99
17								99
16								98
15	101-108							95
14	90-100	89-96	99-108	106-108	90-96	100-108	102-108	91
13	80-89	80-88	90-98	100-105	82-89	89-99	93-101	84
12	64-79	71-79	80-89	93-99	74-81	79-88	83-92	75
11	59-63	63-70	70-79	86-92	65-73	68-78	74-82	63
10	48-58	54-62	61-69	79-85	57-64	58-67	64-73	50
9	38-47	45-53	51-60	72-78	49-56	48-57	55-63	37
8	28-37	37-44	42-50	65-71	41-48	38-47	46-54	25
7	18-27	28-36	33-41	58-64	32-40	27-37	36-45	16
6	9-17	20-27	25-32	53-57	25-31	18-26	28-35	9
5	<9	11-19	14-24	45-52	17-24	7-17	18-27	5
4		5-10	8-13	41-44	11-16	1-6	12-17	2
3		<5	<8	32-40	1-10	<1	<12	1
2				24-31	<1			<1
1				<24				<1

BAREMOS 13-14 AÑOS

P. Est.	Vida en HOGAR	Vida en COMUNIDAD	PARTC. ESC.	APR. ESC.	SALUD Y SEGURIDAD	ACT. SOCIALES	DEFENSA	Perc.
20								>99
19								>99
18								>99
17								99
16	97-108		107-108					98
15	88-96	91-96	98-106		93-96	103-108	106-108	95
14	78-87	83-90	89-97	104-108	85-92	92-102	97-105	91
13	68-77	75-82	80-88	97-103	77-84	83-91	89-96	84
12	58-67	67-74	71-79	89-96	70-76	74-82	80-88	75
11	48-57	59-66	62-70	82-88	62-69	64-73	72-79	63
10	39-47	51-58	53-61	75-81	55-61	55-63	63-71	50
9	29-38	43-50	43-52	68-74	47-54	45-54	55-62	37
8	20-28	35-42	35-42	61-67	40-46	36-44	47-54	25
7	10-19	27-34	26-34	53-60	33-39	27-35	38-46	16
6	2-9	20-26	18-25	47-52	26-32	19-26	31-37	9
5	<2	12-19	8-17	39-46	18-25	9-18	22-30	5
4		7-11	2-7	35-38	14-17	3-8	17-21	2
3		<7	<2	26-34	4-13	<3	6-16	1
2				17-25	<4		<6	<1
1				<17				<1

BAREMOS 15-16 AÑOS

P. Est.	Vida en HOGAR	Vida en COMUNIDAD	PARTC. ESC.	APR. ESC.	SALUD Y SEGURIDAD	ACT. SOCIALES	DEFENSA	Perc.
20								>99
19								>99
18								>99
17	107-108							99
16	93-106	94-96	106-108			105-108		98
15	83-92	86-93	96-105	107-108	90-96	96-104	102-108	95
14	73-82	78-85	86-95	99-106	81-89	86-95	92-101	91
13	63-72	70-77	76-85	91-98	73-80	77-85	84-91	84
12	53-62	61-69	66-75	83-90	65-72	68-76	74-83	75
11	43-52	53-60	56-65	76-82	57-64	58-67	65-73	63
10	33-42	45-52	46-55	68-75	50-56	49-57	56-64	50
9	23-32	37-44	36-45	60-67	41-49	39-48	47-55	37
8	13-22	29-36	27-35	53-59	34-40	31-38	39-46	25
7	3-12	21-28	17-26	45-52	26-33	21-30	30-38	16
6	<3	14-20	9-16	38-44	19-25	13-20	22-29	9
5		5-13	<9	30-37	11-18	3-12	12-21	5
4		<5		25-29	6-10	<3	7-11	2
3				16-24	<6		3-6	1
2				6-15			<3	<1
1				<6				<1

7. ÍNDICE DE NECESIDADES DE APOYO

Total Puntuaciones Estándar	Punt. Estándar Compuesta Índice NA	Percentil	Total Puntuaciones Estándar	Punt. Estándar Compuesta Índice NA	Percentil	Total Puntuaciones Estándar	Punt. Estándar Compuesta Índice NA	Percentil
113	133	99	78	106	66	43	79	8
112	132	98	77	105	64	42	78	8
111	132	98	76	105	62	41	78	7
110	131	98	75	104	60	40	77	6
109	130	98	74	103	58	39	76	6
108	129	97	73	102	56	38	75	5
107	128	97	72	102	54	37	75	5
106	128	97	71	101	52	36	74	4
105	127	96	70	100	50	35	73	4
104	126	96	69	99	48	34	72	3
103	125	95	68	98	46	33	72	3
102	125	95	67	98	44	32	71	3
101	124	94	66	97	42	31	70	2
100	123	94	65	96	40	30	69	2
99	122	93	64	95	38	29	68	2
98	122	92	63	95	36	28	68	2
97	121	92	62	94	34	27	67	1
96	120	91	61	93	32	26	66	1
95	119	90	60	92	30	25	65	1
94	118	89	59	92	29	24	65	1
93	118	88	58	91	27	23	64	1
92	117	87	57	90	25	22	63	1
91	116	86	56	89	24	21	62	1
90	115	85	55	88	22	20	62	1
89	115	84	54	88	21	19	61	<1
88	114	82	53	87	19	18	60	<1
87	113	81	52	86	18	17	59	<1
86	112	79	51	85	16	16	58	<1
85	112	78	50	85	15	15	58	<1
84	111	76	49	84	14	14	57	<
83	110	75	48	83	13	13	56	<1
82	109	73	47	82	12	12	55	<1
81	108	71	46	82	11	11	55	<1
80	108	70	45	81	10	10	54	<1
79	107	68	44	80	9	9	53	<1

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguayo, V., Arias, V. B., Verdugo, M. A. y Amor, A. M. (2019). Measuring support needs in children with motor disability: Validity and utility of the Supports Intensity Scale (SIS-C). *Research in Developmental Disabilities*, 95, Available online 30 October 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103509>.
- Aguayo, V., Verdugo, M. A., Arias, V. B., Guillén, V. M. y Amor, A. (2019). Assessing support needs in children with intellectual disability and motor impairments: Measurement invariance and group differences. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(12), 1413-1427. <https://doi.org/10.1111/jir.12683>.
- Amor, A. M., Fernández, M., Aguayo, V. y Verdugo, M.A. (2017). Hacia la inserción socio-laboral desde la planificación de apoyos en los servicios sociales y educativos. *Revista Deficiencia Intelectual*, 12, 36-43.
- Amor, A. M., Fernández, M., Verdugo, M. A., Aza, A. y Schalock, R. L. (2020). Shaping the faces of the prism: Rights, supports, and quality of life for enhancing inclusive education opportunities in students with intellectual disability. *Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo*, 49(3), 5-33. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.3573>.
- Amor, A. M., Hagiwara, M., Shogren, K. A., Thompson, J. R., Verdugo, M. A., Burke, K. M. y Aguayo, V. (2019). International perspectives and trends in research on inclusive education: A systematic review. *International Journal of Inclusive Education*, 23(12), 1277-1295. <https://doi.org/10.1080/13603116>.
- Amor, A. M. y Verdugo, M. A. (2017). *Evaluación y análisis diferencial de necesidades de apoyo en alumnos con y sin discapacidad intelectual*. Pozoblanco, Córdoba: PRODE, 2017.

- Amor, A. M., Verdugo, M. A., Calvo, M. I., Navas, P. y Aguayo, V. (2018). Psychoeducational assessment of students with intellectual disability: Professional-action framework analysis. *Psicothema*, 30(1), 39-45.
- Arias, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. En M. A. Verdugo, M. Crespo, M. Badia y B. Arias (coords.). *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales* (pp. 75-120). Salamanca: Publicaciones del INICO.
- Arias, V. B., Aguayo, V., Verdugo, M. A. y Amor, A. M. (2020). Differences in the support needs of children with developmental disabilities among groups of medical and behavioral needs. *PeerJ*, 8:e9557. <http://doi.org/10.7717/peerj.9557>.
- Arias, V. B., Amor, A., Verdugo, M. A., Fernández, M., Arias, B. y Aza, A. (2020). Toward a Better “Person–Environment Fit” through Items Calibration of the SIS-C. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3471. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103471>.
- Badía, M., Longo, E., Orgaz, B. y Gómez-Vela, M. (2013). The influence of participation in leisure activities on quality of life in Spanish children and adolescents with Cerebral Palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2864-2871. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.017>.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>.
- Claes, C., Van Hove, G., Vandeveldde, S., van Loon, J. y Schalock, R. L. (2012). The influence of supports strategies, environmental factor, and client characteristic on quality of life-related personal outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33(1), 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.08.024>.
- Colman, A. M. (2001). *Dictionary of psychology*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Colver, A. (2005). A shared framework and language for childhood disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47, 780-784. <https://doi.org/10.1017/S0012162205001635>.
- Crocker, L. y Algina, J. (2008). *Introduction to Classical and Modern Test Theory* (3ª ed.). Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: theory and applications* (2ª ed.). Thousand, CA: Sage.

- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care* Cambridge. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- García, E. (1993). *Introducción a la psicometría*. Madrid: Siglo XXI.
- Giné, C., Alomar, E., Carasa, P., Font, J., García, M., Gordillo, ...González, M. (2007). *Escala d'intensitat dels suports. Manual de l'usuari. Traducció i adaptació de Support Intensity Scale*. Barcelona: Federació Catalana Pro Persones amb Retard Mental.
- Gómez, L. E., Morán, L., Alcedo, M. A., Verdugo, M. A., Arias, V. B., Fontanil, Y. y Monsalve A. (2018). *Escala KidsLife-TEA: Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual*. Salamanca: Publicaciones del INICO.
- Gómez, L. E., Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2021). A new paradigm in the field of intellectual and developmental disabilities: Characteristics and evaluation. *Psicothema*, 33(1), 28-35.
- Gómez-Vela M. y Verdugo, M. A. (2009). *Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida en Alumnos Adolescentes (CCVA)*. Madrid: CEPE.
- Greenspan, S. (2012). How do we know when it's raining out? Why existing conceptions of intellectual disability are all (or mostly) wet. *Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities*, 37(2), 4-8.
- Grossman, H. J. (1973). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Grossman, H. J. (1983). *Classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Guillén, V. M., Verdugo, M. A, Adam-Alcocer, A. y Giné, C. (2017). Comparison between the Spanish and Catalan versions of the Supports Intensity Scale for Children (SIS-C). *Psicothema*, 29(1), 126-132. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.200>.
- Guillén, V. M., Verdugo, M. A. y Arias B. (2012). Evaluación de las necesidades de apoyo en niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Estudio preliminar. En AMPANS, *IV Premios de Investigación e Innovación sobre Personas con Discapacidad Intelectual. Trabajos Premiados 2012* (pp. 5-98). Manresa: AMPANS.
- Guillén, V. M., Verdugo, M. A., Jiménez, P., Arias B., Aguayo, V., Amor, A. M. (2021). *Evaluación de necesidades de apoyo en estudiantes con trastornos del espectro autista*. Manuscrito en Preparación.

- Guillén, V. M., Verdugo, M. A., Arias B. y Vicente, E. (2015). Desarrollo de una escala de evaluación de necesidades de apoyo de niños y adolescentes con discapacidad intelectual. *Anales de Psicología*, 31(1), 137-144. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.166491>.
- Hagiwara, M., Amor, A. M., Shogren, K. A., Thompson, J. R., Verdugo, M. A., Burke, K. M., Uyanik, H. y Aguayo, V. (2019). International trends in inclusive education intervention research: A literature review. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 54(1), 3-17.
- Harré, R. y Lamb, R. (1988). *The encyclopedic dictionary of psychology*. Oxford, England: Blackwell.
- Heber, R. (1959). *A manual on terminology and classification in mental retardation*. *American Journal on Mental Deficiency Monographs*, 64(2).
- Heber, R. (1961). *A manual on terminology and classification on mental retardation* (ed. rev.). Washington, DC: AAMD.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (2006). *LISREL 8,80 for Windows* [Computer Software]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3ª ed.). New York: Guilford Press.
- Luckasson, R. A., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S. y Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: AAMR.
- Luckasson, R. A., Coulter, D. A., Polloway, E. A., Reese, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, E. y Stark, J. A. (1992). *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports* (9th ed.). Washington, DC: AAMR.
- McConachie, H., Colver, A. F., Forsyth, R. J., Jarvis, S. N. y Parkinson, K. N. (2006). Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? *Disability and Rehabilitation*, 28(18), 1157-1164.
- Mumbardó-Adam, C., Guárdia-Olmos, J., Giné, C. (2018). Assessing self-determination in youth with and without disabilities: the spanish version of the AIR self-determination scale. *Psicothema*, 30(2), 238-243.
- Muñiz, J. (2003). *Teoría Clásica de los Tests*. Madrid: Pirámide.

- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test (2ª ed.). *Psicothema*, 25(2), 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>.
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3a Ed.). Nueva York: McGraw Hill.
- O'Brien, J. (2004). If person-centred did not exist, valuing people would require its invention. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(1), 11-15. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00178.x>.
- Organización de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos de los Niños*. Recuperado de: http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_sp.asp?type=conven.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de: http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_sp.asp?type=conven.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth version*. Ginebra: Autor.
- Ravens-Sieberer, U. y the European KIDSCREEN Group (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in European countries. *Quality of Life Research*, 16, 1347-1356. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x>.
- Reise, S. P., Moore, T. M., Haviland, M. J. (2010). Bifactor models and rotations: exploring the extent to which multidimensional data yield univocal scale scores. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 544-59. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.496477>.
- Sabeh, E., Verdugo, M. A., Prieto, G. y Contini, N. (2009). *CVI-CVIP: Cuestionario de evaluación de la calidad de vida en la infancia*. Madrid: CEPE.
- Sánchez-Gómez, V., López, M., Amor, A. M. y Verdugo, M. A. (2020). Apoyos para la calidad de vida de escolares con y sin discapacidad: revisión de literatura. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(2). <https://doi.org/10.15366/riejs2020.9.2.0>.
- Schalock, R. L. (1995). Implicaciones para la investigación de la definición, clasificación y sistemas de apoyo de la AAMR de 1992. *Siglo Cero*, 26(1), 5-13.

- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D., Craig, E. M., Gómez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo, M. A., Wehmeyer, M. L. y Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington, DC: AAIDD.
- Schalock, R. L. y Luckasson, R. A. (2013a). What's at Stake in the Lives of People With Intellectual Disability? Part I: The Power of Naming, Defining, Diagnosing, Classifying, and Planning Supports. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51, 86-93. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.2.086>.
- Schalock, R. L. y Luckasson, R. A. (2013b). What's at Stake in the Lives of People With Intellectual Disability? Part II: Recommendations for Naming, Defining, Diagnosing, Classifying, and Planning Supports. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51, 94-101. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.2.094>.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A. y Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and planning supports*. Washington, DC: AAIDD. [Traducción de Miguel Ánel Verdugo y Patricia Navas. TEA Ediciones, en prensa].
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2002). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38, 21-36.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2008). Quality of life: from concept to application in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31, 181-190.
- Schalock, R. L., y Verdugo, M. A. (2012). *A leadership guide to redefining ID/DD organizations: Eight successful change strategies*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Schalock R. L. y Verdugo M. A. (2013a). The impact of the quality of life concept on the field of intellectual disability. *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability* (pp. 37-47). Nueva York: Oxford University Press.
- Schalock R. L. y Verdugo M. A. (2013b). The transformation of disabilities organizations. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(4), 273-286. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.4.273>.

- Schalock, R. L., Verdugo, M. A. y Gómez, L. E. (en prensa). The Quality of Life Supports Paradigm: Its Description and Application in the Field of Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*.
- Shogren, K. A. (2013). Considering context: An integrative concept for promoting outcomes in the intellectual disability field. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51 (2), 132-137. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.2.132>.
- Shogren, K. A., Bradley, V. J., Gomez, S. C., Yeager, M. H., Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, W. S., Buntinx, W. H. E, Coulter, D. L., Craig, E. M., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Reeve, Al, Snell, M. E., Spreat, S. Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo, M.A. y Wehmeyer, M. L. (2009). Public policy and the enhancement of desired outcomes for persons with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(4), 307-319. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.4.307>.
- Shogren, K. A., Luckasson, R. y Schalock, R. L. (2014). The definition of 'context' and its application in the field of intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(2), 109-116. <https://doi.org/10.1111/jppi.12077>.
- Shogren, K. A. y Turnbull, H. R. (2010) Public Policy and Outcomes for Persons with Intellectual Disability: Extending and Expanding the Public Policy Framework of AAIDD's 11th Edition of 'Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support'. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 8(5), 375-386. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-48.5.375>.
- SPSS (2010). *IBM SPSS PASW Statistics (v. 20)*. [Programa informático] Chicago, IL: SPSS, Inc.
- Stancliffe, R. J., y Keane, S. (2000). Outcomes and costs of community living: A matched comparison of group homes and semi-independent living. *Journal of Intellectual and developmental disability*, 25, 281-305. <https://doi.org/10.1080/13668250020019584>.
- Tassé, M. J. y Craig, E. M. (1999). Critical issues in the cross-cultural assessment of adaptive behavior. En R. L. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*. Washington, DC: AAAMR.
- Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. F. y Zhang, D. (2017). *Diagnostic Adaptive Behavior Scale*. Washington, DC: AAIDD.

- Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. W, Schalock, R. L., Shogren, K. A., Snell, M. E., Wehmeyer, M. L., Borthwick-Duffy, S. A., Coulter, D., Gómez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M. J., Verdugo, M.A., y Yeager, M. H. (2009). Conceptualizing supports and support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities, 47*(2), 135-146. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.2.135>.
- Thompson, J. R., Bryant, B., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C., Rotholz, D. A., Schalock, R. L., Silverman, W. P., Tassé, M. J. y Wehmeyer, M. L. (2004). *Supports Intensity Scale user's manual*. Washington, DC: AAMR.
- Thompson, J. R., Bryant, B. R., Shogren, K. A., Tassé, M. J., Wehmeyer, M. L., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. y Rotholz, D. (2015). *Supports Intensity Scale-Adults' Version: User's manual*. Washington, DC: AAIDD.
- Thompson, J. R., Bryant, B. R., Shogren, K. A., Tassé, M. J., Wehmeyer, M. L., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. y Rotholz, D. (2015). *Supports Intensity Scale-Adults's Version*. Washington, DC: AAIDD.
- Thompson, J. R., Hughes, C., Schalock, R. L., Silverman, W., Tassé, M. J., Bryant, B., Craig, E. M. y Campbell, E. M. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental Retardation, 40*(5), 390-405. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0390:ISIAAP>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0390:ISIAAP>2.0.CO;2).
- Thompson, J. R. y Viriyangkura, Y. (2013). Supports and support needs. En Michael L. Wehmeyer (Ed.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability* (pp. 317-337). Nueva York: Oxford University Press.
- Thompson, J. R., Wehmeyer, M. L. y Hughes, C. (2010). Mind the gap! Implications of person-environment fit models of intellectual disability for students, educators, and schools. *Exceptionality, 18*, 168-181. <https://doi.org/10.1080/09362835.2010.513919>.
- Thompson, J. R., Wehmeyer, M. L., Hughes, C., Shogren, K. A., Palmer, S. B. y Seo, H. (2014) The Supports Intensity Scale—Children's Version: Preliminary Reliability and Validity. *Inclusion, 2*(2), 140-149. <https://doi.org/10.1352/2326-6988-2.2.140>.
- Thompson, J. R., Wehmeyer, M. L., Hughes, C., Shogren, K. A., Seo, H., Little, T. D., Schalock, R., Realon, R. E., Copeland, S.R., Patton, J. R., Polloway, E. A., Shelden, D., Tanis, S. Y Tassé, M. J. (2016). *Supports Intensity Scale-Children's Version*. Washington, DC: AAIDD.
- van Loon, J. (2009). Un sistema de apoyos centrado en la persona. En M. A. Verdugo, T. Nieto, F. B. Jordán de Urrías y M. Crespo (Eds.). *Mejorando*

- los resultados personales para una vida de calidad* (pp. 323-346). Salamanca: Amarú.
- van Loon, J., Claes, C., Vandeveld, S., Van Hove, G. y Schalock, R. (2010). Assessing individual support needs to enhance personal outcomes. *Exceptionality*, 18, 193-202. <https://doi.org/10.1080/09362835.2010.513924>.
- van Loon, J., Bonham, G. S., Peterson, D. D., Schalock, R. L., Claes, C. y Decramer, A. E. M. (2013). The use of evidence-based outcomes in systems and organizations providing services and supports to persons with intellectual disability. *Evaluation and Program Planning*, 36(1), 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2012.08.002>.
- Verdugo, M. A. (1999). Avances conceptuales y del futuro inmediato: Revisión de la definición de 1992 de la AAMR. *Siglo Cero*, 30(5), 27-32.
- Verdugo, M. A., Amor, A. M., Arias, V. B., Guillén, V. M., Fernández, M. y Arias, B. (2019). Examining measurement invariance and differences across groups in the support needs of children with and without intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1535-1548. <https://doi.org/10.1111/jar12649>.
- Verdugo, M. A., Amor, A. M., Fernández, M., Navas, P. y Calvo, M. I. (2018). La regulación de la inclusión educativa del alumnado con discapacidad intelectual: Una reforma pendiente. *Siglo Cero*, 49(2), 27-58.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Arias, V. B., Guillén, V. M., Amor A. y Aguayo, V. (2018). Exhibit E The Use of the SIS—C in Research Studies in Spain. En R. Schalock, M. Tassé y J. Thompson (eds.), *AAIDD White Paper How Organizations and Systems Use Supports Intensity Scales*. (pp. 25-30). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Recuperado de: https://www.aaid.org/docs/default-source/sis-docs/howorganizationsusesis_webrev-final.pdf?sfvrsn=d4953021_0.
- Verdugo, M. A., Arias, V. B. y Guillén, V. M. (2019). Are intensity, frequency and daily time equally valid estimators of support needs in children with intellectual disability? A multitrait-multimethod analysis of the Support Intensity Scale for Children (SIS-C). *Assessment*, 26 (7), 1307-1319. <https://doi.org/10.1177/1073191117732411>.
- Verdugo, M. A, Arias, B., Guillén, V. M., Seo, H., Shogren, K. A., Shaw, L. A. y Thompson, J. R. (2016). Examining age-related differences in support needs on the Supports Intensity Scale-Children's Version-Spanish translation. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 16, 306-314. <http://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.06.002>.

- Verdugo, M. A., Arias B., Guillén, V. M., y Vicente, E. (2014). Escala de Intensidad de Apoyos para Niños y Adolescentes (SIS-C) en el contexto español. *Siglo Cero*, 45(1), 24-40.
- Verdugo, M. A., Arias, B. e Ibáñez, A. (2007). *Escala de Intensidad de Apoyos (SIS). Manual. Adaptación española*. Madrid: TEA.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Navas, P. (en prensa). *Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS). Manual del usuario*. Madrid: TEA.
- Verdugo, M. A., Guillén, V., Arias, B., Vicente, E. y Badía, M. (2016). Confirmatory factor Analysis of the Supports Intensity Scale for Children. *Research in Developmental Disabilities*, 49-50, 140-152. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.022>.
- Verdugo, M. A. y Schalock., R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 41(4), 7-21.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L. y Gómez, L. E. (en prensa). The Quality of Life Supports Model: Twenty Five Years of Parallel Paths Have Come Together. *Siglo Cero*.
- Verdugo, M. A., Vicente, E., Gómez-Vela, M., Fernández-Pulido, R., Wehmeyer, M. L., Badía, M., González-Gil, F. y Calvo, M. I. (2014). *Escala ARC-INICO de evaluación de la autodeterminación. Manual de aplicación y corrección*. Salamanca: Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Publicaciones del INICO, Colección Herramientas.
- Verdugo, M. A., Vicente, E., Guillén, V. M., Sánchez, S., Ibáñez, A., Fernández-Pulido, R., Gómez, L. E., Coma-Roselló, T., Bravo, M. A. y Vived, E. (2020). *La Escala AUTODDIS: Evaluación de la autodeterminación de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual*. Salamanca: Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Publicaciones del INICO, Colección Herramientas.
- Wehmeyer, M. L., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A, Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Craig, E. M., Coulter, D. L., Gomez, S. C., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E, Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R. y Yeager, M. H. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318. [https://doi.org/10.1352/1934-9556\(2008\)46\[311:TIDCAI\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/1934-9556(2008)46[311:TIDCAI]2.0.CO;2).

VI. ANEXO: EJEMPLO RESUELTO

A continuación, se presenta una escala completa aplicada a una persona anónima con la finalidad de poder utilizar dicho ejemplo en el aprendizaje y manejo de la SIS-C. Se trata de una estudiante con síndrome de Down de 14 años que presenta una discapacidad intelectual moderada y que estaba escolarizada en modalidad combinada. El objetivo de la evaluación es conocer las necesidades de apoyo de la estudiante para establecer patrones comunes entre los dos centros de educativos en el diseño de una planificación individualizada de apoyos.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Fecha de aplicación: 21/09/2014 Código de referencia: CRS00

PARTE A. SOBRE EL ENTREVISTADOR

Nombre: Verónica Marina Guillén Martín

Organización/Escuela: INICO; **Ciudad, Provincia:** Salamanca

Género: Masculino Femenino

Estudios: Grado FP Grado Universitario Experto universitario
 Máster Doctorado Otros___

Formación: Maestro en Educación Primaria Profesor Secundaria
 Maestro en Educación Especial Psicólogo
 Trabajador Social Otros___

Años de experiencia en servicios de niños o jóvenes con discapacidad: 4 años

Localización de su lugar de trabajo actual: Urbano/suburbano Rural

Relación del entrevistador con el niño: Monitora

Nº de años que hace que conoce al niño: 2 años

PARTE B. SOBRE LOS INFORMANTES

Informador 1: Relación con el niño: Monitora

Nº de años que hace que conoce al niño: 4 años

Informador 2: Relación con el niño: Madre

Nº de años que hace que conoce al niño: 14 años

PARTE C. SOBRE EL NIÑO VALORADO

Género: Masculino Femenino

Edad: 14 años 2 meses

Nivel de CI: < 20-25 o Profundo entre 20-25 y 35-40 o Severo

entre 35-40 y 50-55 o Moderado entre 50-55 y 70 o Ligero

Nivel de conducta adaptativa: Profundo Severo Moderado Ligero

Tipo de centro educativo: Público Privado Concertado

Tipo de escolarización: Centro Ordinario

Centro Ordinario de Atención Preferente

Centro de Educación Especial

Aula Sustitutoria de CEE

Escolarización Combinada

Curso escolar al que acude: 2º de la ESO

Presencia de discapacidades (marque todo lo aplicable):

Discapacidad intelectual Baja visión/ ceguera

Sordera/discapacidad auditiva Trastornos psiquiátricos

Retraso del desarrollo Discapacidad física: limitaciones de brazo/mano

Discapacidad física: limitaciones en la movilidad

Enfermedad de Salud Crónica Trastornos de Espectro Autista (TEA)

Parálisis Cerebral Daño cerebral/neurológico Trastorno del habla

Trastorno del lenguaje Dificultades de aprendizaje

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/TDAH)

Síndrome de Down

Lugar de residencia: Hogar con su familia Hogar de menores

Hogar de pequeño grupo (<7 residentes) Grupo mediano (7-15 residentes)

Residencias escolares o gran grupo (>15 residentes)

Lengua principal que comprende

Castellano Catalán Euskera Gallego Inglés Francés

Haga una lista de las **tecnologías asistenciales** que usa el niño: Ninguna

SECCIÓN I: NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICO Y CONDUCTUAL

CLAVE DE PUNTUACIÓN DE LA SECCIÓN I:

0 = No necesita apoyo (es decir, no tiene la condición o no necesita apoyo).

1 = Necesita algún apoyo (es decir, proporcionar supervisión y/o asistencia ocasional).

2 = Necesita apoyo extenso (es decir, proporcionar asistencia regular para controlar condiciones médicas o de conducta).

Sección 1A - NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICO

Rodea con un círculo la opción que corresponda para cada ítem. Después, suma las columnas para obtener la puntuación de la sección 1A.

Cuidado respiratorio

Inhalación o terapia de oxígeno	0	1	2
Drenaje postural	0	1	2
Fisioterapia de tórax	0	1	2
Aspiración de secreciones	0	1	2

Asistencia en la alimentación

Estimulación oral o movilización de la mandíbula	0	1	2
Alimentación por sonda (por ejemplo, nasogástrica)	0	1	2
Alimentación parenteral (por ejemplo, cánula intravenosa)	0	1	2

Cuidados de la piel

Cambios posturales o movilizaciones	0	1	2
Cuidado de heridas abiertas	0	1	2

Otros cuidados médicos excepcionales

Protección de enfermedades infecciosas debidas a alteraciones del sistema inmunológico	0	1	2
Tratamiento de crisis epilépticas	0	1	2
Diálisis	0	1	2
Cuidados de ostomías	0	1	2
Levantarse o transferirse	0	1	2
Trastornos de la alimentación	0	1	2
Servicios de terapia	0	1	2
Alergias	0	1	2
Control de la diabetes	0	1	2
Otros (especificar todo lo que sea aplicable):			
_____	0	1	2
_____	0	1	2

Puntuación Total de la Sección 1A

Sumatorio: **0**

SECCIÓN I: NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICO Y CONDUCTUAL

CLAVE DE PUNTUACIÓN DE LA SECCIÓN I:

0 = No necesita apoyo (es decir, no tiene la condición o no necesita apoyo).

1 = Necesita algún apoyo (es decir, proporcionar supervisión y/o asistencia ocasional).

2 = Necesita apoyo extenso (es decir, proporcionar asistencia regular para controlar condiciones médicas o de conducta).

Sección 1B - NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO CONDUCTUAL

Rodea con un círculo la opción que corresponda para cada ítem. Después, suma las columnas para obtener la puntuación de la sección 1B.

<i>Destructividad dirigida hacia el exterior</i>			
Prevención de asaltos o lesiones a otros	0	1	2
Prevención de destrucción de la propiedad (por ejemplo, provocar incendios, romper muebles)	0	1	2
Prevención de robos	0	1	2
<i>Destructividad dirigida hacia uno mismo</i>			
Prevención de autolesiones	0	1	2
Prevención de pica (ingesta de sustancias no comestibles)	0	1	2
Prevención de intentos de suicidio	0	1	2
<i>Sexual</i>			
Prevención de agresión sexual	0	1	2
Prevención de conductas sexuales no agresivas pero inapropiadas	0	1	2
<i>Otras cuestiones conductuales excepcionales</i>			
Prevención de rabietas o estallidos emocionales	0	1	2
Prevención de vagabundeo o deambulación	0	1	2
Prevención de abuso de sustancias	0	1	2
Mantenimiento de tratamientos de salud mental	0	1	2
Prevención del absentismo escolar	0	1	2
Otros (especificar todo lo que sea aplicable):			
_____	0	1	2
_____	0	1	2
Puntuación Total de la Sección 1B			Sumatorio: 4

CLAVE DE PUNTUACIÓN DE LA SECCIÓN II *

TIPO DE APOYO	FRECUENCIA DE APOYO	TIEMPO DE APOYO DIARIO
<p>0 = Ninguno</p> <p>1 = Supervisión</p> <p>2 = Incitación verbal/ gestual</p> <p>3 = Ayuda física parcial</p> <p>4 = Ayuda física total</p>	<p>0 = No significativa; raramente las necesidades de apoyo del niño son diferentes a las de compañeros de su misma edad.</p> <p>1 = Infrecuente; el niño necesitará ocasionalmente alguien que le proporcione un apoyo extraordinario que los compañeros de su edad no necesitarán (pero en la mayoría de las ocasiones no necesitará ningún apoyo extra).</p> <p>2 = Frecuente; para que el niño participe en la actividad necesitará apoyo extraordinario aproximadamente en la mitad de las ocasiones que suceda.</p> <p>3 = Muy frecuente; en la mayoría de las ocasiones en las que ocurre la actividad, el niño necesitará un apoyo extra que los compañeros de su edad no necesitarán (sólo ocasionalmente el niño no necesitará apoyo extra).</p> <p>4 = Siempre; en cada ocasión en la que el niño participa en la actividad, necesitará apoyo extra que los compañeros de su edad no necesitarán.</p>	<p>0 = Nada</p> <p>1 = Menos de 30 minutos</p> <p>2 = Más de 30 minutos y menos de 2 horas</p> <p>3 = Más de 2 horas y menos de 4 horas</p> <p>4 = 4 horas o más</p>

* Consulte esta clave de respuestas tantas veces como necesite a lo largo de la aplicación de la escala.

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA A: VIDA EN EL HOGAR	TIPO				FRECUENCIA				TIEMPO DE APOYO DIARIO				SUMA ÍTEM			
1. Finalizar tareas del hogar	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	4
2. Comer	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	6
3. Bañarse y mantener la higiene personal	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	6
4. Vestirse	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	4
5. Usar el baño	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5
6. Dormir y/o echarse la siesta	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0
7. Controlar sus pertenencias en casa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	3
8. Mantenerse ocupado durante el tiempo no estructurado (tiempo libre) en casa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	3
9. Manejar aparatos electrónicos	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	4
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA A													35			

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA B: VIDA EN LA COMUNIDAD	TIPO				FRECUENCIA				TIEMPO DE APOYO DIARIO				SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	
1. Moverse por el vecindario y la comunidad	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	8
2. Participar en actividades de ocio que requieren actividad física	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	8
3. Participar en actividades de ocio que no requieren esfuerzo físico	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	6
4. Usar servicios públicos de la comunidad	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	6
5. Participar en actividades comunitarias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	7
6. Ir de compras	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	6
7. Cumplir con las normas básicas de la comunidad, reglas y/o leyes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	6
8. Asistir a eventos especiales como comidas al aire libre/picnics, festivales culturales, ferias de música/arte o eventos relacionados con las vacaciones	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	8
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA B												55	

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA C: PARTICIPACIÓN ESCOLAR	TIPO				FRECUENCIA				TIEMPO DE APOYO DIARIO				SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	
1. Ser incluido en las aulas de educación general	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	8
2. Participar en actividades en áreas comunes de la escuela (zonas de juego, pasillos, cafetería...)	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	6
3. Participar en actividades extracurriculares	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	7
4. Ir al colegio (incluye transporte)	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	5
5. Moverse dentro de la escuela y transición entre actividades	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	5
6. Participar en actividades de evaluación requeridas por los sistemas de educación	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	8
7. Cumplir las reglas del aula y de la escuela	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	6
8. Controlar las pertenencias personales en la escuela	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	3
9. Seguir el horario de la escuela	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	3
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA C												51	

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA D: APRENDIZAJE ESCOLAR	TIPO					FRECUENCIA					TIEMPO DE APOYO DIARIO					SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1. Acceder a los contenidos del currículum del nivel escolar	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	10
2. Aprender habilidades académicas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	10
3. Aprender y usar estrategias metacognitivas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	10
4. Completar tareas académicas (en tiempo, calidad, puntualidad, habilidades organizativas)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	10
5. Aprender cómo usar y usar materiales educativos, tecnologías y herramientas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	8
6. Aprender cómo usar y usar estrategias de resolución de problemas y autorregulación en el aula	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	8
7. Realizar evaluaciones de clase, como exámenes	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	9
8. Acceder al currículum de educación para la salud y educación física	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	7
9. Completar los deberes para casa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	8
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA D														80		

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA E: SALUD Y SEGURIDAD	TIPO					FRECUENCIA					TIEMPO DE APOYO DIARIO					SUMA ÍTEM
1. Comunicar cuestiones relacionadas con la salud y problemas médicos, incluyendo molestias y dolores	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	3
2. Mantener la forma física	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	4
3. Mantener bienestar emocional	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	4
4. Mantener salud y bienestar	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5
5. Aplicar rutinas de primeros auxilios cuando experimente lesiones menores como hemorragia nasal	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5
6. Responder a situaciones de emergencia	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5
7. Protegerse de abusos físicos, verbales y/o sexuales	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5
8. Evitar riesgos para la salud y la seguridad	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	3
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA E														34		

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA F: ACTIVIDADES SOCIALES	TIPO					FRECUENCIA					TIEMPO DE APOYO DIARIO					SUMA ÍTEM
1. Mantener relaciones positivas con otros	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	6
2. Respetar los derechos de los otros	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	6
3. Mantener una conversación	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5
4. Responder y hacer críticas constructivas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	7
5. Afrontar cambios en rutinas y/o transiciones en situaciones sociales	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	3
6. Hacer y mantener amigos	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	4
7. Comunicarse con los demás en situaciones sociales	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	6
8. Respetar el espacio/ propiedades personal de los otros	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	7
9. Protegerse de explotación y acoso	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	4
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEM DE LA SUBESCALA F															48	

SECCIÓN II. NECESIDADES DE APOYO SUBESCALA G: DEFENSA (AUTORREPRESENTACIÓN)	TIPO				FRECUENCIA				TIEMPO DE APOYO DIARIO				SUMA ÍTEM
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	
1. Expresar preferencias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	3
2. Ponerse metas personales	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	3
3. Actuar y lograr metas	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	4
4. Hacer elecciones y tomar decisiones	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	3
5. Ayudar y asistir a otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	6
6. Aprender y usar habilidades de autodefensa (autorrepresentación)	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	5
7. Comunicar deseos y necesidades personales	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0
8. Participar en la toma de decisiones educativas	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	5
9. Usar estrategias de resolución de problemas y de autorregulación en casa y en la comunidad	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	6
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA G												35	

RESUMEN DE PUNTUACIONES

SECCIÓN I. NECESIDADES EXCEPCIONALES DE APOYO MÉDICO Y CONDUCTUAL			
Sección 1a. Necesidades de Apoyo Médico		Sección 1b. Necesidades de Apoyo Conductual	
¿Es la puntuación total mayor que 5?	SÍ	<input type="radio"/> NO	¿Es la puntuación total mayor que 5?
¿Hay al menos un 2 rodeado?	SÍ	<input type="radio"/> NO	¿Hay al menos un 2 rodeado?

SECCIÓN II. ESCALA DE INTENSIDAD DE APOYOS SUBESCALAS DE NECESIDADES DE APOYO	PUNTUACIONES DIRECTAS TOTALES	PUNTUACIONES ESTÁNDAR	PERCENTILES
A. VIDA EN EL HOGAR	35	9	37
B. VIDA EN LA COMUNIDAD	55	10	50
C. PARTICIPACIÓN ESCOLAR	51	9	37
D. APRENDIZAJE ESCOLAR	80	10	50
E. SALUD Y SEGURIDAD	34	7	16
F. ACTIVIDADES SOCIALES	48	9	37
G. DEFENSA - Autorrepresentación	35	6	9
Puntuación Estándar Total (suma)		60	
Índice de Necesidades de Apoyo (Puntuación Estándar Compuesta)		92	
Percentil del Índice de Necesidades de Apoyo			30

PERFIL DE NECESIDADES DE APOYO

Per-centil	HOGAR	COMU-NIDAD	PARTC. ESC.	APR. ESC.	SALUD Y SEGURIDAD	SOCIAL	DEFENSA	Índice NA	Per-centil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	15	120-125	95
90	14	14	14	14	14	14	14	116-119	90
85	13	13	13	13	13	13	13	113-115	85
80								111-112	80
75	12	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70								106-108	70
65	11	11	11	11	11	11	11	105	65
60								103-104	60
55								101-102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	99-100	50
45								97-98	45
40								95-96	40
35	9	9	9	9	9	9	9	93-94	35
30								91-92	30
25	8	8	8	8	8	8	8	88-90	25
20								86-87	20
15	7	7	7	7	7	7	7	82-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	76-81	10
5	5	5	5	5	5	5	5	68-75	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1

BREVE INTERPRETACIÓN: Se trata de un sujeto con un índice de necesidades de apoyo inferior a la media de adolescentes de 14 años con discapacidad intelectual (percentil 30/100). Sus mayores necesidades de apoyo (similares a las necesidades medias de sus iguales con discapacidad) están en la vida en la comunidad y en el aprendizaje escolar. Por su parte, las puntuaciones en salud y seguridad y en defensa (autorrepresentación) son, comparativamente, muy bajas. No se aprecian necesidades médicas ni conductuales significativas que puedan aumentar estas necesidades de apoyo generales.

BAREMOS 13-14 AÑOS

P. Est.	Vida en HOGAR	Vida en COMUNIDAD	PARTC. ESC.	APR. ESC.	SALUD Y SEGURIDAD	ACT. SOCIALES	DEFENSA	Perc.
20								>99
19								>99
18								>99
17								99
16	97-108		107-108					98
15	88-96	91-96	98-106		93-96	103-108	106-108	95
14	78-87	83-90	89-97	104-108	85-92	92-102	97-105	91
13	68-77	75-82	80-88	97-103	77-84	83-91	89-96	84
12	58-67	67-74	71-79	89-96	70-76	74-82	80-88	75
11	48-57	59-66	62-70	82-88	62-69	64-73	72-79	63
10	39-47	51-58	53-61	75-81	55-61	55-63	63-71	50
9	29-38	43-50	43-52	68-74	47-54	45-54	55-62	37
8	20-28	35-42	35-42	61-67	40-46	36-44	47-54	25
7	10-19	27-34	26-34	53-60	33-39	27-35	38-46	16
6	2-9	20-26	18-25	47-52	26-32	19-26	31-37	9
5	<2	12-19	8-17	39-46	18-25	9-18	22-30	5
4		7-11	2-7	35-38	14-17	3-8	17-21	2
3		<7	<2	26-34	4-13	<3	6-16	1
2				17-25	<4		<6	<1
1				<17				<1

ÍNDICE DE NECESIDADES DE APOYO

Total Puntuaciones Estándar	Punt. Estándar Compuesta Índice NA	Per- centil	Total Puntuaciones Estándar	Punt. Estándar Compuesta Índice NA	Per- centil	Total Puntuaciones Estándar	Punt. Estándar Compuesta Índice NA	Per- centil
113	133	99	78	106	66	43	79	8
112	132	98	77	105	64	42	78	8
111	132	98	76	105	62	41	78	7
110	131	98	75	104	60	40	77	6
109	130	98	74	103	58	39	76	6
108	129	97	73	102	56	38	75	5
107	128	97	72	102	54	37	75	5
106	128	97	71	101	52	36	74	4
105	127	96	70	100	50	35	73	4
104	126	96	69	99	48	34	72	3
103	125	95	68	98	46	33	72	3
102	125	95	67	98	44	32	71	3
101	124	94	66	97	42	31	70	2
100	123	94	65	96	40	30	69	2
99	122	93	64	95	38	29	68	2
98	122	92	63	95	36	28	68	2
97	121	92	62	94	34	27	67	1
96	120	91	61	93	32	26	66	1
95	119	90	60	92	30	25	65	1
94	118	89	59	92	29	24	65	1
93	118	88	58	91	27	23	64	1
92	117	87	57	90	25	22	63	1
91	116	86	56	89	24	21	62	1
90	115	85	55	88	22	20	62	1
89	115	84	54	88	21	19	61	<1
88	114	82	53	87	19	18	60	<1
87	113	81	52	86	18	17	59	<1
86	112	79	51	85	16	16	58	<1
85	112	78	50	85	15	15	58	<1
84	111	76	49	84	14	14	57	<
83	110	75	48	83	13	13	56	<1
82	109	73	47	82	12	12	55	<1
81	108	71	46	82	11	11	55	<1
80	108	70	45	81	10	10	54	<1
79	107	68	44	80	9	9	53	<1

