



Universidad de Valladolid



**FACULTAD
DE MEDICINA**



GRADO EN LOGOPEDIA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

“Intervención logopédica con SAACS para la mejora de la calidad de vida en población con discapacidad intelectual: una revisión sistemática”

Speech therapy intervention with SAACS to improve the quality of life in population with intellectual disabilities: a systematic review.

CURSO 2023-2024

AUTORA: ALBA BARBADO VIDAL

TUTORA: MARTA SAN ANTOLÍN GIL

Agradecimientos:

A mis padres por su apoyo más que incondicional y por hacer todo esto posible.

A todas las personas que he descubierto y me han acompañado a lo largo de estos cuatro años.

Y a mis abuelos que, aunque no todos han podido llegar hasta aquí para verlo, sé que hoy están muy orgullosos de mí.

RESUMEN

A lo largo de los años, a las personas con discapacidad intelectual se les ha establecido es un segundo plano a la hora de tomar decisiones sobre aspectos relacionados con su bienestar y calidad de vida. El objetivo de este trabajo de investigación, en formato de revisión sistemática, consiste en demostrar que la intervención logopédica mejora la calidad de vida de la población con discapacidad intelectual, y encontrar el mejor tipo de intervención para llevarlo a cabo: los SAACS. El desarrollo de las habilidades comunicativas de la población con discapacidad intelectual es una preocupación fundamental para mejorar su bienestar tanto emocional, como físico y material, y su integración en la comunidad. A través de la intervención logopédica con SAACS se han obtenido unos resultados que demuestran que estos tienen un impacto positivo en múltiples dimensiones de la calidad de vida, permitiendo así la toma de decisiones y su desarrollo personal.

Palabras clave: intervención logopédica; sistemas aumentativos y alternativos de comunicación; calidad de vida; discapacidad intelectual

ABSTRACT

Over the years, people with intellectual disabilities have been placed in the background when making decisions about aspects related to their well-being and quality of life. The objective of this research work, in systematic review format, is to demonstrate that speech therapy intervention improves the quality of life of the population with intellectual disabilities, and to find the best type of intervention to carry it out: SAACS. The development of communication skills of the population with intellectual disabilities is a fundamental concern to improve their emotional, physical and material well-being, and their integration into the community. Through speech therapy intervention with SAACS, results have been obtained that demonstrate that they have a positive impact on multiple dimensions of quality of life, thus allowing decision-making and personal development.

Keywords: Speech therapy intervention; augmentative and alternative communication; quality of life; intellectual disability

INDICE

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | MARCO TEÓRICO | 5 |
| 1.1 | ¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL? | 5 |
| 1.2 | LOGOPEDIA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL | 6 |
| 1.3 | ¿QUÉ ES LA CALIDAD DE VIDA? | 6 |
| 1.4 | LOGOPEDIA Y CALIDAD DE VIDA..... | 7 |
| 1.5 | JUSTIFICACIÓN | 8 |
| 1.6 | HIPOTESIS..... | 9 |
| 1.7 | OBJETIVOS | 9 |
| 2 | METODOLOGÍA..... | 10 |
| 2.1 | DISEÑO..... | 10 |
| 2.2 | MUESTRA | 10 |
| 2.3 | ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y BASES DE DATOS | 10 |
| 2.4 | VARIABLES..... | 14 |
| 2.5 | INTERVENCIONES..... | 16 |
| 2.6 | CALIDAD METODOLÓGICA..... | 17 |
| 2.7 | FACTOR DE IMPACTO | 18 |
| 2.8 | RIESGO DE SESGO | 18 |
| 3 | RESULTADOS | 19 |
| 3.1 | RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA..... | 19 |
| 3.2 | RESULTADOS DEL ESTUDIO | 19 |
| 3.3 | CALIDAD METODOLÓGICA..... | 23 |
| 3.4 | FACTOR DE IMPACTO | 23 |
| 3.5 | RIESGO DE SESGOS | 24 |
| 4 | DISCUSIÓN..... | 26 |
| 4.1 | APORTACIÓN DE LA REVISIÓN A LA CIENCIA..... | 26 |
| 4.2 | EFFECTOS DE LAS INTERVENCIONES SOBRE LA VARIABLE DEPENDIENTE | 27 |
| 4.3 | IMPLICACIONES CLÍNICAS..... | 28 |
| 4.4 | RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS..... | 28 |
| 4.5 | LIMITACIONES | 28 |
| 5 | CONCLUSIÓN | 29 |

| | | |
|---|--------------------|----|
| 6 | BIBLIOGRAFÍA | 29 |
| 7 | ANEXOS..... | 33 |

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

| | |
|-----------------|----|
| Tabla 1:..... | 11 |
| Tabla 2:..... | 11 |
| Tabla 3:..... | 12 |
| Tabla 4:..... | 13 |
| Tabla 5:..... | 14 |
| Tabla 6:..... | 23 |
| Tabla 7:..... | 24 |
| Tabla 8:..... | 33 |
| Tabla 9:..... | 42 |
| Tabla 10:..... | 47 |
| Tabla 11:..... | 50 |
| Figura 1: | 19 |

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- AU: Autodeterminación
- BE: Bienestar Emocional
- BF: Bienestar Físico
- BM: Bienestar Material
- CASPe: Critical Appraisal Skill Programme español
- CdV: Calidad de Vida
- DE: Derechos
- DeCS: Descriptores en Ciencias de la Saludjcr
- DI: Discapacidad Intelectual
- DP: Desarrollo Personal
- FI: Factor de Impacto
- IL: Intervención logopédica
- IS: Inclusión Social
- JCR: Journal Citation Reports
- MeSH: Medical Subject Headings
- PICO: Población, Intervención, Comparación y Resultados
- RI: relaciones Interpersonales
- SAAC: Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación
- WOS: Web Of Science

1 MARCO TEÓRICO

1.1 ¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL?

Hoy en día, el término de Discapacidad Intelectual (DI) resulta complejo, dado que es un término cambiante que coexiste con otros como “Minusvalía” o “Diversidad Funcional”. Conforme a la definición dada por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo la DI consiste en una serie de limitaciones significativas del funcionamiento y la conducta adaptativa, produciéndose estas antes de los 18 años (Schalock et al., 2021).

La DI no se trata de una enfermedad mental, sino de una condición permanente vinculada con numerosos síndromes (Bélanger & Caron, 2018). Lo que significa que produce un gran impacto en la vida del individuo y su familiares, que por norma general son los que se encargan de los cuidados necesarios de la persona (Panicker & Ramesh, 2019).

Se calcula que existe entre un 1% y un 3% incidencia de DI en la población, a nivel mundial, lo que convierte a la DI en un asunto importante para la Salud Pública española (Harris, 2006).

La etiología de la DI es heterogénea e incluye factores genéticos, alteraciones problemas en el embarazo, lesiones cerebrales, problemas en el parto, infecciones y diversos factores ambientales. Existen numerosos agente causales y asociados a la DI, que se pueden dividir en tres grupos: orgánicos, genético y socioculturales (Ke & Liu, 2017).

La trisomía del par 21 (Síndrome de Down) y el cromosoma X frágil son las causas genéticas más frecuentes de DI, con una incidencia de 1 de cada 1000 y de 1 por cada 2000-5000 respectivamente. Es importante reconocer que las personas con DI tienen el derecho a recibir apoyo y servicios adecuados para maximizar sus capacidades y mejorar su calidad de vida (CdV) (Ke & Liu, 2017).

Es importante señalar que tener DI no es equivalente a tener una baja capacidad de aprendizaje o un bajo coeficiente intelectual. La DI implica no solo limitaciones en el funcionamiento intelectual, sino también en el comportamiento, lo que puede afectar la competencia de un individuo para funcionar de forma individual y satisfactoria en su vida diaria (Ke & Liu, 2017).

1.2 LOGOPEDIA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En el caso de las personas con DI, la intervención logopédica (IL) juega un papel importante en la mejora de su CdV al abordar las dificultades que puedan experimentar con la comunicación, el lenguaje, la alimentación y la deglución, y más.

El objetivo principal de la IL sería proporcionar instrumentos y herramientas suficientes a los individuos con dificultades en la comunicación y a su círculo más cercano, para poder llevar a cabo la vida que desean vivir. Lo que supone compartir información específica y recursos con los que impulsar los derechos de estos individuos con DI para incrementar su presencia y participación en los diferentes contextos. Otro de los objetivos está relacionado con la accesibilidad. Las dificultades comunicativas producen barreras interactivas y de ahí nace la necesidad de intervención tanto con el emisor como con el receptor (Serrano, 2021).

El habla y el lenguaje resultan funciones cruciales para comunicar los sentimientos y pensamientos, por lo que las personas con DI a menudo muestran dificultades importantes a la hora de comunicarse (Ke & Liu, 2017). Las investigaciones demuestran que la IL, apoyada en diferentes estrategias de uso de SAAC, mejora el lenguaje, el habla y la capacidad comunicativa de la población con DI (Wilkinson & Henning, 2007).

1.3 ¿QUÉ ES LA CALIDAD DE VIDA?

La CdV es un concepto multidimensional que comprende varios aspectos del bienestar físico, psicológico, social y emocional de un individuo. Las personas con DI se enfrentan desafíos añadidos para lograr una buena CdV debido a limitaciones en su funcionamiento cognitivo, social y emocional. El concepto de CdV es cada vez más utilizado en el ámbito de la DI como campo para el desarrollo de servicios y la evaluación de resultados personales.

La CdV individual se comprende en el modelo propuesto por Schalock y Verdugo, (2007) como:

“Un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica.”

Un individuo puede tener CdV cuando sus necesidades personales están cubiertas y tiene la ocasión de mejorar su bienestar en las principales zonas vitales. La CdV está compuesta por diferentes elementos, subjetivos y objetivos, medibles y que se entienden desde un enfoque multidimensional de las ocho dimensiones siguientes (Schalock y Verdugo, 2002, 2012): bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

1. Bienestar emocional (BE): Sentirse calmado y seguro, sin experimentar estrés o ansiedad.
2. Relaciones interpersonales (RI): Conectar con diversas personas, tener amistades y mantener buenas relaciones con los demás.
3. Bienestar material (BM): Tener suficiente dinero para adquirir lo necesario y deseado, así como contar con una vivienda y trabajo digno.
4. Desarrollo personal (DP): Tener la oportunidad de aprender cosas nuevas, adquirir conocimientos y lograr la realización personal.
5. Bienestar físico (BF): Mantener buena salud, sentirse en forma física y tener hábitos alimenticios saludables.
6. Autodeterminación (AU): Poder tomar decisiones por uno mismo y tener la libertad de elegir como quiere vivir, trabajar, disfrutar el tiempo libre y con quien relacionarse.
7. Inclusión social (IS): Participar en actividades y lugares comunes con otras personas, sentirse parte de la sociedad, integrado y contando con el apoyo de los demás.
8. Derechos (DE): Ser considerado igual a los demás, recibir un trato equitativo, y que se respeten su forma de vida, personalidad, opiniones, deseos, privacidad y derechos.

Las investigaciones confirman que el modelo de ocho dimensiones es el más justo y completo, puesto que busca la independencia, participación social y el bienestar del individuo (Verdugo et al., 2013b).

1.4 LOGOPEDIA Y CALIDAD DE VIDA

En cuanto al papel de la IL en la mejora de la CdV, esta puede hacer una contribución significativa a mejorar la CdV de las personas con DI a través de intervenciones dirigidas a mejorar su comunicación, habilidades sociales, autonomía personal y participación social. (Pascual-García et al., 2014).

Los programas de IL pueden incluir actividades que desarrollen habilidades lingüísticas, mejoren la comprensión y expresión oral, promuevan la comunicación alternativa y aumentativa, y faciliten la inclusión social.

La logopedia se encuentra reflejada en las escalas de CdV a través de la evaluación de la comunicación, el lenguaje, la autonomía en la alimentación y la deglución, la satisfacción con su capacidad comunicativa y las relaciones sociales (Hierro, 2015). Los resultados de la IL pueden influir de manera positiva en las puntuaciones de las escalas de evaluación de CdV al mejorar la comunicación funcional y el bienestar emocional de las personas con DI (García et al., 2020).

Así, la logopedia juega un papel esencial en la mejora de la CdV de las personas con DI al tratar sus necesidades comunicativas y funcionales (García et al., 2020). Esta importancia se encuentra reflejada en las escalas de CdV, donde evaluar la comunicación y el lenguaje es un componente fundamental para comprender y mejorar el bienestar de esta población (Hierro, 2015).

1.5 JUSTIFICACIÓN

La importancia del enfoque de este estudio se encuentra en la escasez de investigación respecto tema. Investigar si la IL mejora la CdV de los pacientes con DI es fundamental debido a la falta de investigación en este área. La Logopedia, que se centra en evaluar y tratar trastornos del habla, el lenguaje y la comunicación, podría tener un impacto significativo en la vida de los individuos con DI, pero este aspecto, hasta ahora, ha sido subestimado.

Para exponer esta idea, es importante tener presente los siguientes matices de la IL. En primer lugar, se podría estudiar cómo la IL mejora la comunicación de las personas con DI, lo que a su vez puede tener efectos positivos en su vida diaria, relaciones sociales y autonomía (Wehmeyer, 1996). Además, investigar cómo esta contribuye a la mejora de las habilidades cognitivas y de aprendizaje de este grupo de personas, lo que tendría un impacto significativo en su integración social y profesional.

Otro aspecto notable que debemos considerar es la repercusión de la IL en la CdV de los cuidadores y los familiares de las personas con DI. La mejora de la comunicación y habilidades de las personas con discapacidad podría reducir la carga de sus cuidados y mejorar la CdV de los que les rodean (Gràcia & Vilaseca, 2013).

Por otro lado, sería interesante investigar cómo la IL puede ser personalizada y adaptarse a cada individuo con DI, para satisfacer sus necesidades específicas, teniendo en cuenta factores como su nivel de funcionalidad, edad, intereses y contexto familiar y social (Marco, 2020).

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, la pregunta de investigación es: ¿La Logopedia mejora la calidad de vida de los pacientes con discapacidad intelectual?

1.6 HIPOTESIS

1.6.1 HIPOTESIS ALTERNATIVA

La aplicación de la intervención logopédica con SAAC en la mejora de la calidad de vida en la población con discapacidad intelectual produce cambios significativos en las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

1.6.2 HIPOTESIS NULA

Cabe la posibilidad de que la aplicación del tratamiento logopédico con SAAC para la mejora de la calidad de vida de la población con discapacidad intelectual no produzca cambios significativos en ninguna de las dimensiones que la componen: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 GENERAL

Demostrar la eficacia de la intervención logopédica en la mejora de las dimensiones de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

1.7.2 ESPECÍFICOS

- Demostrar que existe una mejora en las diferentes dimensiones de calidad de vida tras la intervención logopédica.
- Encontrar el mejor tipo de intervención que permita promocionar y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.
- Demostrar la importancia de la figura del logopeda en este ámbito.

2 METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO

Este trabajo se trata de una revisión sistemática llevada a cabo de marzo de 2024 a junio de 2024. La realización de este trabajo se ha basado en los criterios *Preferred Reporting Items for Systematics reviews and Meta-analyses* (PRISMA) (Page et al., 2021) representados en la Tabla 8 (Anexo 1).

2.2 MUESTRA

2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudios que no tengan una antigüedad mayor a 10 años (2014-2024)
- Estudios en inglés y en español.
- Estudios que incluyan investigaciones de población adulta y pediátrica con DI.
- Estudios que incluyan variables de comunicación y lenguaje.
- Estudios cuya intervención se realice con SAAC.
- Estudios sobre ensayos clínicos.

2.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Artículos que estudien otras enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, trastornos motores, discapacidades relacionadas con la movilidad, etc.
- Estudios centrados en población geriátrica sin DI.
- Artículos que no estuvieran publicados ni en inglés ni castellano.
- Estudios que no sean ensayos clínicos.

2.3 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y BASES DE DATOS

Previamente, se estableció la pregunta PICO que servirá para limitar las condiciones de búsqueda:

- Population (población): individuos con DI
- Intervention & Comparison (intervención y comparación): intervención logopédica
- Outcome (resultados): mejora en CdV

Lo que se tradujo en la siguiente pregunta: ¿La intervención logopédica mejora la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual?

Una vez desarrollada la pregunta de investigación, se buscaron los Descriptores en Ciencias de la Salud en castellano (DeCS) y en inglés (MeSH) representados en la Tabla 1:

Tabla 1:

Términos DeCS y MeSH y sus indicadores indicadores.

| DeCS | MeSH | ID del descriptor |
|--|----------------------------------|--------------------------|
| Calidad de vida | Quality of life | D011788 |
| Discapacidad intelectual | Intellectual disability | D008607 |
| Personas con discapacidades mentales | Persons with mental disabilities | D019989 |
| Encuestas y cuestionarios | Surveys and questionnaires | D011795 |
| Logopedia | Speech therapist | D013070 |
| Indicadores de calidad de vida y atención de salud | Quality indicators, health care | DDCS028417 |
| Evaluación de la discapacidad | Disability evaluation | D004185 |
| Autodetrminación o Autonomía personal | Personal autonomy | D026684 |

Sin embargo, al esperar una pequeña cantidad de resultados , se agregó una búsqueda por palabras clave. Aunque no son términos DeCs o MeSH, se contempló la posibilidad de que agregarían valor a los resultados (Crowe et al., 2022; García et al., 2020). Las palabras clave utilizadas se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2:

Palabras clave en español e inglés.

| Palabras clave en español | Palabras clave en inglés |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Calidad de vida | Quality of life |
| Discapacidad intelectual | Intellectual disability |

| | |
|--|--|
| Escalas | Scales |
| Cuestionarios | Questionnaires |
| Evaluación | Assesment |
| Intervención | Intervention |
| Logopedia | Speech therapist |
| Necesidades de apoyo a la comunicación | Communication support needs |
| Comunicación aumentativa y alternativa | Augmentative and alternative communication |

Los descriptores expuestos y las palabras clave proporcionados se unieron a al operador boleano “AND” para conseguir una búsqueda más eficaz. A partir de esto, se crearon unas de búsqueda, intercambiando los diferentes términos MeSH y las palabras clave con el fin de cubrir una mayor cantidad de documentos, ya que las búsquedas iniciales arrojaron solo una pequeña muestra de artículos (Tabla 3).

Tabla 3:

Ecuaciones de búsqueda en la base de datos PUBMED.

| Término | Operad | Término | Operad | Término | Resultad | Nº de |
|----------------------------|----------------|---------------------------|----------------|---------------------------|-----------------|--------------------|
| | or | | or | | o | artículos |
| | boleano | | boleano | | | seleccionad |
| | | | | | | os |
| “quality of life” | AND | “intellectual disability” | | | 2.852 | 16 |
| “quality of life” | AND | “assesment” | AND | “intelectu al disability” | 983 | 24 |
| “discapacidad intelectual” | | | | | 72 | 3 |

| | | | | | | |
|--|-----|-------------------------------|-----|-------------------|-----|---|
| “calidad de vida” | AND | “discapacidad intelectual” | | | 5 | 2 |
| “lenguaje” | AND | “discapacidad intelectual” | | | 1 | 1 |
| “speech therapist” | AND | “intellectual disability” | | | 90 | 3 |
| “intellectual disability” | AND | “communication support needs” | AND | “quality of life” | 58 | 4 |
| “augmentative and alternative communication” | AND | “intellectual disability” | | | 159 | 1 |

Tabla 4:

Ecuaciones de búsqueda en bases de datos Dialnet

| Término | Operador booleano | Término | Operador booleano | Término | Resultado | N.º de artículos seleccionados |
|----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------------|
| “intervención” | AND | “calidad de vida” | AND | “discapacidad intelectual” | 92 | 1 |
| “logopedia” | AND | “calidad de vida” | AND | “discapacidad intelectual” | 1 | 0 |

Tabla 5:

Ecuaciones de búsqueda en base de datos Google Scholar

| Término | Operador | Término | Operador | Término | Resultado | N.º de artículos seleccionados |
|-------------------|-----------------|--|-----------------|----------------------------|------------------|---------------------------------------|
| “logopedia” | AND | “calidad de vida” | AND | “discapacidad intelectual” | 342 | 3 |
| “intervención” | AND | “comunicación alternativa y aumentativa” | AND | “discapacidad intelectual” | 165 | 0 |
| “calidad de vida” | AND | “discapacidad intelectual” | AND | “autodeterminación” | 504 | 5 |

2.4 VARIABLES

2.4.1 SOCIODEMOGRÁFICAS

- **Edad media:** es una variable cuantitativa medida en años, 43 años.
- **Sexo:** es una variable cualitativa dicotómica con dos posibles valores (sexo femenino y masculino) 167 hombres y 157 mujeres.

2.4.2 DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

- **BE:** es una variable cuantitativa continua que hace referencia a sentirse calmado y seguro, sin experimentar estrés o ansiedad.
- **RI:** es una variable cuantitativa continua que se define como conectar con otras diversas personas, tener amistades y mantener buenas relaciones con lo demás.
- **BM:** es una variable cuantitativa continua que hace referencia a tener suficiente dinero para adquirir lo necesario y deseado, así como contar con una vivienda y un trabajo digno.

- DP: es una variable cuantitativa continua que se define como tener la posibilidad de aprender nuevas cosas, adquirir conocimientos y lograr la realización personal.
- BF: es una variable cuantitativa continua que hace referencia a mantener buena salud, sentirse en forma física y tener hábitos alimenticios saludables.
- AU: se trata de una variable cuantitativa continua que se refiere a poder tomar decisiones por uno mismo y tener la libertad de elegir cómo quiere vivir, trabajar, disfrutar del tiempo libre y con quien relacionarse.
- IS: es una variable cuantitativa continua que hace referencia a participar en actividades y lugares comunes con otras personas, sentirse parte de la sociedad, integrado y contando con el apoyo de los demás.
- DE: es una variable cuantitativa continua que se define como ser considerado igual a los demás, recibir un trato equitativo y que se respeten su forma de vida, personalidad, opiniones, deseos, privacidad y derechos.

2.4.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

- Escala INICO-FEAPS (Verdugo et al., 2013a): Se trata de una evaluación multidimensional de la CdV que analiza la relación entre las evaluaciones realizadas por otras personas y por la propia persona con DI, basada en el modelo de ocho dimensiones de Schalock y Verdugo (2002,2012). Consta de dos subescalas, cada una de ellas con 72 ítems, y su aplicación dura 60 minutos aproximadamente.
- Escala San Martín (Verdugo et al., 2014): Esta evaluación multidimensional de la Cdv se basa en el modelo de ocho dimensiones de Schalock y Verdugo (2002,2012) y es realizada por otras personas cercanas a la persona con DI. Incluye 95 ítems y su aplicación dura alrededor de 30 minutos.
- Escala Integral de Calidad de Vida (Verdugo et al., 2009): Evaluación multidimensional de la CdV, fundamentada en el modelo de ocho dimensiones de Schalock y Verdugo (2002, 2012) y llevada a cabo por otras personas. Se compone de dos subescalas, una objetiva y otra subjetiva, con 38 y 70 ítems respectivamente, y su aplicación completa toma entre 27 y 40 minutos.
- Escala Kids Life (Gómez et al., 2016): Es una evaluación multidimensional de la CdV, basada en el modelo de ocho dimensiones de Schalock y Verdugo (2002,2012).

Contiene 96 ítems, evaluados del 1 al 4, y su aplicación tiene una duración promedio de 30 minutos.

La descripción de los instrumentos de evaluación de Calidad de Vida se encuentra desarrollada en el Anexo no se (Tabla 9).

2.5 INTERVENCIONES

De todos los estudios evaluados para incluir en este trabajo, los cuatro finalmente seleccionados coincidieron en el tipo de intervención. Se trata de ensayos clínicos que investigan la eficacia de la IL con SAAC en la mejora de las dimensiones de CdV.

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de comunicación (SAAC) se definen como “formas de expresión distintas del lenguaje hablado cuyo objetivo consiste en aumentar el nivel de expresión (aumentativo) y/o compensar (alternativo) las dificultades de comunicación de las personas con discapacidad” (de Aragón, G. 2018).

Javier Tamarit define los SAAC como un conjunto estructurado de códigos no verbales, que pueden requerir o no soporte físico, que posibilitan funciones representacionales y sirven para llevar a cabo actos comunicativos por sí mismos o en combinación con códigos de voz (Taibo, 2020).

El término SAAC incluye los sistemas que permiten ampliar y/o compensar la comunicación a través de numerosos recursos como gestos, signos, imágenes, dibujos, pictogramas, etc. Se consideran aumentativos porque amplían la comunicación y alternativos porque compensan las deficiencias del lenguaje oral sin sustituirlo. En los casos en que el lenguaje oral está presente, los SAAC actuarán como reforzadores de la comunicación (Echeguia, 2016).

Estos sistemas promueven la comunicación mejorando así las relaciones interpersonales. El objetivo principal de los SAAC es aumentar la competencia comunicativa de las personas con dificultades y desarrollar o restablecer su comunicación. Estos sistemas se adaptan e individualizan en función de las características, preferencias e intereses de cada individuo, permitiéndole anticiparse y adaptarse a diferentes situaciones (Echeguia, 2016).

Un claro ejemplo de SAAC son los pictogramas utilizados en personas no alfabetizadas, que no saben leer ni escribir, debido a su edad o discapacidad. Estos se pueden usar tanto en personas con niveles de comunicación muy básicos, como en aquellos con un nivel de

comunicación más avanzado. En España, los sistemas pictográficos más utilizados son el SPC (Sistema Pictográfico de Comunicación) y el sistema ARASAAC (Belloch, 2014).

En los casos más graves, en lo que no existe ningún tipo de lenguaje verbal, los SAAC actúan como sustitutos del habla, aumentando así las posibilidades de comunicación de estos sujetos. En estos casos el objetivo consiste en conseguir una comunicación funcional y generalizable, que permita al individuo expresar sus necesidades, pensamientos, opiniones, etc. (Echeguia, 2016).

Antes de aplicar un SAAC, se requiere una evaluación para determinar las funciones afectadas y su gravedad. Tras la evaluación, se desarrolla la aplicación del SAAC y se adapta a las necesidades individuales de la persona (Echeguia, 2016).

2.6 CALIDAD METODOLÓGICA

En esta revisión se evaluará la calidad metodológica mediante el *Critical Appraisal Skill Programme español (CASPe)*, que consta de 8 herramientas de evaluación. Este programa incluye listas de verificación para revisar evaluaciones de revisiones sistemáticas y otros estudios. En este caso, se empleará para la de ensayos clínicos utilizando un conjunto de 10 preguntas.

La Sección A tiene 3 preguntas que evalúan la validez del diseño básico del estudio y se pueden responder sin dificultad. Si las respuestas indican que el diseño del estudio es válido, se procede a pasar a la Sección B, que evaluará los resultados del estudio.

Si el estudio es metodológicamente sólido, se continúa con la evaluación respondiendo a las preguntas de las Secciones C y D.

Las respuestas a las preguntas se registran como “Si”, “No” o “No sé”. Las indicaciones de las preguntas destacan los problemas importantes a considerar (Part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare, 2020).

2.7 FACTOR DE IMPACTO

El impacto de los artículo se analizó mediante el Journal Citation Reports (JCR), herramienta disponible en la plataforma Web os Science (WOS) de Clarivate Analytics.

Esta plataforma proporciona datos estadísticos sobre citas, incluido el Factor de impacto, que permite una evaluación sistemática y objetiva de la relevancia de las revistas más importantes en diversas disciplinas.

El factor de impacto se calcula dividiendo el número total de citas recogidas en los dos años anteriores por el número de artículos publicados en ese período.

Además, se proporciona el cuartil de cada revista, que indica su posición relativa dentro de su categoría temática en comparación con otras revistas (Huang et al., 2019).

2.8 RIESGO DE SESGO

Un sesgo es un error sistemático, o una desviación de la verdad en los resultados o inferencias.

Para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios, se utilizó el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios. Este manual evalúa el riesgo de sesgo en seis niveles: generación de la secuencia de aleatorización, ocultación de la asignación a los grupos, cegamiento de los participantes y/o del investigador, manejo de los datos de resultados incompletos, notificación selectiva y otros sesgos.

Para cada uno de ellos, el riesgo de sesgo se puede calificar como alto, bajo, o poco claro; representando cada uno de ellos en color rojo, verde y ámbar, respectivamente (Médica Peruana et al., 2019).

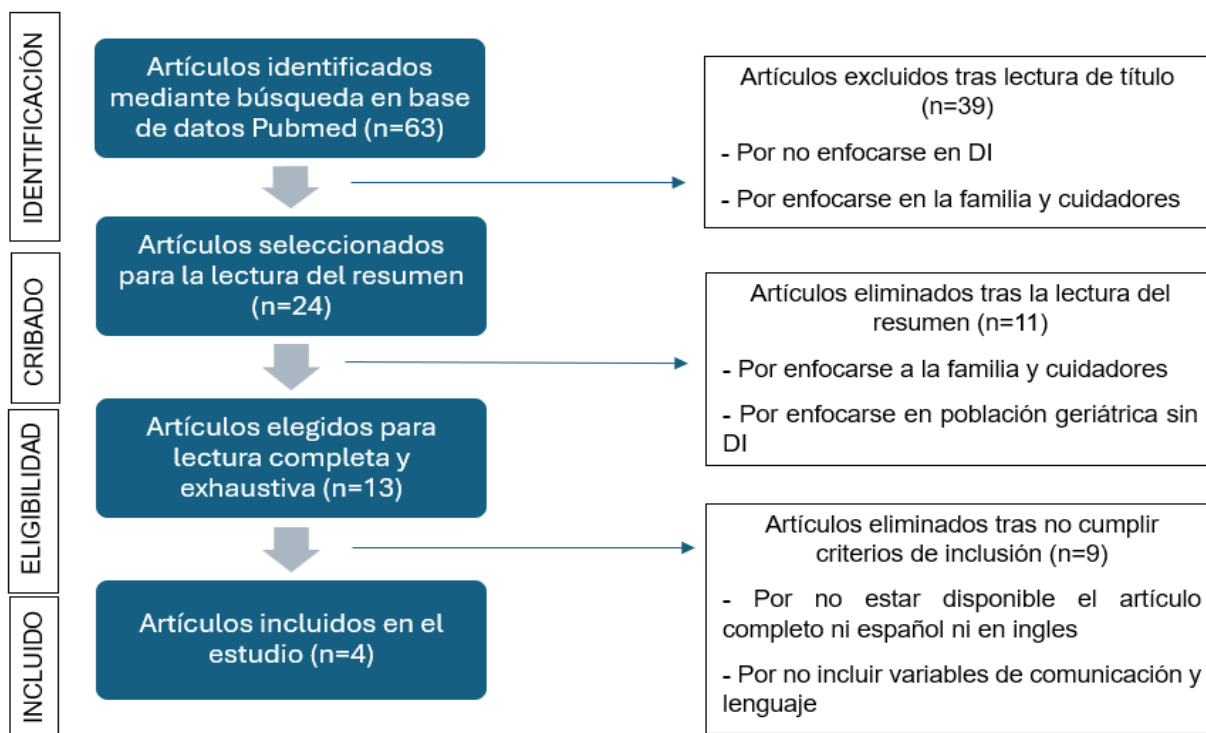
3 RESULTADOS

3.1 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

En una primera búsqueda se seleccionaron 54 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 16 para evaluar posteriormente su título y resumen. De

Figura 1:

Diagrama de flujo de búsqueda siguiendo el protocolo PRISMA



estos fueron seleccionados 9 artículos relevantes para evaluarlos a texto completo, de los cuales fueron rechazados 5 tras su lectura.

Finalmente, se seleccionaron un total de 4 artículos para elaborar la revisión narrativa. En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo recomendado por los criterios PRISMA (Anexo 1).

3.2 RESULTADOS DEL ESTUDIO

En las tablas de resultados se han considerado 4 estudios en los cuales se investiga la mejora de la CdV, en población con DI, a través de la IL con SAAC (García et al., 2020; Pascual-García et al., 2014; Peinado & González, 2021; Gil et al., 2023).

La población de dichos estudios se basa en participantes tanto de población pediátrica como adulta, institucionalizados o no, con necesidades de apoyo a la comunicación.

- **Porcentaje de pacientes con necesidades de apoyo**

Los resultados de la Tabla 10 (Anexo 3) muestran que, en todos los estudios, a excepción de uno (Peinado & González, 2021), el número de pacientes con necesidades de apoyo a la comunicación supera el 50% de los participantes del estudio (García et al., 2020; Pascual-García et al., 2014; Gil et al., 2023). Este porcentaje de pacientes con necesidades de apoyo, sobre los que realizar la intervención, es una cifra considerable que permite obtener resultados fiables. Este porcentaje es considerado suficiente para garantizar una representación adecuada de la población de estudio, lo cual resulta esencial para la validez y la precisión de los resultados obtenidos en los ensayos, reduciendo el sesgo de selección y mejorando la calidad y la generalizabilidad de los hallazgos. En el caso del tercer estudio (Peinado & González, 2021), el porcentaje de pacientes con necesidades de apoyo a la comunicación es del 45,45%, porcentaje inferior a la media, pero no muy alejada de esta, por lo que resultaría igual de válido que los anteriores.

- **Instrumentos de evaluación de Calidad de Vida**

En cuanto a los instrumentos de evaluación de la CdV empleados, en cada estudio se ha empleado uno distinto, teniendo en cuenta el ámbito de aplicación de cada uno de ellos y los pacientes hacia los que iba dirigido. En todos los casos las escalas han sido aplicadas con media test-retest, de modo que se evaluara la CdV de los pacientes antes y después de la IL para poder comparar los resultados. En el primer estudio (García et al., 2020) se ha utilizado la Escala San Martín (Verdugo et al., 2014), indicada para pacientes que no pueden realizar el autoinforme por DI profunda y/o barreras en la comunicación. En el caso del segundo estudio (Pascual-García et al., 2014), se utilizó la escala INTEGRAL de Calidad de Vida (Verdugo et al., 2009), en este caso enfocada en pacientes con DI mayores de 18 años y que cuentan con habilidades de comprensión y expresión. En el tercer estudio elegido (Peinado & González, 2021) se emplea la Escala INICO-FEAPS (Verdugo et al., 2013a), indicada para pacientes mayores de 18 años con DI, sin ningún tipo de indicación específica como los anteriores. Por último, el cuarto artículo (Gil et al., 2023) es un estudio de caso único de un niño de 15 años, por lo que para evaluar su CdV se ha utilizado la Escala Kids-Life (Gómez et al., 2016), que está indicada para pacientes con DI de 4 a 21 años.

- **Tipo de intervención**

En todos los estudios se aplicó una intervención con SAACS, aunque fue aplicada de diferente modo en cada uno de ellos.

El primer artículo destaca que el uso de los SAACS es un predictor significativo en la mejora de la CdV de los pacientes en los que es implementado (García et al., 2020).

El tipo de intervención con SAACS del segundo estudio se lleva a cabo con pictogramas a través de un programa de 5 acciones: 1) Familiarización; 2) Entrenamiento; 3) Ampliación de alternativas; 4) Introducción de elecciones; y 5) Uso en situaciones complejas (Pascual-García et al., 2014).

En el tercer estudio seleccionado se emplearon SAACS a través de un método de entrenamiento en 3 fases: 1) Identificación y manejo del sistema de comunicación; 2) Aumento de situaciones de uso; y 3) Realización de elecciones abiertas y espontáneas (Peinado & González, 2021).

Por último, en el cuarto estudio, se utilizó el protocolo de entrenamiento PECS aplicado a través de la metodología TEACCH, desarrollando habilidades de comunicación funcional mediante el intercambio de imágenes. Esta intervención, realizada en el contexto familiar con la colaboración de la familia, demostró ser efectiva en mejorar múltiples dimensiones de CdV, aunque se observaron resultados inferiores en la IS debido a las limitaciones del contexto familiar. Este enfoque estructurado y basado en intereses personales del participante, facilitó una comunicación más efectiva y funcional (Gil et al., 2023).

- **Duración de la intervención**

La duración de las intervenciones ronda entre los 2 y 4 meses, período considerado aceptable para observar cambios significativos. Este lapso de tiempo es suficiente para permitir que las intervenciones tengan efecto y que se puedan detectar diferencias medibles en los resultados (García et al., 2020; Pascual-García et al., 2014; Gil et al., 2023). Por otro lado, no se ha observado que exista relación entre el tiempo de intervención y la mejora de la CdV, puesto que, en el caso de la intervención más larga, 10 meses de intervención (Peinado & González, 2021), no se obtuvieron resultados positivos, es decir, no se obtuvo ningún tipo de mejora significativa en la CdV de los pacientes pertenecientes al grupo de estudio.

- **Resultados del estudio**

En base a los datos obtenidos de los cuatro estudios analizados, se puede concluir que las intervenciones realizadas tienen un impacto positivo en la mejora de la CdV de los pacientes. Se obtuvieron resultados de mejoras en múltiples dimensiones de la CdV en los siguientes estudios:

- En el estudio de García et al., (2020), se obtuvieron mejoras significativas en las dimensiones de AU, IS, RI y DP tras la intervención. Estos resultados muestran como la intervención contribuyó a una mayor autonomía y participación social, así como a mejores relaciones y desarrollo personal.
- Del mismo modo en el estudio de Pascual-García et al., (2014), las mejoras fueron observadas en las dimensiones de AU, DE, BE, IS, DP y BF. Este estudio destaca una intervención integral que impactaron positivamente en diversos aspectos de la CdV de los pacientes, incluyendo su BF y BE.
- Por último, en cuanto a resultados favorables, en el ensayo de Gil et al., (2023) se obtuvieron mejoras en las dimensiones de AU, BE, BM, DE, DP y RI. Sin embargo, los resultados en la dimensión de BF se mantuvieron estables, y en la dimensión de IS se observó una disminución debido a que la intervención se realizó en el ámbito familiar del niño, lo que limitó las oportunidades de interacción social.

Por otro lado, se obtuvieron resultados no concluyentes en uno de los estudios:

- Peinado & González (2021), no encontraron resultados positivos significativos en cuanto a la mejora en las dimensiones de CdV ni en la relación existente entre estas mejoras y la intervención logopédica. A pesar de ello, se observaron tendencias que indican una pequeña mejoría en algunas variables analizadas, sugiriendo que puede haber un impacto positivo, aunque no significativo.

Tres de los cuatro estudios revisados muestran resultados positivos en diversas dimensiones de la CdV tras la IL, lo que sugiere estas son efectivas en mejorar aspectos del bienestar de los pacientes (García et al., 2020; Pascual-García et al., 2014; Gil et al., 2023). Las mejoras incluyen desde la AU y el DP hasta el BE y BF. En cambio, a pesar de que uno de los estudios no reportó mejoras significativas, si que se encontraron algunos indicios de mejoría.

Lo cual sugiere la necesidad de seguir investigando para comprender mejor las condiciones y factores que potencian la efectividad de las intervenciones (Peinado & González, 2021).

3.3 CALIDAD METODOLÓGICA

Los 4 estudios han sido evaluados en la siguiente lista de verificación representada en la Tabla 11 (Anexo 4). Se han extraído una serie de puntos clave de la evaluación, como conclusión. El diseño básico de todos los estudios ha resultado ser válido para un ensayo clínico y se ha considerado metodológicamente sólido (Part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare, 2020).

El diseño básico de los estudios ha resultado válido para un ensayo controlado aleatorizado y a nivel metodológico, se han considerado medianamente sólidos (García et al., 2020; Pascual-García et al., 2014; Peinado & González, 2021; Gil et al., 2023).

Los resultados de los estudios son aplicables a población con DI, puesto que presentan similitudes con los participantes del estudio. Algunas de las intervenciones si presentan un valor añadido ya que proporcionan resultados beneficiosos (García et al., 2020; Pascual-García et al., 2014; Gil et al., 2023).

3.4 FACTOR DE IMPACTO

En la siguiente Tabla 6 aparecen representadas las revistas a las que pertenecen cada uno de los estudios incluidos en este estudio, la posición que ocupan en su categoría, el cuartil y el factor de impacto del último año que se ha actualizado.

Tabla 6:

Análisis del factor de impacto de los artículos con JCR

| Artículo | Categoría JCR | Posición categoría | Cuartil | FI actual |
|--------------------------------------|--|---------------------------|----------------|------------------|
| <i>García et al., (2020)</i> | Salud Pública, Ambiental y Ocupacional | 71/210 (2021) | Q2 (2021) | 4.614 (2021) |
| <i>Pascual-García et al., (2014)</i> | Psicología Educativa | 47/60 (2022) | Q4 (2022) | 1.9 (2022) |

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| <i>Peinado & González, (2021)</i> | - | - | - | - |
| <i>Gil et al., (2023)</i> | - | - | - | - |

De los 4 estudios, solo se ha podido obtener el Factor de Impacto y Categoría JCR de dos de ellos, puesto que los otros dos a pesar de estar indexados en bases de datos como Dialnet, CSIC y Dulcinea, no poseen JCR.

En cuanto a los artículos que, si poseen JCR, el primero de ellos (García et al., 2020) ocupa una posición situada en el 33,8% de las revistas en el listado de su categoría, en cambio, el segundo artículo (Pascual-García et al., 2014) se encuentra posicionado en el 78,3% del listado. Ambos artículos aportan valor académico, aunque el primero (García et al., 2020) demuestra un mayor impacto y prestigio dentro de su categoría.



















3.5 RIESGO DE SEGOS

El riesgo de sesgo dentro de los estudios se evaluó de forma individual. A continuación, en la Tabla 7 se representan los resultados de la evaluación de los riesgos de sesgo.

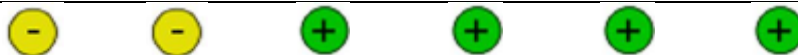
Tabla 7:

Evaluación de riesgo de sesgo usando la herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane

Dominios del riesgo de sesgo

| | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| <i>García et al., (2020)</i> |  |  |  |  |  |  |
| <i>Pascual-García et al., (2014)</i> |  |  |  |  |  |  |
| <i>Peinado & González, (2021)</i> |  |  |  |  |  |  |

Gil et al., (2023)



Dominios:

- D1: Sesgo de selección
- D2: Sesgo de realización
- D3: Sesgo de detección
- D4: Sesgo de desgaste
- D5: Sesgo de notificación



En cuando al sesgo de selección (D1) que hace referencia a las diferencias sistemáticas entre las características iniciales de los grupos que se comparan, consta de dos procesos: generación de la secuencia y ocultación de la asignación. La generación de la secuencia consiste en la especificación de una regla para la asignación de las intervenciones a los participantes, basada en algún proceso al azar, en este caso, de los estudios no hacen referencia al método empleado para este proceso, por lo que tienen un “Riesco poco claro”. En cambio, en el primero de los estudios (*García et al., 2020*), seleccionan a los pacientes en función de su competencia comunicativa, separando a aquellos con necesidades de apoyo a la comunicación para la aplicación de la intervención, de modo que este estudio se evaluará de “Alto riesgo”. Del mismo modo, en el tercer estudio (*Peinado & González, 2021*) se menciona que para el proceso de selección de los pacientes pertenecientes al Grupo de Estudio utilizaron los resultados médicos y pruebas realizadas anteriormente, para seleccionar pacientes con características similares en ambos grupos, lo que se traduce en “Alto riesgo” para este sesgo. Por otro lado, la ocultación de la asignación consiste en las medidas que se deben tomar para asegurar la implementación de las asignaciones siguientes, y en este caso, en ninguno de los artículos se hace referencia a ello, por lo que se evaluará como “riesgo poco claro”.

El sesgo de realización (D2) consiste en evaluar si los participantes han sido cegados en el momento de asignarles un grupo o intervención o no. En este caso, en ningún de los estudios hubo cegamiento, pero los revisores consideraron que no es probable que los resultados se encuentren influidos por la falta de cegamiento, lo que significa que los artículos tienen “Bajo riesgo” para este sesgo.

El sesgo de detección (D3) evalúa el cegamiento de los evaluadores en los resultados. De nuevo, en ninguno de los estudios hay cegamiento de la evaluación de los resultados, pero los revisores creen que la media del resultado no es probable que esté influenciada por la falta de cegamiento, por lo que evaluamos este sesgo en todos los estudios como “Bajo riesgo”.

En cuanto al sesgo de desgaste (D4) hace referencia a los abandonos del estudio, la notificación de los datos de desenlace incompletos. En este caso, en ninguno de los 4 estudios seleccionados para este trabajo se encuentran datos de resultados faltantes, por lo que contaremos en todos ellos con “Bajo riesgo” para el sesgo de desgaste.

Por último, en el sesgo de notificación (D5) que hace referencia los resultados presentados y no presentados, todos los estudios cuentan con el protocolo de estudio disponible y los resultados están especificados, por lo que evaluaremos los cuatro artículos de “Bajo riesgo” en el sesgo de notificación.

Al analizar los datos sobre los diferentes tipos de sesgo en los estudios revisados, se puede concluir que, aunque existen ciertos riesgos de sesgo en algunos aspectos, en general, los estudios presentan un bajo riesgo en varios de los sesgos evaluados, lo que sugiere que los resultados son razonablemente fiables.

4 DISCUSIÓN

4.1 APORTACIÓN DE LA REVISIÓN A LA CIENCIA

El estudio de investigación realizado consiste en una revisión sistemática cuyo principal objetivo trata de demostrar que la IL mejora la CdV de la población con DI.

Al mismo tiempo busca demostrar que existe una mejora en las diferentes dimensiones que componen el concepto de CdV, dejando así evidencia de la importancia de la figura del logopeda en este campo.

A la vista de los resultados obtenidos, hemos podido comprobar que, sí que existe una mejora al menos en una de las dimensiones de la CdV de los pacientes, en los estudios analizados. Con estos resultados podemos corroborar que las intervenciones van dirigidas a mejorar la comunicación, habilidades sociales, autonomía personal y participación en la comunidad (Pascual-García et al., 2014).

De igual manera ha resultado evidente la necesidad de contar con profesionales formados para poder llevar a cabo este tipo de intervenciones, de modo que sean lo más efectivas posible, dotando a la paciente de los conocimientos y herramientas necesarios, para poder desarrollar su día a día, así como información específica y recursos con lo que poder potenciar sus habilidades. Por supuesto, resulta igual de relevante la intervención con el paciente como con el entorno con el que interactúa, lo cual ha quedado evidenciado en los resultados obtenidos con intervenciones realizadas a pacientes que residen en su hogar y aquellos institucionalizados. Aquellos pacientes que han recibido una intervención en el hogar han obtenido peores resultados que los pacientes institucionalizados en la dimensión de IS. Por lo que el papel del logopeda resulta fundamental para eliminar las barreras de comunicación y proporcionar un entorno accesible para nuestro paciente (Serrano, 2021).

Por último, con este estudio se pretendía encontrar el mejor tipo de intervención de cara a mejorar la CdV de los pacientes con DI a la vista de los resultados obtenidos en cuanto a los tipos de intervención, podemos concluir que el mejor tipo de intervención se trata de la IL con SAAC, puesto que mejora la capacidad comunicativa de los pacientes, permitiéndoles tomar decisiones sobre su día a día, mejorando así su bienestar (García et al., 2020).

4.2 EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES SOBRE LA VARIABLE DEPENDIENTE

En cuanto a las dimensiones de CdV, en todos los estudios analizados, se ha podido observar que la dimensión de AU es la que está relacionada directamente con la mejora de la CdV y la integración en la comunidad de las personas adultas con DI, puesto que permite la toma de decisiones sobre asuntos relacionados con sus bienestar.

Entre las variables en las que se observan mejores resultados tras la intervención también se encuentran DP, RI e IS. Esto se debe a que, a través de la intervención, los pacientes pueden comunicarse e interactuar con su entorno, de modo que se eliminan las barreras de comunicación permitiéndoles integrarse en la sociedad.

El tipo de intervención y el lugar donde se lleva a cabo resulta relevante para la obtención de mejores resultados en algunas de las dimensiones, como es el caso de la IS. Una intervención llevada a cabo en el hogar y exclusivamente con la familia y el terapeuta, no favorece la mejora en los resultados en esta dimensión.

4.3 IMPLICACIONES CLÍNICAS

Como ya he mencionado anteriormente, el objetivo de este trabajo trata de demostrar la eficacia de la IL en la mejora de las dimensiones de la CdV de las personas con DI, y a la luz de los resultados obtenidos, el objetivo general del presente trabajo de investigación se cumple.

Al mismo tiempo, se han obtenido otros hallazgos. En los ensayos estudiados a lo largo de este trabajo, se ha encontrado que, tras la intervención, las personas con DI pueden mejorar su CdV a través de la aplicación de los SAAC, puesto que estos ayudan a cubrir el déficit comunicativo presente, lo cual se traduce que en que pueden aprender a tomar sus propias decisiones si se les proporcionan las condiciones adecuadas.

4.4 RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Teniendo en cuenta que todas las intervenciones propuestas en los estudios incluidos en este trabajo están enfocadas en la toma de decisiones sobre aspectos inmediatos, de cara a investigaciones futuras se podría estudiar la aplicación de este tipo de intervenciones para realizar elecciones sobre asuntos futuros o lejanos. De esta manera, podríamos desarrollar y planificar actuaciones más adaptadas a las necesidades y preferencias de los pacientes.

Cómo líneas futuras de investigación sobre IL con SAACS, sería interesante destacar el empleo de recursos tecnológicos para la comunicación, a través del empleo de ordenadores, tabletas, móviles, etc., de modo que se pudieran crear oportunidades comunicación en otros ámbitos fuera de la consulta como en casa o en el colegio.

Por último, un aspecto importante a tener en cuenta en investigaciones próximas será la toma de precauciones a la hora de generalizar los resultados a adultos que residen con sus familias, porque en términos de CdV, pueden ser diferentes a los obtenidos en los individuos institucionalizados.

4.5 LIMITACIONES

Ante las limitaciones encontradas en el estudio, estas surgen principalmente del proceso de búsqueda, se llevaron a cabo una serie de ecuaciones de búsqueda en las bases de datos de Dialnet, PUBMED y Google Scholar para seleccionar artículos relevantes para el estudio. Se utilizaron estas bases de datos puesto que son bases de datos actualizadas frecuentemente y que contienen una gran cantidad de artículos accesibles. Aunque existe la

posibilidad de que se hayan perdido estudios relevantes al no incluir otras bases de datos para llevar a cabo este proceso de búsqueda.

Por otro lado, la limitación más importante para llevar a cabo este trabajo se encontró en la dificultad de encontrar artículos con una fecha de publicación inferior a 10 años, razón por la que se tuvo que ampliar el rango de búsqueda. Y la dificultad de encontrar artículos que se centraran únicamente en población adulta con DI, razón por la que de nuevo se tuvieron que cambiar los criterios de inclusión y añadir la población pediátrica.

5 CONCLUSIÓN

Tras llevar a cabo este trabajo, he podido concluir en la importancia de seguir desarrollando e investigando sobre la mejora de la CdV de los pacientes con DI, puesto que son una población con numerosas necesidades de comunicación que se deben abordar de manera efectiva.

La mejora en las diferentes dimensiones de CdV demuestra que el mejor tipo de intervención es la IL con SAAC, por lo que resulta crucial continuar investigando para mejorar su aplicación en los diferentes ámbitos de la vida de las personas con DI.

Por último, resulta evidente la necesidad de formar más logopedas especializados en la intervención con SAAC. Los logopedas debemos estar formados no solo en el uso de los SAAC sino en la adaptación de estos a las necesidades y circunstancias de cada persona que requiera de su uso. El entrenamiento de logopedas en el uso de los SAAC es crucial para garantizar una intervención efectiva para los pacientes con DI y su familias. .

6 BIBLIOGRAFÍA

Bélangier, SA y Caron, J. (2018). Evaluación del niño con retraso global del desarrollo y discapacidad intelectual. *Pediatría y salud infantil* , 23 (6), 403-410. 3.

Belloch, C. (2014). SAAC. *Las TICs en logopedia: audición y lenguaje*. Recuperado de: <https://www.uv.es/bellochc/logopedia/NRTLogo8.wiki?6>

Crowe, B., Machalicek, W., Wei, Q., Drew, C. y Ganz, J. (2022). *Comunicación aumentativa y alternativa para niños con discapacidad intelectual y del desarrollo: una mega revisión de la literatura*. *Revista de discapacidades físicas y del desarrollo* , 1-42.

DE, A. Y. A. (2022) Protocolo para la implementación de los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) en el sistema educativo. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. <http://www.euskadi.eus/publicaciones>

Echeguia, J. (2016). *Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación para el tratamiento de niños con trastornos del espectro autista*. *Revista Diálogos Pedagógicos*. 14 (28), 104-126.

García, JC, Díez, E., Wojcik, DZ y Santamaría, M. (2020). Necesidades de apoyo comunicacional en adultos con discapacidad intelectual y su relación con la calidad de vida. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública* , 17 (20), 7370.

Gil, S. D., Pallero, N. M., & Castaño, E. F. (2023). Intervención mediante un sistema alternativo-aumentativo de comunicación en discapacidad intelectual y del desarrollo: diseño de caso único. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 241-250.

Gómez Sánchez, L. E., Alcedo Rodríguez, M. Á., Verdugo Alonso, M. Á., Arias Martínez, B., Fontanil Gómez, Y., Arias González, V. B., ... & Morán Suárez, L. (2016). *Escala KidsLife: Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual*.

Gràcia, M., & Vilaseca, R. (2013). Cómo mejorar la calidad de vida de las familias de niños con discapacidad intelectual: algunas propuestas.

Harris, JC (2006). *Discapacidad intelectual: comprensión de su desarrollo, causas, clasificación, evaluación y tratamiento* . Prensa de la Universidad de Oxford.

Huang M hsuan, Shaw WC, Lin CS. One category, two communities: subfield differences in “Information Science and Library Science” in Journal Citation Reports. *Scientometrics*. 2019 May 15;119(2):1059–79.

Ke, X., & Liu, J. (2017). Discapacidad intelectual. *Traducción De Irrarázaval, M., Martín, A., Prieto-Tagle, F. Y Fuertes, O.*. En *Rey, Joseph. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, 1-28.

Marco, C. S. A. (2020). *El método TEACCH (abreviación en inglés de Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacional)*.

Médica Peruana A, Alvaro Taype-Rondan C, Fernandez-Chinguel JE, Zafra-Tanaka JH, Goicochea-Lugo S, Peralta CI, et al. Aspectos básicos sobre la lectura de revisiones sistemáticas y la interpretación de meta-análisis. *Acta Med Peru*. 2019;36(2):157–69.

Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews *BMJ* 2021; 372 :n71 doi:10.1136/bmj.n71.

Panicker, AS y Ramesh, S. (2019). Estado psicológico y estilos de afrontamiento de cuidadores de personas con discapacidad intelectual y enfermedad psiquiátrica. *Revista de Investigación Aplicada en Discapacidades Intelectuales* , 32 (1), 1-14. 4.

Part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 2020. p. 1–4.

Pascual-García, D. M., Garrido-Fernández, M., & Antequera-Jurado, R. (2014). Autodeterminación y calidad de vida: un programa para la mejora de personas adultas con discapacidad intelectual. *Psicología educativa, 20*(1), 33-38.

Peinado, M. C., & González, L. M. R. (2021). Autodeterminación y calidad de vida en personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas. Una propuesta de intervención. *Psicología, 27*, 06.

de Aragón, G. (2018). Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa. *Available online: <http://catedu.es/arasaac> (accessed on 9 November 2015).*

Salcedo-Arellano María Jimena, Hagerman Randi J., Martínez-Cerdeño Verónica. Síndrome X frágil: presentación clínica, patología y tratamiento. *Gac. Méd. Méx. 2020 Feb; 156*(1) : 60-66. 6.

Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual.

Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 126*(6), 439-442.

Serrano, C. T. (2021). Logopedia y el derecho a la comunicación. *Revista de Investigación en Logopedia, 11*(2), 9.

Taibo, M. L. G. (2020). *Comunicación simbólica: comunicación aumentativa y alternativa*. Ediciones Pirámide. Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa (s/f). Recuperado el 13 de marzo de 2011, de <http://arasaac.org/aac.php>.

Verdugo Alonso, M. Á., Gómez, L. E., & Arias, B. (2012). *La Escala Integral de Calidad de Vida. Desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas*.

Verdugo Alonso, M., Gómez Sánchez, L., Arias Martínez, B., Santamaría Domínguez, M., Clavero Herrero, D., y Tamarit Cuadrado, J. (2013a). *Escala INICO-FEAPS Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo (1ª Edición)*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B. y Schalock, R. L. (2009). *La Escala Integral. Evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual*. Madrid: CEPE.

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L., & Jordán de Urríes, B. (2013b). Calidad de vida. *MA Verdugo & RL Schalock (Coords.), Discapacidad e inclusión manual para la docencia, 443-461*.

Verdugo, M.A.; Gómez, L.E.; Arias, B.; Navas, P.; Schalock, R.L. *Measuring quality of life in people with intellectual and multiple disabilities: Validation of the San Martín scale*. *Res. Dev. Disabil. 2014, 35, 75–86*.

Wehmeyer, M. L. (1996). *Self-determination as an educational outcome: Why is it important to children, youth and adults with disabilities? En D. J. Sands y M. L. Wehmeyer (Eds.), Self-determination across the life span: Independence and choice for people with disabilities (pp. 17-36)*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes

Intervención logopédica con SAACS para la mejora de la calidad de vida en población con discapacidad intelectual: una revisión sistemática

Wilkinson, K. M., & Hennig, S. (2007). The state of research and practice in augmentative and alternative communication for children with developmental/intellectual disabilities. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13(1), 58-69.

7 ANEXOS

ANEXO 1: TABLA 8

Tabla 8:

Lista de verificación PRISMA 2020

| <i>Sección/tema</i> | <i>Ítem n.º</i> | <i>Ítem de la lista de verificación</i> | <i>Localización del ítem en la publicación</i> |
|----------------------|-----------------|--|--|
| TÍTULO | | | |
| Título | 1 | Identifique la publicación como una revisión sistemática. | Portada |
| RESUMEN | | | |
| Resumen estructurado | 2 | Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020. | Pag 1 |
| INTRUDUCCIÓN | | | |
| Justificación | 3 | Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente. | Pag 9 |
| Objetivos | 4 | Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión. | Pag 10 |
| MÉTODOS | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--------|
| Criterios de elegibilidad | 5 | Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agrupan los estudios para la síntesis. | Pag 10 |
| Fuentes de información | 6 | Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez. | Pag 13 |
| Estrategias de búsqueda | 7 | Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados. | Pag 13 |
| Proceso de selección de los estudios | 8 | Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso. | Pag 13 |

| | | | |
|------------------------------------|-----|---|--------|
| Proceso de extracción de los datos | 9 | Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso. | N/A |
| Lista de los datos | 10a | Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger. | Pag 23 |
| | 10b | Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de | Pag 15 |

| | | | |
|---|-----|---|--------|
| | | financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (missing) o incierta. | |
| Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales | 11 | Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso. | Pag 18 |
| Medidas del efecto | 12 | Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados. | N/A |
| Métodos de síntesis | 13a | Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n.º 5) | N/A |
| | 13b | Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el | N/A |

manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resúmenes o las conversiones de datos.

| | | |
|-----|---|--------|
| 13c | Describa los métodos utilizados para tabular o preservar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis. | Pag 47 |
|-----|---|--------|

| | | |
|-----|---|--------|
| 13d | Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metaanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados. | Pag 47 |
|-----|---|--------|

| | | |
|-----|--|-----|
| 13e | Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, metarregresión). | N/A |
|-----|--|-----|

| | | |
|-----|---|-----|
| 13f | Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis. | N/A |
|-----|---|-----|

| | | | |
|--|-----|--|--------|
| Evaluación del sesgo en la publicación | 14 | Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones). | Pag 18 |
| Evaluación de la certeza de la evidencia | 15 | Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace. | Pag 18 |
| RESULTADOS | | | |
| Selección de los estudios | 16a | Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo. | Pag 19 |
| | 16b | Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos. | N/A |
| Características de los estudios | 17 | Cite cada estudio incluido y presente sus características. | Pag 20 |
| Riesgo de sesgo de los estudios individuales | 18 | Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos. | Pag 25 |

| | | | |
|---|-----|---|-------------|
| Resultados de los estudios individuales | 19 | Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos. | Pag 47 |
| Resultados de la síntesis | 20a | Para cada síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes. | Pag 25 |
| | 20b | Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos describa la dirección del efecto. | N/A |
| | 20c | Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios. | Pag 18 y 23 |

| | | | |
|--------------------------|-----|--|-------------|
| | 20d | presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los estudios sintetizados. | Pag 18 y 23 |
| Sesgos en la publicación | 21 | Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos de en las publicaciones) para cada síntesis evaluada. | Pag 26 |
| Certeza de la evidencia | 22 | Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada enlace evaluado. | Pag 50 |
| DISCUSIÓN | | | |
| Discusión | 23a | Proporciones una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias. | Pag 27 |
| | 23b | Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión. | Pag 29 |
| | 23c | Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados. | Pag 29 |
| | 23d | Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones. | Pag 28 |

| OTRA INFORMACIÓN | | | |
|---|-----|---|-----|
| Registro y protocolo | 24a | Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada. | N/A |
| | 24b | Indique dónde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo. | N/A |
| | 24c | Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo. | N/A |
| Financiación | 25 | Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión. | N/A |
| Conflicto de intereses | 26 | Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión. | N/A |
| Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales | 27 | Especifique que elementos de lo que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código | N/A |

de análisis, cualquier otro material utilizados en la revisión.

ANEXO 2: TABLA 9

Tabla 9:

Instrumentos de evaluación de calidad de vida

| Nombre | Subescalas | Ítems | Duración | Significación | Ámbito de aplicación | de Informadores | Finalidad | Baremación |
|--|-------------------|--------------|--------------------|--|--|--|---|---|
| Escala San Martín (Verdugo et al., 2014) | | 95 ítems. | Aprox. 30 minutos. | Evaluación multidimensional de la CdV, basada en el modelo de ocho dimensiones de Schalock y Verdugo y realizada por otras personas (profesionales familiares, tutores | Personas con discapacidades importantes (personas con DI que requieren un apoyo amplio y generalizado, con otras posibles comorbilidades). | Especialistas en servicios sociales que conozcan a la persona desde hace al menos tres meses. Familiares y personas cercanas | Identificar el perfil de CdV del individuo con evidencias de validez y confiabilidad para implementar prácticas basadas en la evidencia y | Puntuación estándar (M=10; DT=3) en las dimensiones de CdV, percentiles e índice de CdV (M=100; DT=15). |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|--|--|--|
| | | | | legales, amigos cercanos, etc.) | La escala es de administración individual. | que conocen bien a la persona. | diseñar planes de apoyo individuales. | | |
| Escala INTEGRAL de Calidad de Vida (Verdugo et al., 2009) | Escala objetiva y subjetiva de calidad de vida. | Escala objetiva: 38 ítems. Escala subjetiva: 70 ítems. | Forma completa: 27-40 minutos. Escala objetiva: 7-10 minutos. Escala subjetiva: 20-30 minutos. | Escala objetiva: valoración objetiva de la CdV (autodeterminación, bienestar emocional y físico, bienestar material, inclusión social y bienestar laboral). Escala subjetiva: valoración subjetiva de la CdV (autodeterminación, bienestar | Adultos mayores de 18 años con DI con habilidades de comprensión y expresión. La escala es de administración individual o colectiva. Ambas escalas pueden ser autoadministradas. Es posible aplicar sólo una | Especialistas en servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde hace tres meses. | Identificar el perfil de objetivo subjetivo de un individuo, para la implementación de planes de apoyo individuales, examinar la implementación o discrepancia entre ellos y proporcionar una medida | Puntuación es estándar (M=10; DT=3) de cada dimensión de CdV, percentiles e índice de CdV. | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|--|---|
| | | | | emocional y físico, bienestar material, inclusión social, bienestar laboral y bienestar familiar). | de las subescalas, así como utilizarlas juntas. | | confiable para monitorear el progreso y los resultados de los planes. | |
| Escala INICO-FEAPS (Verdugo et al., 2013a) | Informe de otras personas y autoinforme. | Informe de otras personas: 72 ítems. Autoinforme: 72 ítems. | Aprox. 15 minutos el informe de otras persona; aprox 45 minutos el autoinforme. | Evaluación multidimensional de la CdV y valoración de la relación entre la evaluación realizada por otras personas y la realizada por la propia persona con discapacidad intelectual o del desarrollo, basada en el modelo de | Adultos mayores de 18 años, con DI o del desarrollo. Las escalas son de administración individual o colectiva. Ambas escalas pueden ser autoadministradas | Informe a otras personas: profesionales, familiares, tutores legales, allegados que le conozcan bien, al menos | Identificar los perfiles de CdV para la implementación de planes de apoyo individuales, examinar la relación o discrepancia entre ellas y proporcionar una medida confiable para | Puntuación es estándar (M=10; DT=3) en las dimensiones de CdV, percentiles e índices de CdV (M=100; DT=15). |

| | | | | | | | |
|-----------|----------|--------------------------|---|---|--|---|--|
| | | | otro dimensiones de Schalock y Verdugo. | as. Es posible aplicar sólo una de las subescalas, pero se recomienda utilizarlas juntas. | desde hace tres meses. | monitorear el progreso y resultados de los planes. | |
| | | | | | Autoinforme : persona con DI o del desarrollo (o dos personas que le conozcan desde hace al menos seis meses). | | |
| KidsLife. | 96 ítems | Tiempo medio: 30 minutos | Evaluación multidimensional de la CdV, basada en modelo de ocho dimensiones | Personas de 4 a 21 años con DI. | Especialistas en servicios sociales, familiares o allegados | Identificar el perfil de CdV del individuo, con evidencias de validez y | Baremos por rango de edad para cada subescala. |

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|--|---|
| <p>adolescent es con discapacida d intelectual (Gómez et al., 2016)</p> | <p>de Schalock y Verdugo.</p> | <p>La escala es de administración individual.</p> | <p>que conozcan a la persona, desde hace al menos seis meses.</p> | <p>confiabilidad para implementar prácticas basadas en la evidencia y diseñar planes de apoyo individuales</p> | <p>Puntuacion es estándar (M=10; DT=3) en las dimensione s de calidad de vida, percentiles e Índice de CdV (M=100; DT=15). Perfil con las ocho dimensione s de CdV.</p> |
|---|-----------------------------------|---|---|--|---|

ANEXO 3: TABLA 10**Tabla 10:***Características de los participantes en los estudios*

| Artículo | N.º de pacientes | Edad (media +/- años) | N.º de pacientes con necesidades de apoyo a la comunicación | Instrumento de evaluación de calidad de vida | Tipo de intervención | Duración de la intervención | Resultados |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|---|-----------------------------|------------------------------------|---|
| <i>García et al., (2020)</i> | 281 (147 hombres/134 mujeres) | 19-71 | 182 (64,8%) | Escala San Martín (Verdugo et al., 2014) | SAAC | 4 meses | En el caso del grupo de necesidades de apoyo a la comunicación, el uso de dispositivos de comunicación SAAC fue un predictor significativo de la CV, mostrando mejoras tras la intervención en las dimensiones de AU, IS, RI y DP, siendo estas dimensiones las que presentan una relación de |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----|----------------------------|------|----------|---|------|---------|---|
| | | | | | | | | mayor magnitud con la competencia de habla/discurso. |
| <i>Pascual-García et al., (2014)</i> | 20 | (8 hombres/ 12 mujeres) | 18 > | 10 (50%) | Subescala de Calidad de Vida para Adultos con Discapacidad Intelectual (CVAD), componente de la Escala Integral de Calidad de vida (Verdugo et al., 2009) | SAAC | 2 meses | Los participantes que han recibido intervención con SAAC han incrementado su puntuación global de CdV tras la aplicación de la intervención de modo significativo, en las variables de AU, DE, BE, IS, DP y BF. Esto demuestra que proporcionando las necesidades adecuadas las personas con DI pueden aprender a tomar sus propias decisiones. |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|---------|-------------|--|------|----------|---|
| <i>Peinado & González (2021)</i> | 22 hombres/ 11mujeres) | (11 18> | 10 (45,45%) | Escala INICO- SAAC FEAPS, Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad intelectual o del Desarrollo (Verdugo et al., 2013a) | SAAC | 10 meses | Los resultados obtenidos no indicaron ninguna relación entre la aplicación de la propuesta de intervención con SAAC y el aumento de la CdV. Esto se encuentra reflejado en la similitud de las puntuaciones estándar de las dimensiones de CdV tanto para el grupo experimental como para el grupo control. No obstante, se han encontrado algunas diferencias significativas en la relación entre la intervención con SAAC y la mejora de CdV, se hallaron tendencias que revelan una |
|--------------------------------------|------------------------------|---------|-------------|--|------|----------|---|

| | | | | | | | |
|---------------------------|---|----|----------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------|--|
| | | | | | | | pequeña mejoría en algunas de las variables analizadas. |
| <i>Gil et al., (2023)</i> | 1 | 15 | 1 (100%) | Escala Kids-Life (Gómez et al., 2016) | Protocolo PECS y metodología TEACCH | 3 meses | En los resultados obtenidos se han observado mejoras en el total de las dimensiones que componen la CdV, a excepción de la IS, ya que el entrenamiento de SAAC únicamente se ha desarrollado en casa y con su familia. |

ANEXO 3: TABLA 11

Tabla 11:

Evaluación de la calidad metodológica a través del método CaSPe

| | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| <i>Pregunta/artículo</i> | <i>García et al., (2020)</i> | <i>Pascual-García et al., (2014)</i> | <i>Peinado & González (2021)</i> | <i>Gil et al., (2023)</i> |
| a) ¿El diseño básico de estudio es válido para un ensayo controlado aleatorio? | | | | |

| | | | | |
|--|----|-------|----|-------|
| 1. ¿Hay una pregunta clara que aborde el estudio? | SI | SI | SI | SI |
| 2. ¿La asignación de los estudiantes a las intervenciones fue aleatoria? | NO | NO SE | NO | NO SE |
| 3. ¿Se tomaron en cuenta todos los participantes que ingresaron al estudio al finalizar? | SI | SI | SI | SI |
| b) ¿El estudio fue metodológicamente sólido? | | | | |
| 4. ¿Estaban los participantes y los investigadores “ciegos” a la intervención asignada? | NO | NO | NO | NO |

| | | | | |
|---|----|----|----|----|
| 5. ¿Los grupos de estudio eran similares al comienzo del ensayo controlado aleatorio? | NO | NO | SI | NO |
| 6. ¿Cada grupo de estudio recibió el mismo nivel de atención? | SI | SI | SI | SI |

c) ¿Cuáles son los resultados?

| | | | | |
|---|----|----|----|----|
| 7. ¿Se informaron exhaustivamente los efectos de la intervención? | SI | SI | SI | SI |
| 8. ¿Se informó la precisión de la estimación del efecto de la intervención del tratamiento? | SI | SI | SI | SI |

| | | | | |
|--|----|----|----|----|
| 9. ¿Los beneficios de la intervención experimental superan los daños y costes? | SI | SI | SI | SI |
|--|----|----|----|----|

d) ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

| | | | | |
|--|----|----|----|----|
| 10. ¿Se pueden aplicar la prueba a su paciente o población de interés? | SI | SI | SI | SI |
|--|----|----|----|----|

| | | | | |
|--|----|----|----|----|
| 11. ¿La intervención experimental proporcionaría mayor valor a las personas bajo su cuidado que cualquiera de las intervenciones existentes? | SI | SI | SI | SI |
|--|----|----|----|----|
