

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Terapia Ocupacional domiciliaria en Discapacidad Intelectual y Trastorno de Conducta.

A propósito de un caso.

AUTOR: TORREGROSA PAYÁ, SONIA

Nº expediente: 837

TUTOR: MURCIA RÍOS, JUAN PAUL

Departamento y Área: Terapia Ocupacional. Patología y cirugía

Curso académico 2017 - 2018

Convocatoria de Junio

Índice:

1. Introducción	6
2. Objetivos	8
3. Material y método	9
4. Resultados	21
5. Conclusiones	23
6. Anexos	24
7. Bibliografía	33



- **Resumen**

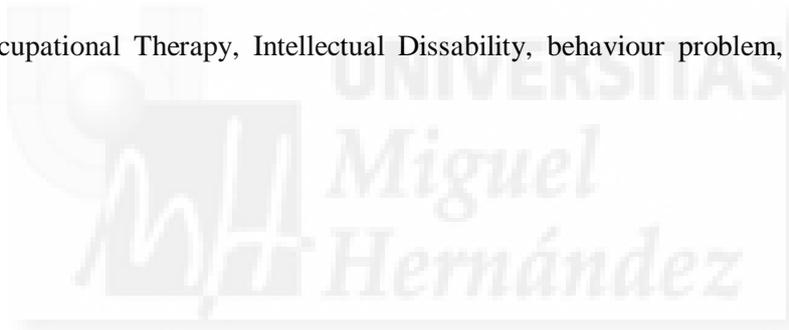
En la actualidad, la prevalencia de los trastornos de comportamiento en las personas con discapacidad intelectual es de un 45'3%, por lo que se consideran las conductas disruptivas como una de las principales variables a tener en cuenta a la hora de realizar una intervención con un usuario con trastorno de conducta asociado a una discapacidad intelectual leve. Los principales objetivos de este tratamiento son conseguir la máxima independencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria como son el aseo e higiene personal, y el afeitado, haciendo partícipe del proceso a la figura materna e intentando así reducir las conductas aversivas que se producen a la hora de realizar estas actividades en el entorno familiar. Las sesiones se llevarán a cabo durante tres meses, con la ayuda de diferentes recursos para alcanzar los objetivos, y la intervención será realizada en el domicilio familiar con el fin de potenciar esta independencia en el propio entorno donde se ocasionan los conflictos. Como resultados de la intervención se obtienen un aumento en la independencia en las actividades básicas de la vida diaria pero a la par un aumento de las conductas disruptivas en el hogar, ocasionadas por factores totalmente ajenos a la intervención, lo que lleva a la conclusión tanto de la importancia de potenciar las ocupaciones en el entorno habitual, la educación e inclusión familiar en el proceso, y la importancia de los Terapeutas Ocupacionales que desempeñen su trabajo en el domicilio.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Discapacidad Intelectual, problemas de conducta, actividades básicas de la vida diaria, familia.

- **Abstract:**

Currently, the prevalence of behavioral disorders in people with intellectual disabilities is 45'3%, which is why disruptive behaviors are considered as one of the main variables to take into account to make an intervention with a user with conduct disorder associated with a intellectual disability. The main objectives of this treatment are to achieve maximum independence in carrying out the activities of daily living such as grooming, personal higiene and shaving, involving into the process to the maternal figure and trying to reduce the aversive behaviors that they happen when these activities carries in the family environment. The sessions will be held for three months, with the help of different resources to achieve the objectives, and the intervention will be carried out in the family home in order to enhance this independence in the environment where conflicts happens. As results of the intervention, an increase in independence is obtained in the activities of daily living, but at the same time an increase in disruptive behaviors in the home, caused by factors totally unrelated to the intervention, which leads to the conclusion of the importance of enhancing occupations in the usual environment, education and family inclusion in the process, and the importance of Occupational Therapists who perform their work at home.

Key words: Occupational Therapy, Intellectual Dissability, behaviour problem, activities of daily living, family.



1. Introducción

Actualmente conocemos el término discapacidad intelectual como un conjunto de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, que se manifiesta en las habilidades conductuales, sociales y prácticas, y que aparece antes de los 18 años de edad. ⁽¹⁾

Según un estudio realizado por Schützwohl y otros ⁽²⁾, que presenta datos sobre la prevalencia de la enfermedad mental y el comportamiento problemático en adultos con discapacidad intelectual, la prevalencia de los trastornos mentales es de un 10'8% frente a la del comportamiento problemático que supone un porcentaje del 45'3%.

Por tanto, uno de los aspectos más destacables a la hora de examinar la conducta adaptativa en las personas con discapacidad intelectual es el comportamiento problemático que pueden presentar estas. Cabe destacar que la conducta problemática o "inadaptada" no es una característica de la conducta adaptativa, pero sí influencia frecuentemente la adquisición o ejecución de esta. Además, una realidad con la que se encuentran los padres y profesionales relacionados con la discapacidad son las alteraciones de la conducta, que constituyen uno de los mayores obstáculos en cuanto al logro de un ambiente adecuado de aprendizaje, trabajo o convivencia. Dentro de este tipo de comportamientos, encontramos diferentes efectos negativos que afectan tanto a la propia persona, como a su entorno más cercano. ⁽¹⁾

En la actualidad, la definición más aceptada de alteraciones de la conducta, se centra en un modelo sociocultural basado en el impacto social de la conducta, y nos informa de sus posibles causas, esta fue citada por Emerson en 1999⁽³⁾ como *«una serie de comportamientos anormales desde el punto de vista socio-cultural, de una intensidad, frecuencia y duración tales que conllevan una alta probabilidad de poner en grave compromiso la integridad del individuo o los demás, o que conlleva una restricción del acceso a los recursos y servicios de la comunidad»*.

Un aspecto importante a considerar, es la realidad de que la mayoría de las alteraciones conductuales (C) son el resultado de la interacción entre las condiciones biológicas, psicológicas y sociales, expuesto en la fórmula propuesta por Griffiths en 1998 ⁽³⁾, en la que (C) es la consecuencia de la relación entre un estado personal y psicológico (P) y las condiciones del entorno (E).

Los problemas de comportamiento se pueden clasificar en diferentes grupos, pero en este proyecto vamos a darle mayor relevancia a la conocida como conducta agresiva, que se puede definir como una *«forma intensa o violenta de conducta física, que produce consecuencias aversivas y daño en otros sujetos, así como respuestas verbales, con efectos similares, debido a su contenido o intensidad»*. ⁽¹⁾

De acuerdo con la intervención que propuso Lavigna en 1987⁽⁴⁾, de un modelo de intervención y apoyo centrado en la persona, el propósito no es únicamente disminuir las conductas problemáticas, si no ayudar a las personas a mejorar su calidad de vida. Este proceso comienza con un trabajo con el sujeto y las personas significativas de este, como la familia, para conocer el foco del problema. ⁽⁵⁾

Una de las revelaciones más importantes en los últimos años en el campo de la discapacidad intelectual ha sido la introducción de una discusión explícita sobre la valorización del rol social definida por Wolfensberger en 1983⁽⁶⁾, cuyo trabajo debe ir enfocado a la producción de cuatro resultados clasificados como: “1) *Presencia y participación comunitarias*, 2) *Autonomía y autodeterminación*, 3) *Incremento de la independencia y productividad* (que busca fortalecer el equilibrio entre el valor de la elección y el control con el aumento de la independencia y la productividad) y 4) *La oportunidad para desarrollar una serie completa de relaciones sociales y compañerismo.*”

De este modo, la finalidad de este trabajo, es intervenir en las áreas y situaciones que ocasionen dicha conducta problemática, como son el afeitado y el aseo e higiene personal, con el fin de aumentar la autonomía de un usuario con discapacidad intelectual y trastorno de conducta asociado, y así disminuir las conductas disruptivas que ocasiona su dependencia en estas áreas, más concretamente en el entorno familiar.



2. Objetivos

Los objetivos planteados para la intervención son objetivos centrados en la persona, dirigidos a trabajar en el entorno y las áreas de ocupación que ocasionan conductas problemáticas en el usuario, centrado en un objetivo base del tratamiento que es *facilitar el cambio a través de la participación del individuo en la actividad*.

1. Ducharse al menos 4 días a la semana sin supervisión.
 - 1.1 Reconocer cuando es necesario ducharse, con ayuda de un horario.
 - 1.2 Reconocer los materiales necesarios para la realización de la ducha en 3 minutos.
 - 1.3 Preparar correctamente los materiales necesarios para la realización de la ducha en 5 minutos.
 - 1.4 Realizar correctamente la secuencia de la ducha en 15 minutos.
 - 1.5 Lavarse correctamente la cabeza en 5 minutos.

2. Afeitarse al menos dos días a la semana con supervisión.
 - 2.1 Reconocer cuando es necesario afeitarse, con ayuda de un horario.
 - 2.2 Reconocer los materiales necesarios para realizar el afeitado en 5 minutos.
 - 2.3 Preparar los materiales necesarios para realizar el afeitado en 10 minutos.
 - 2.4 Realizar correctamente la secuencia del afeitado en 30 minutos.
 - 2.5 Afeitarse sin ayuda en 30 minutos.

3. Realizar el aseo matinal todos los días sin supervisión.
 - 3.1 Reconocer los elementos necesarios para el aseo matinal en 2 minutos.
 - 3.2 Lavarse la cara correctamente y sin supervisión en 1 minuto, todas las mañanas.
 - 3.3 Lavarse los dientes sin supervisión durante 1 minuto, todas las mañanas.

 - 3.4 Ponerse desodorante sin supervisión, durante 5 segundos en cada axila, todas las mañanas.

3. Material y método

El estudio en el que se basa este Trabajo de Fin de Grado es un estudio de caso.

El usuario sobre el que se ha realizado este estudio acude diariamente al Centro Ocupacional de la localidad en la que reside, pero al tratarse de una intervención de actividades básicas de la vida diaria, que se realizan por lo general en el hogar, se decidió realizar la intervención en el domicilio familiar, para intervenir directamente sobre el foco del problema, ya que es el entorno donde aparecen la mayor parte de las conductas disruptivas.

La intervención se llevará a cabo durante los meses de Diciembre, Enero y Febrero, incluyendo en este período tanto las sesiones propias de la intervención, como la evaluación inicial y la final.

- Descripción del caso:

Varón, 18 años, diagnóstico de discapacidad intelectual con grave trastorno de conducta asociado. Es el pequeño de cuatro hermanos varones y huérfano de padre, actualmente reside en el domicilio familiar con su madre.

El trastorno de conducta es el principal problema del usuario, que agrava su situación de dependencia en las actividades básicas de aseo e higiene personal. Además requiere de acompañamiento en las salidas fuera del domicilio, ya que ha tenido problemas por agresión a terceras personas y a sus cercanos.

Desde el Centro Ocupacional al que acude y junto a la familia, se ha barajado la opción de internarlo en un Centro si el comportamiento en su casa no cambia, pero él se niega, diciendo que va a cambiar su conducta, aunque no lo hace. Además, su madre recibe amenazas si lo ingresa en algún Centro que no sea al que acude en la actualidad.

- Modelos conceptuales en los que se basa la intervención a plantear.

El principal modelo en el que se basa la intervención planteada es el Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner⁽⁹⁾, que describe la estructura del comportamiento ocupacional en tres subsistemas: *la volición*, que determina los motivos de elección de una actividad, *la habituación*, que es el encargado de organizar la conducta en patrones y rutinas, y *la capacidad de desempeño*, que es el que proporciona a la persona las habilidades que le hacen capaz de llevar a cabo su conducta ocupacional. Además, todos los comportamientos están influidos por el entorno en el que se desarrolla la acción, por lo que Kielhofner divide las influencias del entorno entre aquellas que permiten oportunidades y aquellas que las oprimen.

Otro de los modelos en los que se basa la intervención es el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional ⁽⁹⁾, que se centra en el cliente y lo concibe como un ser global, único y valioso, que debe tener una ocupación. En este modelo es muy importante la relación terapéutica, en la que el cliente y el terapeuta trabajan juntos para alcanzar los objetivos establecidos, teniendo en cuenta el entorno en el que el individuo busca conseguirlos.

Finalmente, el Modelo de Discapacidad Cognitiva de Allen⁽⁹⁾ aporta información para el planteamiento y puesta en práctica de la intervención, haciendo hincapié en que cualquier tipo de problema cognitivo tiene manifestaciones negativas a la hora de efectuar las actividades básicas de la vida diaria de las personas. Dichas manifestaciones se ponen en evidencia mediante la observación directa del sujeto en la ejecución de su rutina diaria, de la cual se obtienen los datos sobre la capacidad del desempeño, de procesamiento de información y las limitaciones del cliente. Por tanto, el trabajo desde Terapia Ocupacional se basa en el análisis del entorno y la actividad con el fin de modificarlos, brindando al cliente la oportunidad de desempeñar las tareas en su máximo nivel de funcionamiento.

- **Métodos o técnicas a utilizar con el usuario.**

Las principales técnicas que usaron en esta intervención fueron el entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria, como son el afeitado, el aseo matinal y la ducha, ya que estas son las principales áreas en las que se presenta el conflicto, la intervención grupal familiar, que busca atenuar los problemas que se ocasionan con la figura materna en el entorno familiar, y con los hermanos en menor medida y la adaptación del hogar mediante el uso de un calendario para guiarse en las actividades que debe realizar.

- **Valoración inicial:**

Después de un análisis detallado de la información de la historia clínica del paciente en el centro ocupacional al que acude, y de la información recogida por parte de la terapeuta del centro y de la madre del usuario, mediante una entrevista semiestructurada, se decidió emplear el *Índice de Barthel*, la *Escala de Lawton y Brody* y un registro de observación con el fin de recoger la información necesaria para plantear el plan de intervención que mejor se adaptara a las necesidades del usuario. Así como la *Escala Zarit* de sobrecarga del cuidador para conocer el grado de afectación de la situación de la madre en casa.

	Puntuación valoración inicial
<i>Índice de Barthel</i>	90/100 – Dependencia escasa
<i>Escala de Lawton y Brody</i>	3/8 – Dependencia grave
<i>Escala Zarit</i>	66/88 – Sobrecarga intensa

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, en la entrevista con la madre se buscó hablar sobre todas las áreas que abarcan las escalas empleadas, para conocer realmente las dificultades que presenta el usuario, y fueron las siguientes:

Comer: es capaz de utilizar cualquier instrumento necesario por sí solo para preparar comidas, pero pide que le hagan las cosas.

Lavarse-bañarse: necesita ayuda o supervisión para lavarse sobre todo la cabeza, porque quiere terminar rápido y se lava mal, pero no quiere que su madre lo haga por él porque dice que le hace daño. Además utiliza muchísima agua y no se enjuaga bien el cuerpo en general.

Vestirse: es capaz de ponerse y quitarse la ropa, abrocharse los zapatos y todos los pasos necesarios para el vestido y desvestido pero le pide a su madre que le ponga la chaqueta, si no lo hace la persigue por toda la casa hasta que lo hace o va sin chaqueta.

Arreglarse: exige que su madre lo asee por la mañana, tanto que le lave las axilas, como que le ponga desodorante, acude al centro ocupacional sin lavarse la cara si su madre no le dice que lo haga, no se afeita a menos que lo haga su madre y los dientes solo se los lava en el centro ocupacional porque lo obligan a hacerlo todos los días después de comer.

Además de los test que se le administraron al usuario, la entrevista con la madre y la revisión de la historia clínica del usuario, se quiso observar las áreas que fueron consideradas más importantes en el día a día del paciente, como la ducha, el afeitado y el aseo matinal, mediante un registro de observación que dividía la actividad en tres secciones: antes, durante y después.

DUCHA		
ANTES	DURANTE	DESPUÉS
· Se prepara los materiales necesarios para la ducha, pero olvida la toalla y la ropa interior que va a buscarla cuando su madre se lo recuerda.	· Se ducha solo, gasta muchísima agua y no se enjuaga bien, cuando sale de la ducha tiene los laterales de la cabeza secos, lo que significa que no se ha lavado bien la cabeza, cuando termina pide ayuda para que le den la toalla, ya que se le ha olvidado preparársela.	· No recoge el cuarto de baño, deja la toalla tirada encima del lavabo y el cubo de la ropa sucia que normalmente está dentro de la ducha lo deja fuera, impidiendo el paso hacia fuera del baño.

AFEITADO		
ANTES	DURANTE	DESPUÉS
<ul style="list-style-type: none"> · Dice que sabe afeitarse más o menos, porque normalmente lo hace su madre. · Prepara todos los materiales correctamente, pone el tapón al lavabo, saca la espuma, la cuchilla... · Utiliza la cuchilla porque con la máquina dice que se hace daño al tener el pelo muy grueso. 	<ul style="list-style-type: none"> · No sabe cómo ponerse la espuma, se la restriega todo el rato por las mismas zonas sin darse cuenta de que se la quita cada vez que pasa los dedos. · Pasa la cuchilla a favor del pelo, por lo que tiene que repetir la maniobra muchas veces por la misma zona, lo que hace que le salgan rojeces e incluso se corta varias veces. · Deja zonas sin afeitar, sobre todo los laterales que son las que no se ve cuando se mira de frente en el espejo, el bigote y las patillas. · A la hora de enjuagarse no lo hace bien, dejándose espuma por los laterales. 	<ul style="list-style-type: none"> · Limpia el lavabo de pelos porque se lo digo, pero deja el espejo y el mármol salpicado de agua. · Se seca la cara y deja la toalla arrugada en el toallero.

LAVADO DE DIENTES		
ANTES	DURANTE	DESPUÉS
<ul style="list-style-type: none"> · Cuando le pido que se lave los dientes no le hace mucha gracia. Solo se lava los dientes en el centro ocupacional y porque lo obligan a hacerlo después de comer. · Cuando le digo que se prepare los materiales ni siquiera sabe cuál es su cepillo de dientes ni la pasta. 	<ul style="list-style-type: none"> · Usa mucha pasta de dientes. · El cepillado es demasiado fuerte, lo que hace que le sangren las encías. · Cepillado muy rápido. · Lava mal el cepillo y el lavabo, y los restos de pasta que le quedaban en los labios se los quita con la toalla. 	<ul style="list-style-type: none"> · Deja la toalla arrugada en el toallero. · Guarda el cepillo y la pasta.

LAVADO DE LA CARA		
ANTES	DURANTE	DESPUÉS
· No prepara la toalla	· Se moja las manos, pero no se echa agua en la cara, si no que con las manos húmedas se la “lava”.	· Se seca y deja la toalla arrugada en el toallero.

En cuanto a ponerse desodorante el único problema observable es que usa mucha cantidad de producto.

La *entrevista semiestructurada inicial* constó de 4 preguntas abiertas y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

a. ¿Cómo fue la infancia del usuario?

Desde los primeros años de vida, el usuario pasa la mayor parte de su infancia en casa de un familiar a causa de una enfermedad de tipo oncológica que afecta al padre, lo que ocasiona que la figura materna se ausente durante meses de la residencia familiar, y por tanto el vínculo afectivo padres-hijo se ve seriamente afectado. Esta situación se repite 3 veces a lo largo de la infancia y adolescencia del usuario, hasta el fallecimiento de la figura paterna. A causa de estos acontecimientos, entre los periodos de estabilidad de la enfermedad del padre, la madre comenta que se observan conductas inadecuadas hacia la figura paterna, tanto físicas como verbales, y a raíz del fallecimiento del padre, estas conductas pasan a la figura materna, y en menor medida, a los hermanos.

Durante el periodo escolar, repetidamente se observaron signos de violencia en el usuario, desde el ámbito familiar se decidió poner fin a estos abusos, pero el centro educativo no puso medios, hasta que la madre pudo demostrar que estos abusos eran causados por los compañeros de su hijo y se recurrió a aspectos legales pero no se contempló la opción de que el usuario abandonara el centro educativo hasta los 16 años, para que acudiera a un Centro Ocupacional. A partir de ese momento el usuario acude al Centro Ocupacional de atención diurna de la localidad en la que reside.

b. ¿Cuándo crees que empezaron a aparecer los problemas de comportamiento?

Desde siempre, incluso en el periodo de estabilidad de la enfermedad que padecía su padre, se observaron comportamientos agresivos hacia la figura paterna, de carácter físico, y a partir del fallecimiento de la figura paterna, estas agresiones se convierten también en verbales, tanto hacia la madre como hacia los hermanos.

c. ¿Crees que las conductas agresivas han sido resultado de algún acontecimiento en la vida del usuario?

La madre no sabría decir un acontecimiento en concreto, pero destaca las agresiones que sufría el paciente en el colegio, la ausencia de la figura materna en la infancia temprana del usuario y el fallecimiento de la figura paterna.

d. ¿Cuál es la situación actual en el entorno familiar y social del usuario?

Desde el inicio de su asistencia al Centro Ocupacional, se invierten los papeles, y es el usuario el que realiza las agresiones a sus compañeros, justificándose ante los profesionales de que son ellos las que se las han realizado a él antes.

En el entorno familiar es donde más se agrava el problema de conducta, ya que vive solo en la residencia familiar con su madre, que ante la situación de miedo que le ocasiona su hijo cuando se enfada, hace todo lo que le pide, y la mayoría de ocasiones no es capaz de plantarle cara, lo que hace que el usuario se sienta superior en este entorno. En cuanto a los hermanos, tiene especial relación con el tercero, por ser con el que menos edad se lleva, con el que más tiempo ha pasado en el domicilio familiar y con el que comparte afición, los palomos de competición. Este hermano es el que ha sustituido la figura paterna desde su fallecimiento, y el que le da pautas para la convivencia en casa con su madre.

- Cronograma:

Programa compuesto por 14 sesiones llevadas a cabo durante los meses de Diciembre, Enero y Febrero. La duración de las sesiones fue de 60 minutos, siendo repartidas por lo general en una sesión a la semana. Dentro de estas sesiones se incluyeron la evaluación inicial, las entrevistas y/o sesiones individuales con la madre y la reevaluación.

En principio las sesiones estaban planteadas con el objetivo de que fueran realizadas en el domicilio familiar, ya que este era el foco donde se originaban todos los conflictos, pero durante el transcurso de la intervención hubieron una serie de cambios, y algunas de estas sesiones tuvieron que ser realizadas en el Centro Ocupacional donde el usuario acude diariamente, de esta manera también se buscaba ver el comportamiento del usuario fuera de su zona de confort y sin la presencia de la figura materna a la hora de realizar las AVD.

SESIONES	DICIEMBRE						ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Evaluación inicial		X												
Entrevista madre	X		X					X				X		X
Visita domiciliaria			X											
Aseo matinal					X		X		X	X				
Ducha				X		X			X		X			
Afeitado				X	X		X		X	X	X		X	
Sesión conjunta					X	X							X	
Reevaluación														X
Domicilio familiar			X		X	X		X	X			X	X	X
Centro Ocupacional	X	X		X			X			X	X			

La cronología del entrenamiento de cada objetivo fue:

- Aseo matinal: 4 sesiones.
- Ducha: 4 sesiones
- Afeitado: 7 sesiones

Cabe destacar que la Terapeuta Ocupacional y la Psicóloga del Centro Ocupacional eran conocedoras de todas las sesiones, tanto de la estructura, como de los objetivos que se iban a trabajar, el resultado de las sesiones y la fecha en la que se iban a realizar, por lo que el usuario recibía continuamente feedback por parte de estas después de cada sesión.

- Descripción de la intervención:

1ª Sesión (3/12/2017) – Entrevista con la madre del usuario.

En esta entrevista el objetivo era explicar a la madre el funcionamiento de la intervención que iba a llevarse a cabo, cuáles iban a ser los principales objetivos de tratamiento, y con qué finalidad se realizaba este proyecto, que era disminuir la conducta disruptiva del usuario en el entorno familiar. La intención de esta entrevista fue también conocer la historia del usuario, el comportamiento de este desde la infancia, los antecedentes y las características de la familia y del entorno. Además se le entregó el consentimiento informado tanto a la madre como al usuario para que lo firmaran.

Se le explicó también al usuario que iba a participar en una intervención con el fin de alcanzar la mayor autonomía en las AVD de higiene personal y afeitado.

- Material: consentimiento informado. (Anexo II)

2ª Sesión (11/12/2017) – Evaluación del usuario.

Se procede a pasar al usuario una serie de instrumentos de evaluación para conocer las áreas más afectadas, para así ampliar la información proporcionada por la madre de este.

Las pruebas utilizadas fueron:

- Índice de Barthel para evaluar las actividades básicas de la vida diaria.
- Escala de Lawton y Brody para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Observación de las actividades comprendidas en el índice de Barthel: el usuario realizó el afeitado, la ducha y el aseo matinal. La información obtenida durante esta visita está reflejada en los registros de observación del apartado de valoración inicial. (Véase tabla X)
- Material: *índice de Barthel, escala de Lawton y Brody*, registro de observación.

3ª Sesión (14/12/2017) – Evaluación de la madre y visita domiciliaria.

En esta segunda entrevista se buscaba realizar una evaluación a la madre sobre el nivel de sobrecarga que le provocaba estar a cargo del cuidado de su hijo, más concretamente el test de Zarit de sobrecarga del cuidador, y seguir recogiendo información sobre el comportamiento del usuario en el hogar.

Además se buscaba contrastar los datos obtenidos de la evaluación específica que se le realizó al usuario y conocer el medio en el que va a realizar las actividades que pretendo que consiga durante el período de la intervención.

- Material: *escala Zarit para la evaluación de sobrecarga del cuidador, entrevista semiestructurada, índice de Barthel, escala de Lawton y Brody.*

4ª Sesión (22/12/2017)

Esta sesión se realizó en el Centro Ocupacional, durante la primera media hora el objetivo de la sesión era trabajar el afeitado.

En primer lugar el usuario debía reconocer y preparar todos los materiales necesarios para realizar el afeitado y debía explicar la secuencia que seguiría. Posteriormente debía proceder a poner en práctica lo que había explicado siempre con supervisión, y mínima ayuda física para zonas difíciles.

En la segunda parte de la sesión el usuario debía identificar y preparar los elementos necesarios para realizar la ducha, explicar el proceso, y posteriormente llevarlo a cabo con supervisión.

Además, se le hace entrega a la madre de un registro de actividad para el periodo Navideño, en el que debe anotar cuándo realiza las actividades que se están trabajando en la intervención, y si se presentan o no conductas disruptivas en el momento de la realización de las mismas. Del mismo modo se le

entrega al usuario otro registro en el que debe marcar si realiza las actividades, pero sin el apartado de conducta disruptiva.

- Material: materiales para el afeitado (cuchilla, espuma de afeitar y toalla), para la ducha (gel, champú, toalla...) y registro de actividad para el periodo Navideño. (Anexos VI y VII)

5ª Sesión (27/12/2017) – Sesión conjunta.

Esta sesión se llevó a cabo en el domicilio familiar. Como principales objetivos de trabajo se realizó el aseo matinal y el afeitado, esta vez con la presencia de la figura materna como observadora, para hacerla partícipe del proceso con el fin de que en un futuro ella tomara el papel de persona de apoyo cuando el usuario realizara estas actividades básicas.

La primera parte de la sesión se dedicó a la organización de los materiales necesarios para el afeitado y a la explicación del proceso sin los materiales físicos, de manera imaginativa, posteriormente se procedió a la realización del afeitado intentando no prestar ninguna ayuda física hasta el final del procedimiento, en el que hice partícipe a la madre para que le prestara esta ayuda.

En la segunda parte el usuario realizó el aseo matinal en el que debía lavarse la cara y los dientes y ponerse desodorante. Esta actividad fue realizada sin ayuda pero con supervisión.

- Material: materiales para el afeitado y para el aseo matinal (cepillo de dientes, pasta de dientes, toalla y desodorante)

6ª Sesión (3/01/2018)

Esta sesión fue realizada en el domicilio familiar, y el objetivo a trabajar fue la ducha, pero previamente se realizó una actividad para trabajar el conjunto madre-hijo, en el que debían realizar un calendario para establecer las actividades de la vida diaria que el usuario debía realizar cada día, bajo previo acuerdo de los dos, poniendo en práctica el trabajo en equipo y fomentando la relación madre-hijo.

Posteriormente el usuario realizó la ducha.

- Material: materiales para la realización de la ducha y ordenador para realizar el calendario de actividades. (Anexo III)

7ª Sesión (10/01/2018)

Esta sesión se realizó en el Centro Ocupacional, y durante esta se llevarían a cabo los objetivos de aseo matinal y afeitado.

La primera media hora de la sesión fue destinada a trabajar el afeitado, con la previa preparación de los materiales y explicación del proceso.

En segundo lugar el usuario debía reconocer y preparar todos los materiales necesarios para la realización del aseo matinal, y posteriormente llevarlo a cabo.

Se entrega a la madre el registro de actividad del mes de Enero para observar si se realizan las actividades que se están trabajando en la intervención y si se presenta alguna conducta disruptiva en el proceso de realización de las actividades, de la misma manera se le entrega al usuario con el mismo fin.

- Material: materiales necesarios para el aseo matinal y el afeitado y registro de actividad del mes de Enero. (Anexos VI y VII)

8ª Sesión (17/01/2018) – Entrevista con la madre.

En esta sesión el objetivo principal establecido es conocer los avances que ha causado la intervención en el comportamiento del usuario y la convivencia en el hogar.

Se le entrega a la madre unas normas/consejos de convivencia para afrontar las conductas disruptivas que presenta el usuario ante su madre.

- Material: normas de convivencia. (Anexo IV)

9ª Sesión (24/01/2018)

Esta sesión se realizó en el domicilio familiar, y los objetivos a trabajar fueron el afeitado, la ducha y el aseo matinal, siendo realizado en primer lugar el afeitado, con supervisión y haciendo partícipe a la madre de modo de brindara una pequeña ayuda física al final del proceso para repasar zonas que habían quedado sin afeitar. En segundo lugar se realizó la ducha, y finalmente el aseo matinal.

- Material: materiales necesarios para la realización de la ducha, el afeitado y el aseo matinal.

10ª Sesión (31/01/2018)

La sesión programada no se lleva a cabo por falta de interés por parte del usuario y de la familia. (Anexo VIII)

Se le entregó a la madre el registro de actividad del mes de Febrero con el fin de recoger la información de la realización de las actividades que se están trabajando durante la intervención, y de la misma manera si se han presentado conductas disruptivas en la realización de estas. Se le hace entrega del registro también al usuario para que registre su actividad.

- Material: registro de actividad mes de Febrero. (Anexos VI y VII)

11ª Sesión (7/02/2018)

La sesión programada no se llevó a cabo por falta de interés por parte del usuario y de la familia.

12ª Sesión (14/02/2018) – Entrevista con la madre.

Esta sesión se realizó en el domicilio familiar, con la finalidad de exponer a la madre los resultados que se van observando en la intervención con el usuario, además se busca recoger información sobre los comportamientos ocurridos durante las últimas semanas tanto en el domicilio como en el Centro Ocupacional, para así poder orientar la información recogida hacia la última sesión y poder una sesión conjunta más oral, de puesta en común de sentimientos y recibir una valoración acerca del tratamiento llevado a cabo.

Además, después de una entrevista con la Psicóloga y Terapeuta Ocupacional, se decidió aportar información a la madre acerca de los recursos domiciliarios ajenos al Centro Ocupacional, puesto que era de las pocas soluciones viables que se encontraban ante la situación actual del caso. (Anexo V)

13ª Sesión (21/02/2018) – Sesión conjunta.

La sesión se realizó en la residencia familiar, y los objetivos de trabajo fueron fomentar la relación positiva madre-hijo, y realizar el afeitado.

La sesión comenzó con una charla en la que se busca que el usuario explicara los motivos por los que las últimas semanas se han producido varias conductas disruptivas de carácter tanto físico como verbal hacia la madre, esta actividad se realizó con un cuestionario que fue leído por la madre, y al que el usuario debía contestar de manera oral. Las preguntas que componían el cuestionario fueron las siguientes:

- a) ¿Cuál ha sido mi comportamiento durante las últimas 3 semanas?
- b) ¿Qué motivos me han llevado a portarme de esta manera?
- c) ¿Qué he sentido cuando me portaba así?
- d) ¿Cómo creo que se ha sentido mi madre?
- e) ¿Qué debería cambiar de mi comportamiento?

f) ¿Cómo puedo cambiar mi comportamiento?

Una vez realizado el cuestionario, se procedió a la realización del afeitado, incluyendo a la madre como figura de apoyo verbal durante el proceso.

- Material: cuestionario y materiales para el afeitado.

14ª Sesión (28/02/2018) – Reevaluación.

La sesión se lleva a cabo en el domicilio familiar, la tarea principal es la recogida de los registros de actividad, tanto de la madre como del usuario, y puesta en común de la experiencia de la intervención.

Reevaluación de los objetivos establecidos mediante el *índice de Barthel*, observación realizada durante toda la intervención con el usuario, *escala de Zarit* para evaluación de la madre y entrevista semiestructurada para conocer la situación actual de la convivencia en el hogar comparada con la entrevista inicial realizada con la madre.

- Material: *índice de Barthel*, *escala Zarit*, entrevista semiestructurada y registro de observación.



4. Resultados

Los resultados de la reevaluación son los siguientes (Anexo I):

	Puntuación valoración inicial	Puntuación reevaluación
<i>Índice de Barthel</i>	90/100 – dependencia escasa	100/100 - independencia
<i>Escala de Lawton y Brody</i>	3/8 – dependencia grave	3/8 – dependencia grave
<i>Escala Zarit</i>	66/88 – sobrecarga intensa	74/88 – sobrecarga intensa

En cuanto a la observación que se realiza a lo largo de las últimas sesiones, encontramos que todos los objetivos propuestos para trabajar se han conseguido, pero el aseo matinal es el único que realiza actualmente de forma autónoma el usuario, ya que en el afeitado la madre se niega a lidiar con él para que se afeite, y directamente lo realiza ella o algún hermano, y la ducha solo la realiza cuando algún hermano se lo exige o cuando le informan en el Centro Ocupacional de que al día siguiente deberá ducharse allí si no lo hace en casa.

De la *entrevista semiestructurada inicial* solo se realiza la pregunta D, que busca conocer la situación actual en el entorno familiar y social del usuario, y de la que se obtiene la siguiente información:

- El usuario sigue realizando agresiones a sus compañeros, pero en menor cantidad que al inicio de la intervención, pero en cambio, en el hogar la situación se ha agravado, pues las últimas 3 semanas el usuario no ha tomado varias veces la medicación, y los conflictos con la madre han ido en aumento, y ha habido agresiones tanto verbales como físicas sin ningún motivo aparente, y totalmente fuera de los ítems que se han trabajado estos 3 meses.

Tras el análisis de los registros de actividades cumplimentado por la madre durante los meses de la intervención, los datos obtenidos son los siguientes:

Para el mes de Diciembre, el usuario realizó todos los días el aseo matinal, la ducha fue realizada dos veces a la semana la primera semana, 4 veces la segunda y 3 veces la tercera, incluyendo las sesiones, y el afeitado durante este mes fue realizado una vez la primera semana y dos veces la semana 2 y 3 del mes, incluyendo las sesiones.

Para el mes de Enero, el usuario realizó el aseo matinal todos los días, la ducha la realizó 2 veces a la semana durante todas las semanas del mes, incluyendo las sesiones, y el afeitado lo realizó 2 veces a la semana durante todo el mes, incluyendo las sesiones.

Para el mes de Febrero, el usuario realizó el aseo matinal de forma autónoma todos los días, la ducha dos veces a la semana durante todo el mes, incluyendo las sesiones, y el afeitado lo realizó 2 veces a la semana durante todo el mes, incluyendo las sesiones



5. Conclusiones

Posteriormente a la sesión de reevaluación, en una reunión con la Terapeuta y Psicóloga del Centro Ocupacional, se expusieron los resultados obtenidos en la evaluación y reevaluación, con el fin de que facilitaran información acerca de la variación de los comportamientos que había tenido el usuario durante la intervención, y se llegó a la conclusión de que se habían producido cambios significativos en el comportamiento del usuario en el hogar para la realización de las AVD durante los dos primeros meses de intervención (que coincidían con el periodo de estancias prácticas), puesto que las puntuaciones recogidas por el índice de Barthel han variado de una dependencia escasa en la valoración inicial, a una independencia total en la reevaluación.

Además, cabe añadir que los objetivos han sido conseguidos y se han llevado a cabo durante los tres meses de intervención, pero no en la cantidad y con la frecuencia con la que se habían propuesto en el establecimiento de objetivos.

Por esto, se encuentra de relevante importancia la figura de un Terapeuta que acuda a domicilio, y pueda llevar a cabo estas sesiones en el entorno donde se van a realizar las actividades, en este caso, básicas de la vida diaria, lo que favorecerá el aprendizaje individual del usuario, gracias a que el tiempo de dedicación es más eficaz y productivo, y facilitará la generación y mantenimiento de una rutina diaria. De esta forma, el Terapeuta Ocupacional puede ofrecer servicios prácticos y funcionales enseñando a los pacientes a alcanzar su máximo nivel de funcionalidad en los ambientes cotidianos.

También cabe destacar la necesidad de la educación familiar en estos casos, puesto que son las personas que más tiempo van a pasar con el paciente, de forma que se coordine la figura del Terapeuta con la de los cuidadores principales, ya que las conductas agresivas que aparecían en la mayor parte de las actividades básicas que se buscaban mejorar, solo aparecían cuando las actividades se realizaban en el domicilio familiar, y con la presencia única de la madre en este.

6. Anexos

Anexo I: Interpretación escalas de intervención.

- VALORACIÓN INICIAL:

En cuanto a la información obtenida en el *Índice de Barthel* administrado al usuario se observaron los siguientes resultados:

El usuario es independiente para comer (10 puntos), vestirse (10 puntos), deposiciones (10 puntos), micción (10 puntos), para ir al retrete (10 puntos), trasladarse (10 puntos), para deambular (15 puntos) y para subir y bajar escaleras (10 puntos).

En cuanto a lavarse – bañarse (0 puntos), el usuario necesita ayuda y supervisión tanto para reconocer la necesidad de realizar la actividad, seguir la secuencia, o realizarla de forma eficaz.

De la misma manera necesita ayuda para realizar el afeitado y el aseo matinal, incluidos dentro del área de “arreglarse” (0 puntos), tanto porque no reconoce la necesidad de llevar a cabo la actividad, como de realizarla de forma eficaz y segura.

- Puntuación total: 90/100 puntos, dependencia escasa.

En cuanto a la información obtenida en la *Escala de Lawton y Brody* administrada al usuario se observaron los siguientes resultados:

El usuario es independiente en el manejo del teléfono (1 punto), en el uso de transporte público cuando va acompañado (1 punto) y en la responsabilidad respecto a su medicación (1 punto).

En cuando a hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa y manejo de los asuntos económicos, deben ser realizados por otra persona.

- Puntuación total: 3/8 puntos, dependencia grave.

En cuanto a la escala *Zarit de sobrecarga del cuidador* que se le administró a la madre y a pesar de ser una evaluación dirigida y recomendada para evaluar el grado de sobrecarga subjetiva de cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales, se eligió esta escala porque los ítems que abordaba proporcionaban información muy específica acerca de la situación que estaba viviendo en ese momento. La puntuación final obtenida fue de 66/88 puntos que indica una sobrecarga intensa en el cuidador. Siendo la mayor parte de los ítems valorados con puntuaciones de 3 y 4, a excepción de los ítems que comprenden la carga económica que supone el cuidado del usuario, el cambio en las responsabilidades y la posibilidad de mejoría del cuidado del familiar que fueron puntuados con 0 y 1.

- **REEVALUACIÓN:**

En cuanto a la información obtenida en el *Índice de Barthel* administrado al usuario encontramos los siguientes resultados:

Se observa una preservación de las actividades básicas de acuerdo con la valoración inicial, y un aumento en la independencia en cuanto a las áreas de bañarse – lavarse (5 puntos) y arreglarse (5 puntos).

- Puntuación total: 100/100 puntos, independencia.

En cuanto a la *Escala de Lawton y Brody*, los resultados obtenidos son los mismos que en la valoración inicial, ya que no se han trabajado durante la intervención.

- Puntuación total: 3/8 puntos, dependencia grave.

Finalmente se vuelve a administrar a la madre la *escala Zarit de sobrecarga del cuidador*, cuya puntuación inicial fue de 66/88, y la puntuación final de 74 sobre 88, siendo la mayoría de los ítems que anteriormente fueron puntuados con 0 y 1 actualmente puntuados con 4, destacando los siguientes:

- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?
- ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?
- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?
- ¿Se siente enfadado cuando su familiar está cerca?
- ¿Desearía dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

Anexo II: Consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO - Trabajo Fin de Grado Terapia Ocupacional

1. Identificación, descripción y objetivos de utilización de la información personal.

Dentro de la titulación del Grado en Terapia Ocupacional, de la Universidad Miguel Hernández, se coordina el Trabajo de Fin de Grado de dicha titulación. El objetivo final de este es acreditar la adquisición de los conocimientos y competencias asociados al título mediante el desarrollo de un trabajo final de carrera dirigido por un tutor de la Universidad.

El trabajo al que se refiere este consentimiento es un estudio de un caso clínico, que consiste en el estudio y puesta en práctica de una intervención sobre un usuario con el fin de influir/mejorar siempre positivamente en las necesidades y objetivos previamente establecidos en este caso por la alumna que va a realizar dicha intervención.

2. Protección de datos personales y confidencialidad.

La información sobre sus datos personales y de salud será incorporada y tratada cumpliendo con las garantías que establece la *Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria*.

Así mismo usted tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Por tanto entiendo y declaro que:

Mi **participación en este proyecto es voluntaria**, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y sin tener que dar explicaciones.

De este modo, otorgo mi consentimiento para que la alumna **SONIA TORREGROSA PAYÁ**, con DNI 74014313-Z, utilice información personal derivada de los datos correspondientes a mi persona, proceso y/o a la patología por la que estoy siendo tratado/a en este centro, únicamente con fines docentes y de investigación, manteniendo

siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos, con el objetivo de realizar una memoria final de Grado en Terapia Ocupacional.

La información y el presente documento se me ha facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y **tomar mi decisión de forma libre y responsable.**

He comprendido las explicaciones que la alumna me ha ofrecido y se me ha permitido realizar todas las observaciones que he creído conveniente con el fin de aclarar todas las posibles dudas planteadas.

Por ello,

D/Dña Ms. Basilia Cervo Alencia
manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y **CONSIENTO colaborar en la forma en la que se me ha explicado.**

En Novelda
3 de diciembre de 2017

Fdo. Tutor/es:

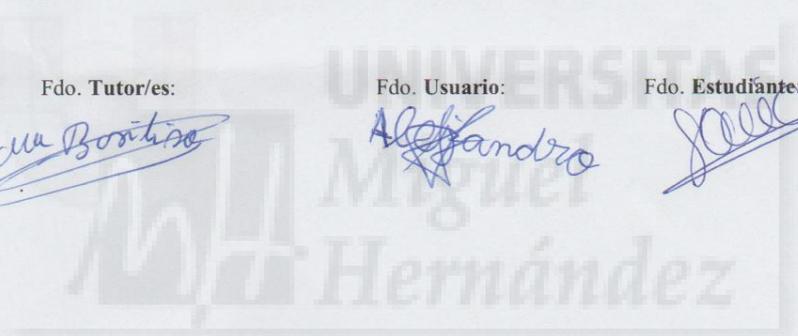
Ms. Basilia

Fdo. Usuario:

Alejandro

Fdo. Estudiante:

[Firma]



Anexo III: Calendario semanal de actividades

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
ASEO MATINAL						
	DUCHA		DUCHA	DUCHA		DUCHA
		AFEITADO				AFEITADO

Anexo IV: Pautas de convivencia

PAUTAS PARA LA CONVIVENCIA EN CASA:

1. Entender el trastorno de conducta, el primer paso es saber lidiar con él.
2. Debo tener siempre en cuenta que él tiene unas limitaciones en la comprensión, que yo no tengo.
3. Una de sus características es buscar que le cuiden y ser dependiente, y esto debo tenerlo muy en cuenta.
4. También debo tener en cuenta que no le gusta acatar órdenes o ceder en sus opiniones, lo que puede ocasionar problemas.
5. Siempre que busque posponer lo que le he pedido, o insista en no querer hacerlo, no debo insistir.
6. No enfrentarme a él, esto hará que aumente su enfado.
7. Si necesito darle una orden, debo hacerlo con tranquilidad y sin exigencias.

Anexo V: La información que se proporciona acerca de otros recursos para el usuario se facilita gracias a la página: <http://www.upapsa.com>

Anexo VI: Registro de actividades de Diciembre, Enero y Febrero que debía cumplimentar la madre.

- La madre debía marcar con un círculo si había realizado o no la actividad, y marcar si se había producido una conducta disruptiva en algún momento de la realización de esta. Los registros para las tres actividades (aseo matinal, ducha y afeitado) y para los tres meses son los mismos.

DUCHA						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
18 de Diciembre	19 de Diciembre	20 de Diciembre	21 de Diciembre	22 de Diciembre	23 de Diciembre	24 de Diciembre
SI - NO						
¿Conducta disruptiva?						
25 de Diciembre	26 de Diciembre	27 de Diciembre	28 de Diciembre	29 de Diciembre	30 de Diciembre	31 de Diciembre
SI - NO						
¿Conducta disruptiva?						
1 de Enero	2 de Enero	3 de Enero	4 de Enero	5 de Enero	6 de Enero	7 de Enero
SI - NO						
¿Conducta disruptiva?						

Anexo VII: Registro de actividades de Diciembre, Enero y Febrero que debía cumplimentar el usuario.

- El usuario debía redondear si había o no realizado la actividad. Los registros para las tres actividades (aseo matinal, ducha y afeitado) y para los tres meses son los mismos.

¿ME HE DUCHADO?						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
18 de Diciembre	19 de Diciembre	20 de Diciembre	21 de Diciembre	22 de Diciembre	23 de Diciembre	24 de Diciembre
SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO
25 de Diciembre	26 de Diciembre	27 de Diciembre	28 de Diciembre	29 de Diciembre	30 de Diciembre	31 de Diciembre
SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO
1 de Enero	2 de Enero	3 de Enero	4 de Enero	5 de Enero	6 de Enero	7 de Enero
SI - NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO	SI – NO

Anexo VIII: Diario de campo.

Durante la administración de la escala *Zarit de sobrecarga del cuidador* a la madre, que fue heteroadministrada, los ítems tuvieron que ser adaptados de forma oral, debido a que cada vez que se le preguntaba alguno la madre comentaba que no entendía lo que quería decir.

La quinta sesión, como todas las sesiones, fue una cita establecida con una semana de antelación, y bajo previo acuerdo con la madre del usuario con el fin de que pudiera contar con al menos una hora para realizar la visita y las actividades propuestas para esta sin interrupciones, pero al llegar al domicilio estaba allí parte de la familia, lo que dificultó mucho la sesión, ya que se recibían constantemente comentarios e interrupciones.

A partir de la novena sesión se acontecen una serie de agresiones por parte del usuario hacia la madre, por lo que la familia reclama la búsqueda de un recurso para que el usuario abandone la residencia familiar para evitar males mayores, pero una vez se ha contactado con una residencia y un piso respiro, es la propia madre la que niega la necesidad de estos recursos.

Las sesiones 10 y 11 programadas para trabajar en el centro ocupacional, no se llevan a cabo ya que el usuario no presenta interés por trabajar, y la familia no facilita la realización de las mismas, ya que se acordó que no realizaran el afeitado al usuario para trabajarlo en la sesión previamente programada, y el usuario vino afeitado por sus familiares en ambas sesiones.

En la última reunión con la madre, se busca conocer los hechos ocurridos durante las semanas anteriores en el domicilio familiar, y se da consejo e información a la madre acerca de buscar recursos complementarios al Centro Ocupacional al que acude el usuario, ya que teniendo en cuenta los acontecimientos ocurridos previamente a esta sesión, y tras varias reuniones con los profesionales del Centro Ocupacional, se vuelve a barajar la opción de llevar al usuario a un piso respiro, buscando además de la independencia de este, calidad de vida para la madre. (Anexo V)

La figura materna no colabora en el momento de atenuar los conflictos, no permite que su hijo tenga la última palabra y siempre le levanta la voz cuando él está alterado, lo que da a entender que no ha tenido en cuenta las pautas/consejos que se le entregaron para hacer más llevaderos los momentos conflictivos.

Los registros de actividad que se le entregaron al usuario no fueron completados.

7. Bibliografía

1. Verdugo Alonso M, Bermejo B. Discapacidad intelectual, adaptación social y problemas de comportamiento. Madrid: Pirámide; 2011.
2. Schützwahl M, Koch A, Koslowski N, Puschner B, Voß E, Salize HJ, et al. Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol Jour [Internet]. 2006 [citado 22 Feb 2018]; 51(5):767-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952326>
3. Novell Alsina R, Rueda Quillet P, Salvador Carulla L, Forgas Farré E. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. [Madrid]: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual; 2005.
4. Verdugo Alonso M. Discapacidad intelectual, definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid: Alianza; 2011.
5. García Fernández J, Pérez Cobacho J, Berruezo Adelantado P. Discapacidad intelectual, desarrollo, comunicación e intervención. Madrid: CEPE; 2005.
6. Wolfensberger W. "Social Role Valorization: A Proposed New Term for the Principle of Normalization." Mental Retardation[Internet]. 1983 [Citado 22 Feb 2018]; 21(6): 234-39. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=WtnQxOL-eLoC&printsec=frontcover&dq=The+Human+Experience:+Description,+Explanation,+and+Judgment&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj9-Cx-LnZAhXCPxOKHQuBBsgQ6AEIKDAA#v=onepage&q=The%20Human%20Experience%3A%20Description%2C%20Explanation%2C%20and%20Judgment&f=false>

7. Dosen A, García Gutiérrez J, Ruiz Gutiérrez-Colosía M, Salvador Carulla L. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta. [Madrid]: DOWN España; 2010.
8. Kielhofner G. Fundamentos Conceptuales De La Terapia Ocupacional/ Conceptual Fundamental of Occupational Therapy. Media Panamericana; 2006.
9. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [28 feb 2018]; [85p.]. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupation Therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).

