



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Empresa y Comunicación

Evolución de la Calidad de Vida de los usuarios de un Centro de Atención Diurna

Trabajo fin de grado presentado por:	Santiago Urizarna Varona
Titulación:	Grado en Trabajo Social
Línea de investigación:	Investigación Social
Director/a:	María del Mar Rodríguez Briosó

Logroño
4 de julio de 2014
Firmado por: Santiago Urizarna Varona

CATEGORÍA TESAURO: 3.4.7 Diseño y Gestión de Programas y Proyectos

A Déborah Gil, Yolanda Marín, Loly López y a mi padre, por ser mis “Business Angels”.

A Ernesto González, por abrir camino.

Y a Ruth Morga, José Fernández, Iván Reinares, Verónica Martínez y M^a Ángeles Ruiz
por su apoyo en estos meses difíciles.

RESUMEN

Desde finales de los años 90 las organizaciones que ofrecen servicios al colectivo de personas con discapacidad intelectual tienen como misión mejorar su Calidad de Vida y la de sus familias. La Calidad de Vida y su mejora, que inicialmente era casi exclusivamente un principio orientador de una nueva forma de concebir los servicios y la atención dirigida a este colectivo, en los últimos años se ha convertido, tanto en un Modelo de Intervención, como en un sistema de evaluación del bienestar de las personas con discapacidad y de los resultados de los servicios que las atienden.

El presente Proyecto analiza la evolución entre 2010 y 2012 de la Calidad de Vida de los usuarios del Centro de Atención Diurna “Vareia” de la Asociación ASPRODEMA, y determina si concretamente alguna de las prácticas de atención llevadas a cabo en él han tenido de forma significativa consecuencias en su Calidad de Vida durante este periodo.

Después de realizar este análisis se constata que las nuevas prácticas de Planificación Centrada en la Persona y Grupos de Autogestores llevadas a cabo durante estos años, han tenido un impacto positivo en la Calidad de Vida de las personas usuarias del servicio.

PALABRAS CLAVES

Atención diurna, atención a la dependencia, personas con discapacidad, discapacidad intelectual, calidad de vida, planificación, evaluación, bienestar social, servicios sociales, planificación centrada en la persona, autogestores, calidad de vida.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 La justificación de la elección del tema.....	6
1.2 El planteamiento del problema.....	6
1.3 Objetivos.....	7
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Modelos, evolución y realidad actual de la discapacidad	9
2.1.1 Evolución en los modelos explicativos de la discapacidad.	9
2.1.2 Concepto y definición actual de Discapacidad.	11
2.1.3 Definición de Discapacidad Intelectual.....	12
2.1.4. Evolución en los modelos de atención a personas con discapacidad.....	14
2.1.5. Legislación de referencia en materia de discapacidad y dependencia	17
2.1.6. Realidad socio-económica de las personas con discapacidad en España.	20
2.1.7. Las familias de personas con discapacidad.	23
2.2 Calidad de vida: modelo y medición.....	25
2.2.1. Concepto de Calidad de Vida.....	25
2.2.2. Modelos de Calidad de Vida.....	26
2.2.3. Orientando los servicios a promover la Calidad de Vida	27
2.2.4 Evaluación de la Calidad de Vida y escalas de evaluación de Calidad de Vida en personas con discapacidad intelectual.....	29
2.2.5 Por qué es importante hacer un estudio longitudinal, y la importancia de continuidad de este tipo de estudios.....	30
2.3 Evaluación de resultados de los servicios de atención a personas con discapacidad	30
2.3.1 Niveles de Evaluación de Calidad de Vida: micro, meso y macro.....	30
2.3.2 Perfil de Proveedor de Calidad de Vida en los Servicios Sociales.....	31
2.4 Presentación de ASPRODEMA	32
3. MARCO EMPÍRICO	34

3.1	Diseño de la investigación.....	34
3.1.1	Tipo de investigación.	34
3.1.2	Estrategia metodológica:.....	35
3.1.3	Características de los instrumentos.	36
3.1.4	Muestra escogida y modo de selección: características de los usuarios del servicio.	39
3.1.5	Recogida de datos.....	41
3.2	Análisis de resultados	41
3.3	Discusión crítica de los resultados	47
4.	CONCLUSIONES	51
5.	LIMITACIONES	54
6.	PROSPECTIVA	54
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
8.	BIBLIOGRAFÍA	57
9.	ANEXOS.....	61
9.1	Tablas de datos.....	62
9.2	Tablas de contingencias, pruebas ji-cuadrado y gráficas.	68
9.3	Evolución del percentil del ICDV 2010-2012	87
9.4	Escala GENCAT	90
9.5	Escala INTEGRAL – Subescala SUBJETIVA	101
9.6	Escala INTEGRAL – Subescala OBJETIVA.....	104

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La justificación de la elección del tema.

Desde que en 1996, la Confederación FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual) aprobó como misión de todo el Movimiento Asociativo FEAPS "Mejorar la Calidad de Vida de las Personas con Discapacidad Intelectual y sus familias", la Asociación ASPRODEMA (Asociación Promotora de Personas con Discapacidad Intelectual Adultas) asumió esta misión como suya. ASPRODEMA es miembro de este movimiento asociativo. Desde entonces hasta ahora ha ido dando pasos para que esta misión, que inicialmente era más una declaración de principios, se convirtiera en una realidad medible en sus servicios y programas. En este recorrido ASPRODEMA no ha caminado sola, si no que ha sido partícipe de una gran corriente de cambio de paradigma en la atención en el sector de servicios dirigidos a las personas con discapacidad intelectual. Ha modificado su forma de ver cuál debe ser el "quehacer" de sus servicios y que determina la calidad de la atención que presta. En otras palabras, ha comenzado a preguntarse en qué medida aportan "mejora de Calidad de Vida" a sus personas usuarias.

La justificación de este proyecto es la necesidad de cotejar en qué medida el Centro de Atención Diurna "Vareia" de la entidad (situado en Logroño) está cumpliendo la misión de la organización "mejorar la calidad de vida" de sus personas usuarias, y reconocer cuáles de las acciones que ha llevado a cabo el servicio en los últimos años han sido claves para mejorar dicha Calidad de Vida.

Los motivos por los que voy a llevar a cabo este proyecto como Trabajo Final de Grado (TFG) son profesionales. Entre los años 2008 al 2013 fui el Trabajador Social del Centro, y desde 2013 hasta la fecha soy el Responsable de Calidad de ASPRODEMA. Mientras fui Trabajador Social del CAD "Vareia" participé en la medición de Calidad de Vida de los usuarios del servicio, y ahora como Responsable de Calidad de la entidad sigo prestándole apoyo técnico. Además las conclusiones de este TFG son de interés para el conjunto de la entidad, ya que servirán de experiencia para extender esta práctica al conjunto de servicios y programas de ASPRODEMA.

1.2 El planteamiento del problema.

El CAD "Vareia" de ASPRODEMA cuenta con mediciones individuales de la Calidad de Vida de todas sus personas usuarias realizadas en los años 2010 y 2012 (excepto de aquellas

que por alta o baja del servicio, no tienen medición en alguno de los años). Actualmente no se ha realizado ni publicado el necesario análisis en profundidad de los datos a nivel del servicio (mesosistema) y su evolución, para conocer **en qué medida la hipótesis de que la intervención del servicio en este periodo ha mejorado la Calidad de Vida de las personas usuarias del servicio es correcta**, y para detectar cuáles han sido las posibles causas concretas de esa mejora.

Por otra parte, tampoco se han utilizado esos datos para tomar decisiones sobre qué cambiar en el servicio para mejorarlo, ni para orientar nuevas acciones y estrategias, ni para seguir profundizando en la orientación del mismo hacia el modelo de Calidad de Vida.

En definitiva, el TFG pretende hacer útil esta información para el servicio y la Asociación, y conocer de forma objetiva en qué medida sus actuaciones pueden estar ayudando a mejorar la Calidad de Vida de las personas, o no. Este planteamiento está íntimamente relacionado con el paradigma de “prácticas basadas en evidencia” al que, entre otros autores Verdugo, Arias, Gómez, y Schalock (2013) y Schalock y Verdugo (2013, p 40) hacen referencia en sus últimas publicaciones. Es necesario que las prácticas e intervenciones que realizamos los profesionales en los servicios “estén basadas en la mejor evidencia que puede obtenerse de fuentes creíbles, que utilizan métodos válidos y fiables, y que se basan en una teoría o marco conceptual claramente articulado y con suficiente apoyo empírico” (M. Á. Verdugo et al., 2013).

1.3 Objetivos.

GENERAL:

Analizar la Calidad de Vida de las personas usuarias del CAD “Vareia” entre 2010 y 2012.

ESPECÍFICOS:

- A) Realizar una revisión bibliográfica sobre los modelos de discapacidad y servicios de atención a personas con discapacidad.
- B) Hacer un análisis sobre la realidad social y el marco legal de las personas con discapacidad en España.
- C) Conocer el perfil socio demográfico de las personas usuarias del servicio.
- D) Conocer la evolución de la Calidad de Vida de las personas usuarias entre los años 2010 y 2012.

- E) Conocer la evolución del perfil de proveedor del servicio CAD “Vareia” de ASPRODEMA.
- F) Analizar que ha hecho el servicio para que se produzca una evolución de la Calidad de Vida de las personas usuarias.
- G) Conocer en qué medida el servicio ha tenido impacto en la calidad de vida de las personas usuarias.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Modelos, evolución y realidad actual de la discapacidad

Para llevar a cabo este proyecto es necesario comprender, tanto el modelo explicativo de discapacidad -y específicamente de discapacidad intelectual (de referencia para ASPRODEMA)-, como los modelos actuales de servicio al colectivo de personas con discapacidad que orientan la atención a este colectivo. En este apartado del proyecto se desarrollarán estos conceptos, así como se realiza un repaso a la legislación de referencia en el campo de la discapacidad, la realidad española de este grupo de población, y por último se hace un breve análisis de un colectivo con papel de gran relevancia en la vida de las personas con discapacidad intelectual: sus familiares.

2.1.1 Evolución en los modelos explicativos de la discapacidad.

La concepción de la discapacidad ha ido cambiando en la historia de la humanidad, evolucionando “desde una característica o rasgo centrada en la persona (a menudo referida como un déficit), a un fenómeno humano con origen en factores orgánicos y sociales” (Verdugo y Schalock, 2013, p. 15). Actualmente se asume en los ámbitos científico, técnico, político, y cada vez más en la sociedad en general, que la discapacidad no es únicamente un fenómeno que afecta a un grupo concreto de personas, sino que “forma parte de la condición humana, de manera que casi todas las personas tendrán algún tipo de discapacidad, permanente o transitoria, a lo largo de la vida” (OMS, 2011 citada por Verdugo, Gómez, y Navas, 2013, p. 17) sobre todo si la persona llega a una edad avanzada.

Varios autores han analizado la evolución de la concepción de la discapacidad en la historia. DeJong (1981) y Puig de la Bellacasa (1990) diferenciaban tres etapas (citados por Verdugo et al., 2013, p. 18): “modelo tradicional” en el que se las personas con discapacidad tenían un papel de marginación en la sociedad donde se manifestaban actitudes de rechazo y protección, y se entendía la discapacidad como manifestación del mal y de lo sagrado (ej.: producto del castigo divino); “el paradigma de la rehabilitación” donde se centraba el problema de la discapacidad en la persona, sus deficiencias, limitaciones y dificultades, la solución en la rehabilitación de todo tipo, y su éxito en el logro o recuperación de destrezas y el logro de un trabajo remunerado; y por último el “paradigma de la autonomía personal” donde las propias personas con discapacidad son agentes de cambio en sus vidas y rol social, liderando un cambio de perspectiva del concepto de discapacidad, y definiendo que esta no reside en el individuo sino en el entorno que produce las dificultades de funcionamiento de la persona. Este último “paradigma de la autonomía personal” surge como resultado de los movimientos de Vida Independiente (personas con discapacidad física y sensorial) y

Autodeterminación de las personas (personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo).

Por otro lado (Anaut, Urizarna, y Verdugo, 2012) hablan de una evolución en los modelos de acercamiento a la discapacidad que han ido variando en el tiempo:

1. “de prescindencia” donde la discapacidad es de origen religioso (“castigo divino”), las personas con discapacidad eran socialmente prescindible, sobre ellas se aplicaban políticas de eugenesia o exclusión social severa (ej.: internamiento en instituciones cerradas, negación de la educación, ocultamiento en el domicilio, esterilización forzada...).
2. “Médico-rehabilitador” donde la persona con discapacidad es sometida a tratamientos médicos o terapéuticos (fisioterapia, psicológicos, educativos, etc.) para tratar normalizar su situación.
3. “Social” donde “cobra relevancia la integración social de las personas con discapacidad” y se actúa sobre el entorno socioespacial para modificar todo lo que impida la inclusión social de estas personas.

Estos mismos autores afirman (Anaut et al., 2012a, p 28) que estos planteamientos aunque actualmente coexisten no lo hacen de forma equilibrada. Mientras el modelo de prescindencia es residual, el modelo médico-rehabilitador se encuentra en retroceso frente al modelo social cuya perspectiva avanza con firmeza en el siglo XXI gracias a hitos como la Convención de la Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006).

En el momento actual el modelo llamado biopsicosocial (Miguel Angel Verdugo et al., 2013, p 20) es el modelo que mayor peso tiene en el ámbito académico, sobre todo desde su asunción por parte de la Organización Mundial de la Salud como modelo de referencia de su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001). Este es un modelo que podemos considerar de consenso ya que recoge diferentes aspectos y perspectivas apuntados en los modelos o paradigmas “médico rehabilitador”, “social” y “de autonomía personal”, modelos que hasta ahora se veían contrapuestos (OMS, 2001 cit. Anaut et al., 2012a, p 39). Verdugo y otros (2013, p 20) nos indican que en el modelo biopsicosocial la discapacidad no se considera solo como el resultado de las características del propio individuo, sino que también se produce por la interacción de la persona con el entorno. En el siguiente apartado desarrollaremos más ampliamente este modelo y el sistema de clasificación de discapacidad que implica.

2.1.2 Concepto y definición actual de Discapacidad.

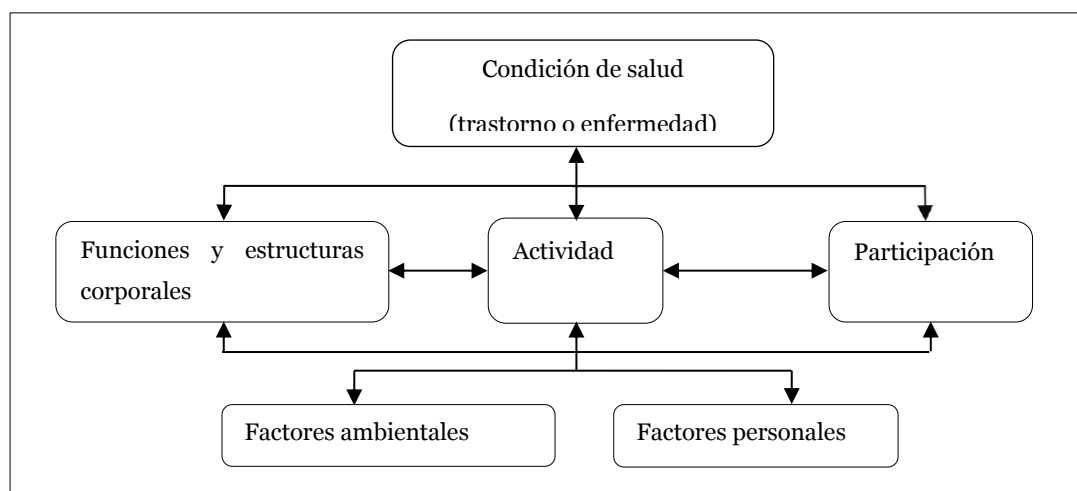
Como se ha apuntado en el apartado anterior en la actualidad el modelo biopsicosocial, sobre el que se sustenta la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), es el modelo de referencia en el ámbito de la discapacidad. En él se describe la discapacidad como la dificultad para el “funcionamiento” de una persona en el entorno donde se encuentre (ej.: su hogar, ciudad, trabajo, universidad, etc.) debido tanto a aspectos personales, como del propio entorno. Anaut et al. (2012a) afirman que el término “discapacidad” en la CIF se convierte en un término *paraguas* que recoge “tanto los déficit o problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales, como las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación”.

Para comprender mejor la actual definición de discapacidad recogida en la CIF y la concepción de discapacidad que hay detrás de ella es necesario analizar otro término íntimamente relacionado con la discapacidad: “funcionamiento”. Este término recoge las “funciones y estructuras corporales”, las “actividades” y la “participación”, aspectos del funcionamiento de cualquier persona (Anaut et al., 2012a, p 37):

- “funciones y estructuras corporales” abarca las funciones que cumplen los diferentes sistemas del cuerpo humano (ej.: ver, oír...), y las estructuras que los componen (ej.: ojo, nervio óptico...). Estas funciones también incluyen las psicológicas.
- “actividad” hace referencia a la realización de alguna tarea o acción por parte de la propia persona (ej.: buscar trabajo).
- “participación” es el acto de involucrarse en una situación vital (ej.: utilizar diferentes recursos comunitarios como la oficina de empleo).

En las Interacciones entre **los componentes de la CIF** (fuente: Anaut et al., 2012a, p 38). Figura 1, podemos ver estos términos en relación con el resto de componentes de la CIF.

Interacciones entre los componentes de la CIF (fuente: Anaut et al., 2012a, p 38). Figura 1.



Los “factores ambientales” y “factores personales” constituyen parte de los llamados factores contextuales del funcionamiento humano (Anaut et al., 2012a, p 38). Los ambientales recogen los escenarios físicos (ej.: el hogar donde vive la persona, el barrio y localidad donde se ubica, el lugar de trabajo o de ocio, etc.), los sociales (ej.: políticas sociales y de urbanismo, planificación del transporte urbano, etc.) y los actitudinales (opiniones y convicciones de las personas que se relacionan directa o indirectamente con la persona con discapacidad: profesionales de los servicios públicos, vecinos, familiares, amigos, etc.) en los que la persona se desenvuelve. Los “factores personales” hacen referencia a la manera en que la propia persona vive su vida y la afronta, y a antecedentes o características personales (nivel educativo, personalidad, eventos personales anteriores, estilo pasivo o activo en la resolución de los problemas, etc.). Como vemos, la visión de la discapacidad que transmite este modelo es dinámica. No sólo depende de las características de la persona, sino también de las características del entorno. Además todos estos aspectos pueden cambiar tanto en el tiempo, como en el espacio y entorno cultural donde la persona vive. Otra perspectiva que aporta el modelo es que se tienen en cuenta tanto la “discapacidad” (es decir, los aspectos negativos en la interacción entre un individuo y su entorno), como el “funcionamiento” (aspectos positivos de esa interacción).

2.1.3 Definición de Discapacidad Intelectual.

Íntimamente relacionado con el modelo biopsicosocial y la CIF, se encuentra la definición de Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), compartiendo un importante número de características (Miguel Angel Verdugo et al., 2013, p 52) que se analizarán más adelante. Pero primero es necesario examinar la 11^a definición de discapacidad intelectual de la AAIDD, de referencia a nivel internacional, y que ASPRODEMA (junto con el resto del Movimiento Asociativo FEAPS) asume como marco para interpretar la discapacidad de las personas a las que ofrece servicios:

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.” (AAIDD, 2011, p 31).

Esta definición no tiene una variación sustancial respecto a la anterior de 2002¹, siendo el principal cambio el uso del término “discapacidad intelectual” en lugar de “retraso mental” término que esta organización venía utilizando hasta la versión 10^a de la definición.

Junto con la definición se establecen una serie de premisas para una correcta comprensión y aplicación de la definición, y que como especifica el propio manual “*son parte explícita de la definición*” (AAIDD, 2011, p 33).

- Premisa 1: “Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura”.
- Premisa 2: “Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales”.
- Premisa 3: “En una persona las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades”.
- Premisa 4: “Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo”.
- Premisa 5: “Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará” (AAIDD, 2011, p 33).

Estas premisas son fundamentales a la hora de evaluar si una persona tiene una discapacidad intelectual. Las dos primeras nos indican que para una correcta evaluación de la persona respecto a la definición, es necesario tener en cuenta los factores ambientales y personales que le afectan (ej.: entorno cultural donde vive la persona, si tiene otras discapacidades asociadas, la edad de la persona cuando se le evalúa, las oportunidades –o su ausencia- educativas que la persona ha tenido, etc.). La tercera premisa nos indica que en la persona con discapacidad intelectual habitualmente existen capacidades que han de ser tenidas en cuenta en la evaluación, reconociendo que el tener un diagnóstico de discapacidad intelectual no debe anular el resto de características personales. Por último, la cuarta y quinta

¹ “Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años” (Asociación Americana sobre Retraso Mental, 2002, p 25)

premisas plantean cuál debe ser siempre el objeto de diagnosticar el que una persona tiene discapacidad intelectual y determinar sus limitaciones: establecer un sistema de apoyos que le permita mejorar su situación personal, no como una forma de estigmatizar y apartar socialmente a la persona. La larga experiencia de generaciones de científicos y técnicos que trabajan con personas con discapacidad intelectual avala que con una adecuada intervención y provisión de apoyos es posible la mejora del funcionamiento en la vida de estas personas.

2.1.4. Evolución en los modelos de atención a personas con discapacidad

Ruiz, Urizarna, y Grupo de Autogestores FEAPS La Rioja (2012) en su ponencia "Ética y nuevas actitudes, para un nuevo Modelo de discapacidad" nos explican que "la forma de actuar de los profesionales y de las organizaciones que intervienen con las personas con discapacidad, a lo largo de la historia ha ido cambiando según han evolucionado las forma de comprender el fenómeno humano que es la discapacidad". Es importante señalar que en el caso de las personas con discapacidad intelectual esta evolución ha requerido quizás de más tiempo y esfuerzo.

En anteriores apartados de este TFG ya se ha descrito cual ha sido el transcurso de esta evolución. Frutos de ella han sido por ejemplo los cambios de término a utilizar para referirse a las personas con discapacidad, quiénes les atienden y qué hacen, o cuál es el objetivo que persiguen los servicios destinados a estas personas. Varios autores (García Burgos y Berjano Peirats, 2010; Tamarit, 2006; Bradley, 1994 cit. en Ruiz et al., 2012) hablan de las siguientes etapas de evolución en los modelos de atención: Institucional, de Integración y Comunitario. En la Tabla 1 podemos ver de forma sintética esta evolución relacionada con los modelos explicativos de la discapacidad a los que hacían referencia (Anaut et al., 2012a):

Fases en el desarrollo de los servicios dirigidos a personas con discapacidad intelectual (adaptado de Tamarit, 2006 cit. por Ruiz et al., 2012) Tabla 1.

Modelo de ATENCIÓN	INSTITUCIONAL	De INTEGRACIÓN	COMUNITARIO
Modelo de DISCAPACIDAD	de Prescendencia	Rehabilitador	Social
¿Quién lo recibe?	Paciente	Cliente	Ciudadano
¿Qué se planifica?	Los cuidados	Las habilidades	El futuro
¿Quién toma las decisiones?	El especialista	El equipo	La persona con su círculo de apoyos
¿Qué principios lo guían?	Limpieza, salud y seguridad	Habilidades y socialización	Autodeterminación, relaciones e Inclusión Social
¿Qué determina la calidad?	La práctica profesional y el nivel de cuidados	La realización de programas y objetivos	La Calidad de Vida del individuo

En el Modelo Institucional (Ruiz et al., 2012) la atención se orienta principalmente a recibir cuidados básicos orientados al aseo, salud y seguridad física. El servicio donde se prestan los cuidados es una gran Institución, alejada la mayoría de las veces del entorno original (ciudad, familia, etc.), y donde es inexistente o anecdótico el uso de los recursos utilizados por el resto de la población (entorno comunitario). La vida de la persona con discapacidad transcurre entre las paredes del servicio, prácticamente solo se relaciona con los cuidadores-profesionales que la atienden y las otras personas usuarias del servicio con un nivel de discapacidad similar al suyo. La rutina del día a día de las personas con discapacidad lo marcan las necesidades de organización del servicio (turnos de trabajo, horarios de duchas y de visitas, etc.). Las expectativas de la sociedad son bajas o nulas, y la persona con discapacidad solo puede esperar de la sociedad su cuidado en estas instituciones. La concepción de la atención del modelo “Institucional” esta principalmente relacionada con el Modelo de “prescindencia”, que considera que la persona con discapacidad es un problema y no tiene nada que aportar a la sociedad. Por estos motivos se la excluye socialmente, o en los casos más extremos se ve lícito acabar con su vida (ej.: exterminio en la Alemania nazi).

El Modelo de “Integración”, la persona con discapacidad es atendida por un equipo multidisciplinar (psicólogos, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.). Esta atención se orienta a la adquisición de habilidades a través de diferentes programas de rehabilitación (programas de habilidades sociales, de vida en el hogar, de deporte adaptado, laborterapia, etc.) prestados a través de servicios “específicos” para la discapacidad que manifiestan (servicios para personas con discapacidad física, para personas con discapacidad intelectual, para ciegos, etc.). Estos servicios trabajan para promover la “Integración Social” de las personas, y la logran en la medida que la persona con discapacidad consigue salvar sus limitaciones y deficiencias personales. La sociedad considera que la rehabilitación es un paso previo necesario para su integración, para lograr vivir como el resto de personas y para ejercer de forma efectiva su ciudadanía. El problema que plantea este modelo de atención desde la perspectiva de Ruiz et al. (2012) es el de la persona con discapacidad mientras no logra un “nivel de funcionamiento” que la sociedad considera aceptable, o en los casos en que la persona debido al nivel de sus limitaciones no logra nunca ese nivel (ej.: personas con graves discapacidades). En el modelo “rehabilitador” existe un importante riesgo de que la vida de la persona con discapacidad transcurra en un continuo entrenamiento en servicios específicos, y que la sociedad nunca la vea “preparada” para su integración total, siendo por tanto la plena integración social, y por tanto ciudadanía social plena, una meta siempre inalcanzable. La ubicación de los servicios del modelo “de Integración”, aunque se ubican en el entorno comunitario, son la mayoría de las veces diferentes de los que utilizan el resto de personas, y si físicamente son los mismos, son prestados principalmente por profesionales especializados en

la discapacidad. Este modelo de atención está orientado por el modelo “Rehabilitador” de discapacidad. Las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad, ser miembros plenos de ella, si se las rehabilita. La visión que tiene la sociedad de estas personas es la de sus limitaciones, y las actitudes del resto de las personas son principalmente paternalistas (todo por el bien de la persona con discapacidad, pero sin contar con la persona con discapacidad).

Por último, en el caso de un servicio que sigue el modelo de atención “Comunitario” (Ruiz et al., 2012), los profesionales y las personas que para la persona con discapacidad son importantes en su vida (familiares y amigos) le prestan los apoyos que necesita para vivir la vida que la propia persona decide como buena. La persona con discapacidad determina la calidad del servicio siendo considerada como su cliente. La autodeterminación (ser agente causal de lo que sucede en su propia vida), las relaciones personales y ser un miembro más de la sociedad (Inclusión Social) son los principios que guían la atención prestada por los profesionales que trabajan para esta persona. El modelo “Social” de discapacidad es el que orienta estos servicios, “en el que la persona es considerada como ciudadana, sujeto de derechos y deberes, y donde la discapacidad no es tanto un problema que la persona tiene que resolver, como un problema de interacción entre la persona y el entorno concreto en el que se desenvuelve” (Ruiz et al., 2012). Tanto el modelo “Social” de discapacidad, como modelo “Comunitario” de atención, consideran a la persona con discapacidad como un ciudadano más en la Sociedad, a la que hace aportaciones (relaciones sociales, demandas, trabajo, convivencia...) como el resto de personas, desde su propia naturaleza (con limitaciones y capacidades), y la sociedad le presta los apoyos que necesita para su plena participación social.

A modo de síntesis, a cada forma histórica o modelo comprensivo de discapacidad corresponde una manera de entender la atención a las personas con discapacidad en general (incluida la discapacidad intelectual). En el momento presente, en España en general los servicios que se ofrecen a la población con discapacidad siguen en tránsito entre el modelo “de Integración” y el “Comunitario”. Cada vez son más las organizaciones de servicios a este colectivo que tienen el “Comunitario” como modelo de referencia, y que incluso llevan a la realidad (modificando sus propias estructuras) este modelo de prestación de servicios, existiendo un número relevante de ejemplos prácticos y buenas prácticas. También procede decir, que en este entorno esperanzador, en ocasiones podemos vernos sorprendidos por prácticas organizacionales o profesionales claramente situadas dentro del Modelo Institucional (Ruiz et al., 2012).

2.1.5. Legislación de referencia en materia de discapacidad y dependencia

La primera ley de referencia en España en materia de discapacidad es la Constitución Española (CE) de 1978. En su Artículo 49, dentro del Título 1 “De los derechos y deberes fundamentales”, se recoge lo siguiente *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”* (CE, 1978). Este es el artículo de la CE al que siempre se hace referencia en cualquier desarrollo normativo en materia de políticas sociales relacionadas con la discapacidad. Su ubicación dentro de la “jerarquía” de la CE le asigna un “carácter programático”, es decir, a diferencia de otros derechos reconocidos en la constitución como “fundamentales”, la indicación de este artículo tiene el carácter de orientar las políticas sociales que los poderes públicos establezcan a favor del colectivo de personas con discapacidad. Otro aspecto interesante de destacar en este artículo es como refleja en el modelo “médico-rehabilitador” al que hemos hecho referencia en otros apartados. En la época en la que se redacta el texto y se aprueba la CE, era ese modelo de discapacidad hacia pretendía avanzar, y entonces era un importante avance social con respecto al modelo de “prescindencia” e “Institucionalización”. Sin embargo el propio texto constitucional, a través de este artículo reconoce a las personas con discapacidad los mismos derechos que al resto de ciudadanos españoles, y la obligación de apararles especialmente para el ejercicio de todos los derechos del Título I “De los Derechos y Deberes Fundamentales”, hecho que supone de nuevo un avance incluso respecto al modelo “médico-rehabilitador” o “de Integración”.

Otros 2 artículos de la CE a tener en cuenta son el Artículo 9, Apartado 2; y el Artículo 14. Ambos artículos, aunque no se refieren específicamente al colectivo de personas con discapacidad, recogen aspectos y principios (por ejemplo no discriminación, igualdad, participación) que son tenidos en cuenta a la hora de regular medidas que afectar a este grupo de población.

Como desarrollo legal posterior a la CE de 1978, hay que destacar 3 leyes de ámbito estatal que han supuesto cambios fundamentales en el desarrollo normativo de tanto de la Administración General del Estado, como en el resto de administraciones. Estas son:

- Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). 7 de abril.

Esta ley supuso una serie de hitos a destacar. Por un lado creó equipos multi-profesionales compuesto por profesionales de la psicología, la salud, educación y el trabajo social que permitieron asegurar una atención interdisciplinaria a cada persona que lo precisa con el objetivo de garantizar su integración en su entorno socio-comunitario.

También supuso la creación de un Sistema de Prestaciones Sociales y Económicas (Subsidio de garantía de ingresos mínimos, Subsidio por ayuda de tercera persona, subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte, etc.). Entre los ámbitos más relevantes en los que introdujo cambios legales o el desarrollo de leyes fueron la educación (la educación de las personas con discapacidad se integra en el Sistema Educativo Ordinario –la llamada “Integración escolar”-, manteniendo la educación en centros específicos si es estrictamente necesario) y el empleo (ej.: estableciendo una cuota de reserva del 2% de la plantilla en empresas de más de 50 trabajadores, que además se debe tener en cuenta en las oposiciones a funcionario de las Administraciones Públicas).

- Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU). 2 de diciembre.

Esta ley introdujo en la normativa relativa a la discapacidad los principios de Vida Independiente, Normalización, Accesibilidad Universal, Diseño para todos, Diálogo Civil y Transversalidad, que a partir de ese momento son de referencia para los desarrollos legales posteriores. La ley al aprobarse reguló la oficialidad de la Lengua de Signos Española, el reforzamiento del diálogo social con las asociaciones de personas con discapacidad a través del Real Patronato y el Consejo Nacional de la Discapacidad, y el establecimiento de un calendario de accesibilidad por ley para todos que obliga a todas las administraciones públicas a asegurar la accesibilidad de los entornos, productos y servicios. Otras cuestiones relevantes que determinó esta ley fueron la inversión de “la carga de la prueba” en situaciones de discriminación por discapacidad, la modificación de la Ley de Propiedad Horizontal para asegurar la accesibilidad de las viviendas, la elaboración de un Plan Nacional de Accesibilidad (2004-2012), el establecimiento de plazos de obligado cumplimiento para establecer y cumplir las condiciones de accesibilidad a espacios públicos, transportes públicos, y a bienes y servicios, y por último la regulación un Régimen de Infracciones, que se desarrolló posteriormente a través de la Ley 49/2007, de 26 de diciembre.

- Ley 49/2007, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, de 26 de diciembre.

El objetivo de esta ley es garantiza las condiciones básicas en materia de derechos de las personas con discapacidad. Es de régimen común en todo el estado, aunque cada comunidad autónoma podrá desarrollar su respectiva normativa para tipificar situaciones concretas. Una cuestión innovadora de esta ley es que en ella se regulan claramente sanciones económicas a las infracciones que establece (leves, graves y muy graves),

pudiendo ir desde un mínimo de 301 hasta un millón de Euros. Además recoge que, además de las propias personas con discapacidad afectadas, las organizaciones que representan los intereses del colectivo de personas con discapacidad y sus familiares son considerados parte interesada en los procesos legales relacionados con esta ley.

- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAAD). 14 de diciembre.

Esta ley supuso con su aprobación un nuevo impulso en materia de derechos para las personas con discapacidad (Anaut et al., 2012a). La LAAD reconoce el derecho subjetivo a determinadas prestaciones sociales para un grupo importante de población, garantizándoles el acceso a ellas si sus circunstancias personales y sociales así lo determinan. Las personas en situación de Dependencia, son personas con discapacidad (más allá de que cuenten con un certificado de valoración de grado de discapacidad²), que tienen dificultades de funcionamiento en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) debido a su situación de salud por múltiples causas (edad, déficit o problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales, carencias del entorno donde viven, etc.).

Las tres primeras leyes fueron derogadas el 29 de noviembre de 2013, al refundirse a través del Real Decreto Legislativo 1/2013, por el que se aprueba de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Este texto refundido ha sido además una oportunidad para recoger aspectos que la ratificación por parte de España el 3 de diciembre de 2007 de la Convención Internacional de Derechos de las personas con discapacidad (aprobada por la ONU el 13 de diciembre de 2006) obligaba a trasponer en la legislación anterior española. Sin embargo no ha supuesto, como es habitual en un texto refundido, cambios de gran relevancia.

Por último en este apartado relativo a la legislación de referencia en materia de discapacidad y dependencia, no podemos dejar de comentar la Convención Internacional de Derechos de las personas con discapacidad (ONU, 2006). Ésta se considera la primera declaración de “derechos humanos del siglo XXI”, y desarrolla cómo las naciones deben proteger y facilitar los apoyos necesarios a las personas con discapacidad para el pleno ejercicio de los derechos humanos recogidos en la Declaración Universal de los Derechos

² En España históricamente ha existido un desfase entre la población real afectada por algún tipo de discapacidad, y el número de personas con un grado de discapacidad valorado y reconocido. Aunque la tendencia poco a poco va cambiando, y cada vez hay más personas mayores que en la práctica tienen una discapacidad debido a la edad, e incluso reconocida una valoración de Dependencia, que solicitan la correspondiente valoración del grado de Discapacidad.

Humanos (ONU, 1948). La Convención a la hora de definir la discapacidad indica “que es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás” (ONU, 2006). Esta definición es un reflejo de la apuesta de la Convención por el modelo “biopsicosocial” de discapacidad. También la Convención da carta de derechos a las aspiraciones de las personas con discapacidad a poder ejercer los derechos que tiene cualquier ser humano y a participar en la sociedad. La trasposición en la normativa española de la Convención está suponiendo cambios legales, no solo en las leyes que regulan las políticas sociales específicas en materia de discapacidad. También está obligando a cambiar legislación en otras materias como por ejemplo en materia de salud, de derecho civil... (ej.: todo lo relacionado con la incapacitación legal y la tutela, curatela y otras figuras de guarda legal).

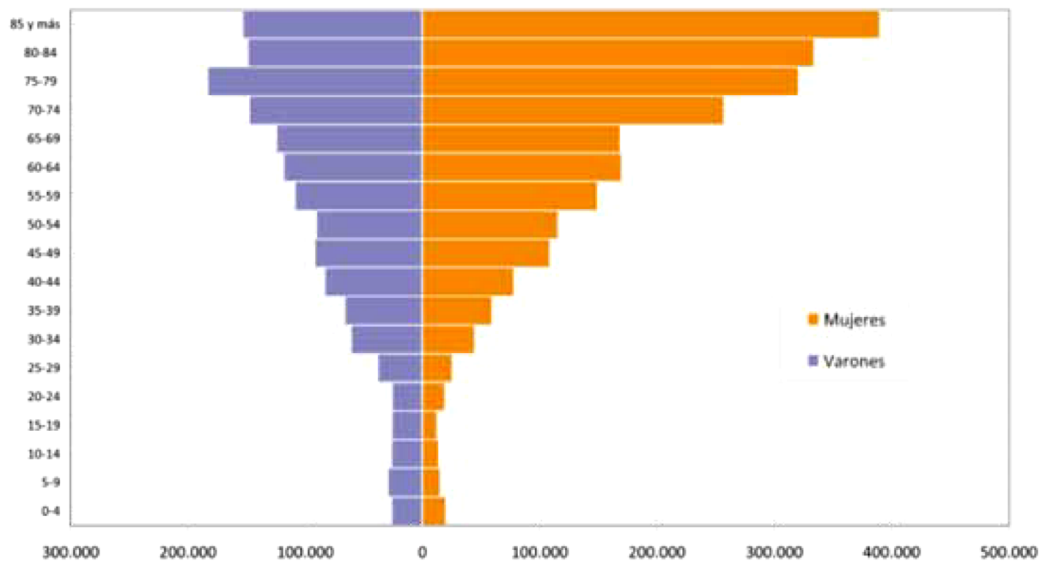
2.1.6. Realidad socio-económica de las personas con discapacidad en España.

M. A. Ferreira (2009 cit. por Anaut, Urizarna, y Verdugo, 2012b) explica que “los condicionantes económicos, políticos y normativos afectan directamente a la integración de las personas con discapacidad, que ocupan una posición social por debajo de la media” debido a que sus oportunidades en la mayoría de ámbitos de la vida (educación, empleo, vivienda, etc.) “son inferiores”. Tener una discapacidad tiene un impacto profundo en las posibilidades de progresión social y económica de las personas, sobre todo cuanto antes ésta aparece (ej.: al nacer, infancia o en la juventud).

Actualmente en España, según datos la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (INE, 2008) viven 4,12 millones de personas con discapacidad, lo que representa un 9% del conjunto de la población. La mayoría son mujeres (60% frente al 40% de hombres). Hasta los 45 años, la proporción de población con discapacidad por sexos es similar, pero a partir de esa edad, va aumentando de forma importante la proporción de mujeres con discapacidad respecto a los hombres (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2010). En la siguiente gráfica se puede comprobar esa distribución entre la población con discapacidad que vive en hogares³:

³ La EDAD 2008 está compuesta de dos encuestas una, realizada en 96.075 viviendas de España (EDAD-hogares) y la encuesta realizada a 11.000 personas que viven en centros residenciales menores y mayores de 65 años (EDAD-centros).

Pirámide de población con discapacidad que vive en hogares (OED, 2010). Gráfica 1.

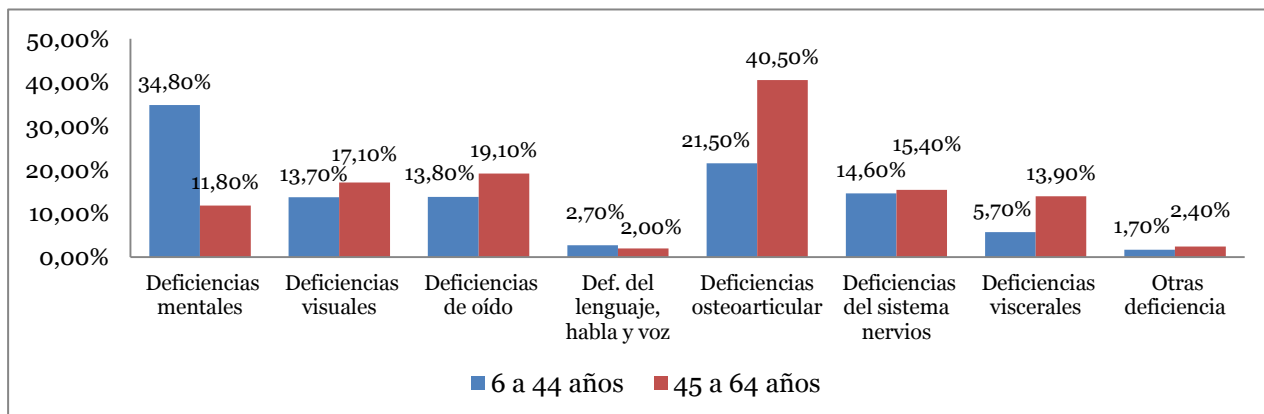


Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, EDAD 2008. Elaboración: Observatorio Estatal de la Discapacidad.

La distribución geográfica en España de la población con discapacidad no es homogénea. Las comunidades autónomas de Galicia, Extremadura y Castilla y León son las que mayor tasa de población con discapacidad tienen (10,9%, 10,5% y 10,5% respectivamente). La Rioja, ámbito donde se lleva a cabo este TFG, es la Comunidad Autónoma que tiene la tasa más baja de población con discapacidad con un 5,9%.

Analizando los datos de la EDAD-hogares (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2010) se comprueba que dependiendo de la edad en la que aparece la discapacidad, las deficiencias que la causa varía. Mientras de 0 a 6 años, las deficiencias mentales (23,3%), las deficiencias del lenguaje, habla y voz (20,5%) y las deficiencias viscerales (18,2%) son las causas más importantes numéricamente, a partir de los 6 años y hasta los 40 años son las deficiencias mentales (34,80%), y variando de nuevo la deficiencia que provoca la discapacidad a partir de los 40 hasta los 65 años, siendo en este tramo de edad las deficiencias osteoarticulares la causa de la aparición de la discapacidad en la persona en el 40,50% de los casos.

Distribución de las causas de discapacidad, por grupos de edad (OED, 2010). Gráfica 2.



Aunque “las causas de la discapacidad” es un análisis clásico que se hace a la hora de hablar de este grupo de población, es igualmente importante analizar algunas de las consecuencias que la discapacidad genera en la persona que la manifiesta. Por ejemplo, una de estas consecuencias, y cuya causa tiene que ver con las actitudes de las personas con las que interactúa la persona con discapacidad, es la discriminación. Lejos de lo que se pueda pensar habitualmente, solo el 22,17% personas con discapacidad con una edad entre 6 y 64 años afirman haberse sentido discriminados por razón de su discapacidad (INE cit. por Anaut et al., 2012b), siendo las personas cuya causa de discapacidad son deficiencias mentales o las deficiencias del sistema nervioso las que en mayor medida se han sentido en algún momento víctimas de discriminación. Las situaciones donde principalmente se han sentido discriminadas han sido en “las relaciones sociales” (41,34%), “para encontrar empleo” (28,62%) y en “la participación social” (25,4%), y solo un 8,64% de estas personas han realizado una denuncia por discriminación.

Otra de las consecuencias que tiene la discapacidad es el gasto que supone para la persona que la tiene y el entorno familiar en el que vive. En 2008 el gasto medio por hogar que suponía tener alguno de sus miembros con discapacidad era de 2.874 Euros por año (Anaut et al., 2012b). Esta cifra representaba el 9% del gasto medio anual de un hogar en España (31.953 Euros en 2008). Este gasto medio por discapacidad aumenta en los casos en que la persona tiene una deficiencia mental o del sistema nervioso, y en poblaciones de más de 100.000 habitantes o de menos de 10.000 habitantes. Los motivos que generan el gasto por discapacidad en el hogar son los gastos relacionados con la autonomía personal (ayudas técnicas, adaptaciones y asistencia personal) y el cuidado de la salud. El gasto por motivo de discapacidad, es necesario relacionarlo con la cantidad de ingresos con los que cuentan los hogares donde viven personas con discapacidad. En 2008, el 31,4% de los hogares con algún miembro con discapacidad tenían unos ingresos de entre 500 y 1.000 Euros mensuales (acumulación de ingresos de todas las personas que viven en él), siendo muy poco los hogares

con ingresos mensuales de más de 3.000 Euros (Anaut et al., 2012b). Estos datos apoyan la idea de que la discapacidad está relacionada “con un menor bienestar económico y con mayores tasas de pobreza, con el agravante de extenderse a largo plazo” (Malo y Dávila, 2006 cit. por Anaut et al., 2012b).

2.1.7. Las familias de personas con discapacidad.

Uno de los entornos donde se desarrolla de vida de la persona con discapacidad es la familia. Es el entorno donde vive la persona, y que principalmente cubre sus necesidades personales y le presta los apoyos que requiere. Esto es así en cualquier persona y especialmente en el caso de las personas con discapacidad. Cuando uno de los miembros de la familia experimenta una discapacidad, ésta sufre “un acontecimiento traumático que la desestabiliza, por cuanto requiere de ella una reorganización interna” (Mercado, 2010 cit. por Anaut et al., 2012b). Esa reorganización y su resultado van a depender de las características propias del sistema familiar (estructura, tamaño y funcionamiento), de los recursos individuales de cada persona que la conforma, y de los recursos sociales que les ofrece el entorno (servicios, políticas sociales, red de apoyos familiares, etc.). Según Anaut et al. (2012b) citando a Giné (2000) y Mercado (2010) las necesidades que expresan las familias con algún miembro con discapacidad tienen que ver con la información, orientación y asesoramiento sobre las necesidades de su familiar con discapacidad:

- Información sobre recursos y servicios para su miembro con discapacidad.
- Asesoramiento para situaciones concretas de la vida del familiar con discapacidad (educación, búsqueda de empleo, vida independiente, etc.).
- Orientación para su educación emocional y autonomía, y sobre recursos que faciliten su futuro, sobre todo cuando es el hijo el que tiene discapacidad y sus padres son los principales cuidadores de él.

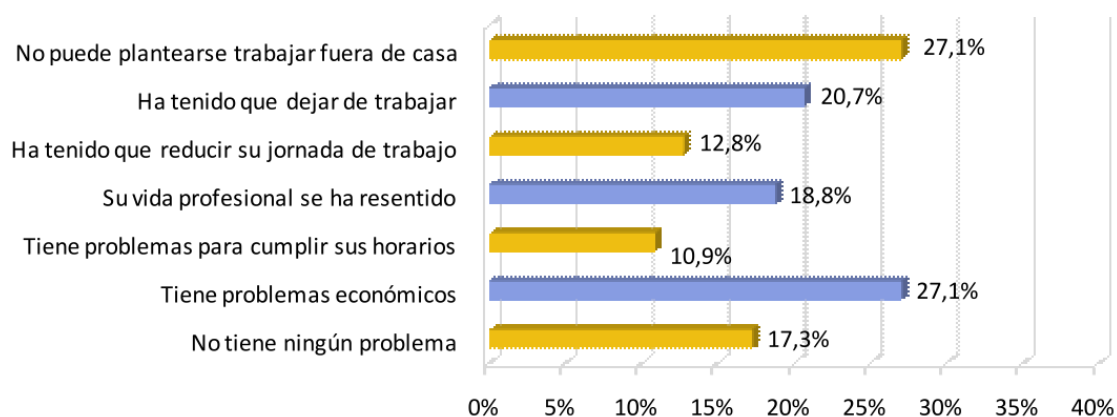
En el caso concreto de los padres y madres que viven esta situación, aunque una gran parte de sus preocupaciones se centran en su hijo con discapacidad, también manifiestan necesidades relacionadas con el resto de miembros de la familia. A parte de sus propias necesidades emocionales y sociales (reconocimiento y aceptación de la singularidad de su situación, respeto a su intimidad, ser escuchadas y no juzgadas por los profesionales u otras personas, etc.), les preocupan las necesidades de los otros miembros de la familia (otros hijos, abuelos...) y demandan orientación para cubrirlas (Giné, 2000 cit. por Anaut et al., 2012b).

Los familiares intentan cubrir esas necesidades a través de servicios públicos o privados. Cada vez más estos servicios dirigidos a las personas con discapacidad ven a la

familia como receptora de apoyos, y no solo como proveedores de los apoyos que requiere su familiar con discapacidad (hijo, hermano, padre mayor...). Por este motivo han comenzado a orientar los servicios también a cubrir las necesidades de sus familiares en aspectos que van más allá del apoyo en el cuidado de la persona con discapacidad, como por ejemplo creando servicios de respiro, apoyo familiar, grupos de formación y autoayuda, etc., o “reorientando los servicios tradicionales y la cultura de intervención de sus profesionales para que las tengan en cuenta a la hora de prestar apoyos a las personas con discapacidad en los servicios de Atención Temprana, Centro de Día, Ayuda a Domicilio, etc.” (Anaut et al., 2012b).

Por último, un apunte sobre las consecuencias que tiene en la familia el que en ella haya un miembro con discapacidad. En el apartado anterior (ver el apartado 2.1.6. Realidad socio-económica de las personas con discapacidad en España) se ha hablado del impacto económico que tiene el que en un hogar viva una persona con discapacidad. Ese impacto reduce oportunidades para invertir el dinero del que dispone la familia en otros gastos que puedan necesitar el resto de sus miembros. Pero además el hecho de tener un familiar con discapacidad resta posibilidades al resto de los componentes de la familia, principalmente al que ejerce el rol de cuidador (principalmente las madres o hijas, o incluso cuñadas) de carácter laboral y económico. Es el caso, por ejemplo, de los cuidadores principales de niños entre 0 y 5 años. En el Gráfica 3 se reflejan cuáles son los problemas de carácter laboral y económico que les supone tener que cuidarles (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2010):

Problemas económicos y profesionales declarados por los cuidadores principales de personas con alguna limitación de 0 a 5 años residentes en hogares familiares (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2010). Gráfica 3.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, EDAD 2008. Elaboración: Observatorio Estatal de la Discapacidad.

Como vemos en la Gráfica 3 el hecho de tener un hijo con discapacidad genera en sus padres (y sobre todo en sus madres) dificultades para mantener su situación laboral, y declaran que ha supuesto un deterioro de sus ingresos económicos.

En lo que se refiere a la vida familiar y tiempo libre también el tener un hijo con discapacidad con una edad entre 0 y 5 años supone una pérdida de relaciones sociales y para el cuidado personal del cuidador. En la EDAD-Hogares (INE, 2008) los cuidadores principales declaraban que “ha tenido que reducir su tiempo de ocio” (44,0%), “no tienen tiempo para frecuentar a sus amistades” (35,0%), “no tiene tiempo para cuidar de sí mismo/a” (33,8%) y “no puede ir de vacaciones” (28,6%).

Estos problemas antes citados que viven los familiares de personas con discapacidad, suponen la justificación de establecimiento de políticas sociales y servicios que apoyen a las familias de personas con discapacidad.

2.2 Calidad de vida: modelo y medición

El presente TFG, tiene por objeto analizar los resultados de la medición de los niveles de Calidad de Vida de las personas con discapacidad intelectual usuarias del Centro de Atención Diurna “Vareia” de la Asociación ASPRODEMA. Por este motivo, después de revisar la concepción de discapacidad en general, y de la discapacidad intelectual en concreto (que es la que afecta principalmente a los usuarios del servicio), y su realidad social en España, es conveniente revisar el concepto de Calidad de Vida, el modelo Calidad de Vida de referencia para ASPRODEMA, y las implicaciones que tienen este modelo en la intervención que lleva a cabo.

2.2.1. Concepto de Calidad de Vida.

Como explican Schalock y Verdugo (2003a) el concepto Calidad de Vida (CDV) se ha convertido en los últimos años en una relevante área de investigación y aplicación en diferentes ámbitos (educación, servicios sociales, salud, etc.). Ejemplo de este interés y extensión de los trabajos sobre este concepto es el que Cummins (1997 cit. por Schalock y Verdugo, 2003a), registró una de sus investigaciones más de 100 definiciones del término.

Para definir CDV en primer lugar Schalock y Verdugo (2003a) proponen realizar un análisis etimológico del término. “Calidad” hace referencia a conceptos como excelencia y otros valores positivos como éxito, satisfacción, etc., sobre todo si se asocian con características humanas. “De vida” especifica que esa “calidad” está relacionada con la existencia humana. Una definición más concreta, propuesta por estos mismos autores es “un conjunto de factores que componen el bienestar personal”. Por así decirlo “Calidad de Vida” es un término que recoge a todas aquellas cosas o situaciones que hacen que una persona se sienta bien y feliz.

El concepto CDV en la actualidad está siendo utilizado en general para los 3 siguientes propósitos (Schalock y Verdugo, 2003a, p 32):

- **Orientación:** Para la sensibilización social sobre cuál debe ser la orientación de la atención a personas con especiales dificultades desde diferentes ámbitos (educación, servicios sociales, salud...).
- **Evaluación:** Para contar con un modelo con el que evaluar el bienestar de las personas.
- **Intervención:** Para ser utilizado como estructura que sistematice las políticas y prácticas profesionales que se pretenden mejorar las condiciones de vida de las personas.

El uso de la CDV de estas tres maneras, sobre todo en España, comenzó a aplicarse a finales de los años 90, y sobre todo alrededor del colectivo de personas con discapacidad intelectual. El Movimiento Asociativo FEAPS, que agrupa desde 1964 a las organizaciones sin fin de lucro que trabajan en favor de los derechos del colectivo de personas con discapacidad intelectual y sus familiares, en 1996 asumió el concepto de CDV como orientador de los servicios que presta a sus usuarios, y como objetivo central la mejora de la CDV de las personas que forman parte de este colectivo. Es el caso de la Asociación ASPRODEMA y de su Centro de Atención Diurna "Vareia" que tiene principalmente como objetivo la mejora de la CDV de sus usuarios con discapacidad intelectual y la de sus familiares a través de los diferentes servicios que presta.

2.2.2. Modelos de Calidad de Vida.

El concepto de CDV viene siendo objeto de investigación desde hace muchos años. En un primer momento (Schalock y Verdugo, 2003a) se pensaba que la CDV estaba definida principalmente en factores objetivos (ej.: situación económica y material de la persona, salud, etc.) y que estos determinaban la situación de bienestar de la persona. Sin embargo autores como Myers, o Campbell, Converse y Rodgers (2000; 1976 cit. por Schalock y Verdugo, 2003a) entre otros indican que la sensación de bienestar está relacionada más bien con factores objetivos y subjetivos de bienestar. Es decir, en la percepción de bienestar personal y por tanto de CDV intervienen indicadores objetivos (situación económica, condiciones de la vivienda, disponer de recursos sociales, educativos o de salud) e indicadores subjetivos (importancia que la persona da a esos factores, sentimiento de control sobre su vida, aspiraciones personales, etc.). Esta visión de la CDV como un constructo en el que se relacionan factores objetivos y subjetivos es la que en general comparte la mayoría de investigadores en esta materia (Cummins, 1996; Schalock y Keith, 1993 cit. por Schalock y Verdugo, 2003a), y fruto de ello los

modelos que han ido desarrollando para explicar la CDV recogen ambas perspectivas. Por ejemplo Felce y Perry (1997; 1996 cit. por Schalock y Verdugo, 2003a) propusieron un modelo tripartito en el que se integraban las condiciones objetivas de vida de la persona, la evaluación subjetiva de la satisfacción por su vida, y sus valores y aspiraciones personales. En la Tabla 2 pueden verse las dimensiones de que recogían los modelos de CDV definidos por algunos de los autores antes citados:

Dimensiones prototípicas de Calidad de Vida (adaptado de Schalock y Verdugo, 2003a). Tabla 2.

Investigador	Dimensiones clave de CDV	
Cummins (1996)	Bienestar material Salud Productividad Intimidad	Seguridad Lugar en la comunidad Bienestar emocional
Felce (1997)	Bienestar físico Bienestar material Bienestar social Bienestar relativo a la productividad	Bienestar emocional Bienestar referido a los derechos o a aspectos cívicos
Schalock (1996, 2000)	Bienestar emocional Relaciones interpersonales Bienestar material Desarrollo personal	Bienestar físico Autodeterminación Inclusión social Derechos

De entre los diferentes modelos de calidad de vida existentes en este ámbito de investigación el Movimiento Asociativo FEAPS, decidió tomar como referencia el modelo definido por Robert L. Schalock y Miguel Ángel Verdugo en 2003. FEAPS comenzó a tener como principio orientador de su acción a favor de las personas con discapacidad la CDV.

2.2.3. Orientando los servicios a promover la Calidad de Vida

Desde 2007, el Centro de Atención Diurna “Vareia” (CAD “Vareia”) de ASPRODEMA ha reorientado su modelo de atención hacia el modelo de CDV de Robert Schalock y Miguel Ángel Verdugo (2003), tanto en su planificación de Centro, como en la atención que presta a las personas. El hito que propició este cambio de orientación fue la puesta en marcha, en este servicio, de un proyecto de innovación orientado a implantar, por una parte, una cultura organizacional en la que la CDV es el paradigma de referencia en la atención a las personas con discapacidad intelectual usuarias del servicio y, por otra, la metodología de Planificación Centrada en la Persona (González y Canal (dir.), 2007).

En 2010 se llevó a cabo una primera medición de la CDV de las personas usuarias del servicio con diferentes escalas (Escala Integral y Escala GENCAT). Después de 2 años de desarrollo de diferentes acciones y de la nueva orientación del servicio, en 2012 se volvió a medir la CDV de todas las personas usuarias del servicio. El objetivo de estas mediciones separadas en el tiempo era conocer en qué medida había cambiado la CDV de las personas usuarias del servicio, saber si ésta había mejorado y analizar si las acciones llevadas a cabo por el Centro, en ese periodo de tiempo, habían tenido algo que ver con los cambios producidos en su CDV.

Para Schalock y Verdugo (2003a) la “Calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que es multidimensional; tiene propiedades éticas –universales- y émicas -ligadas a la cultura-; tiene componentes objetivos y subjetivos; y está influenciada por factores personales y ambientales”. Es decir la CDV es un estado de la vida de una persona, que recoge diferentes aspectos de la persona o del entorno donde se desenvuelve, que en unos casos son reconocidos en todo el mundo y que en otros la cultura local matiza, y que pueden ser valorados de forma objetiva y subjetiva.

Su modelo de tiene ocho dimensiones: Bienestar Físico, Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Inclusión Social, Desarrollo Personal, Autodeterminación y Derechos. Cada una de ellas recoge diferentes aspectos de la vida de la persona:

- Relaciones entre personas: Esta dimensión recoge las relaciones sociales, familiares y de amistad que se tienen con otras personas, y la calidad de las mismas.
- Bienestar emocional: La satisfacción con los diferentes aspectos de la vida de la persona, autoconcepto y autoestima, sentimiento de seguridad, espiritualidad, y ausencia de estrés, son algunas de las cuestiones que recoge esta dimensión.
- Bienestar físico: Se refiere a tener buena salud, contar con atención sanitaria, la dieta, la realización de ejercicio físico, etc.
- Desarrollo personal: En el desarrollo como personas es muy importante la formación y mejorar nuestras competencias personales, y contribuye a mejorar el sentimiento de realización personal.
- Bienestar material: Esta dimensión además de referirse la situación económica de la persona, también recoge la disposición de bienes materiales que garanticen un nivel de vida digno.
- Autodeterminación: Posibilidades de hacer elecciones sobre nuestra vida, resolver problemas y tomar decisiones, son algunos de los aspectos recogidos en esta dimensión.

- Inclusión social: La aceptación y el formar parte de una comunidad con el resto de personas.
- Derechos: Conocer sus derechos, defenderlos ante otras personas, instituciones y la sociedad en general.

2.2.4 Evaluación de la Calidad de Vida y escalas de evaluación de Calidad de Vida en personas con discapacidad intelectual

Uno de los propósitos de establecer modelos de CDV es medir el nivel de calidad de vida de las personas. Los autores del modelo de CDV de referencia para FEAPS y ASPRODEMA, después de establecer su modelo, iniciaron un trabajo de elaboración de diferentes escalas de evaluación de la CDV. Fruto de ese trabajo son las siguientes escalas:

- ESCALA INTEGRAL. Evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual. Verdugo, Gómez, Arias, y Schalock, 2009.
- Escala de Calidad de Vida – GENCAT. Evaluación objetivo de la calidad de los usuarios de Servicios Sociales. Verdugo, Arias, Gómez, y Schalock, 2009.
- CCVA: Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida de Alumnos Adolescentes. Gómez-Vela y Verdugo, 2009.
- CVI-CVIP: Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida en la Infancia. Sabeh, Verdugo, Adán y Contini de González, 2009.
- ESCALA FUMAT: Evaluación de la Calidad de Vida en Personas Mayores. Verdugo, Gómez y Arias, 2009.
- Escala INICO-FEAPS: Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo. Verdugo, Gómez, Arias, Santamaría, Clavero y Tamarit, 2013.

Estas escalas de evaluación de CDV abarcan todas las etapas de la vida, y pueden ser utilizadas la mayoría de ellas con la población en general, y varias en particular con personas con discapacidad intelectual (las escalas INTEGRAL, GENCAT, INICIO-FEAPS, CCVA y CVI).

En el marco empírico del proyecto se explican con más detenimiento las escalas INTEGRAL y GENCAT, al ser las escalas de CDV utilizadas en el proyecto. Estas escalas son las que ASPRODEMA seleccionó en 2010 para realizar la medición de CDV de los usuarios del CAD “Vareia” en ese año y posteriores, cada una de ellas con diferentes propósitos. La escala INTEGRAL que cuenta con una sub-escala subjetiva para ser contestada por la propia persona con discapacidad intelectual, y una sub-escala “objetiva” que contesta el personal que atiende a la persona, se utilizó para contar con mediciones de la percepción de la CDV de la propia persona con discapacidad intelectual, y la valoración “objetiva” de los profesionales del servicio

de la CDV del usuario. En el caso de la escala GENCAT, se utilizó para valorar la CDV con la información referida por los cuidadores principales (normalmente sus padres y madres) de las personas con discapacidad.

2.2.5 Por qué es importante hacer un estudio longitudinal, y la importancia de continuidad de este tipo de estudios.

Así como sí existe una importante cantidad de trabajos e investigaciones sobre modelos de Calidad de Vida y su medición en población en general y principalmente en personas con discapacidad intelectual y otros colectivos de población vulnerable (otras discapacidades, enfermedad mental, usuarios de servicios sociales...), solo existen unas pocas experiencias, la mayoría en Estados Unidos, sobre estudios longitudinales de calidad de vida en grupos de población, y de cómo la atención prestada a estas personas logra su objetivo (mejorar la calidad de vida de sus personas usuarias) y cuáles son las buenas prácticas para alcanzarlo (Verdugo, Arias, Gómez, y Schalock, 2013).

2.3 Evaluación de resultados de los servicios de atención a personas con discapacidad

Uno de los objetivos de evaluar la CDV de los usuarios de un servicio es, aparte de la evaluación de las necesidades de las personas y su satisfacción, es “la evaluación de los resultado de los programas, estrategias y actividades llevadas a cabo por los servicios, y la calidad de las organizaciones proveedoras de servicios sociales a distintos colectivos en situación de riesgo o exclusión y con necesidades de apoyo” (Verdugo, Gómez, Arias, y Arroyo, 2013).

2.3.1 Niveles de Evaluación de Calidad de Vida: micro, meso y macro.

Anteriormente hemos hecho referencia a que la CDV de las personas y su evaluación tiene que tener en cuenta tanto factores individuales de la persona (sus prioridades y valores, las características físicas y psicológicas de la persona, etc.), como factores ambientales y del entorno donde la persona vive (actitudes de las personas con las que se relaciona la persona con discapacidad, recursos disponibles en la comunidad, políticas sociales, etc.). En definitiva las personas, como afirman Schalock y Verdugo (2003a), desarrollan su vida en varios sistemas que la influyen en su CDV. Estos sistemas son:

- “Microsistema”, o contextos sociales inmediatos, como son la familia, el hogar, el grupo de iguales, el trabajo, la escuela o el centro de atención, etc. Estos contextos afectan directamente a la persona y su CDV.
- El “Mesosistema” está constituido por el vecindario, el entorno comunitario donde vive, los servicios comunitarios o específicos, y organizaciones de los que recibe atención. Este “mesosistema” tiene un impacto directo sobre el “microsistema”.
- Conteniendo al “microsistema” y al “mesosistema” está el “Macrosistema”, que hace referencia a los patrones culturales, tendencias socio-políticas, sistemas económicos y otros factores sociales.

Esta perspectiva de sistemas nos obliga a ver la CDV más allá de una perspectiva estrictamente individual, y a tener en cuenta los tres niveles a la hora de evaluar la CDV. Esto es tenido en cuenta en la elaboración de escalas de CDV.

2.3.2 Perfil de Proveedor de Calidad de Vida en los Servicios Sociales.

Verdugo et al. (2013) explican que no hay demasiados ejemplos de cómo se pueden usar los datos de CDV para el desarrollo y evaluación de programas e intervenciones que se suponen que mejoran la CDV, o el de políticas regionales o nacionales. Estos mismos autores solo hacen referencia a 2 ejemplos, ambos llevados a cabo en los EE.UU., en los estados de Nebraska y Maryland. En ambos se utilizaron los datos agregados de las puntuaciones individuales de CDV para desarrollar perfiles de proveedores, es decir datos globales que permitan:

- Tener una idea global de la situación de CDV de la población que vive en una región o son atendidos por un servicio.
- Poder saber cómo una persona individual se encuentra con respecto al conjunto de personas en su misma situación en esa región o servicio.
- Ver los cambios globales de la CDV de la población a lo largo del tiempo.

El análisis de las experiencias anteriores por parte de Verdugo et al. (2013), y de la suya propia para el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) de la Generalitat de Cataluña, les permite afirmar que el análisis agregado de datos de CDV a través de los llamados perfiles de proveedor permiten “proporcionar indicadores de calidad de los servicios y para guiar las prácticas profesionales, organizacionales e, incluso, las políticas sociales. El manejo de estos datos (i.e., evidencias empíricas) permite a las organizaciones obtener una mejor información y seleccionar los

apoyos que realmente pueden mejorar la calidad de vida de las personas a las que proporcionan servicios” (Verdugo et al., 2013).

2.4 Presentación de ASPRODEMA

ASPRODEMA es la Asociación Promotora de Personas con Discapacidad Intelectual Adultas. Esta organización es una institución sin ánimo de lucro, formada principalmente por familiares de personas con discapacidad intelectual, aunque también forman parte de ella profesionales que trabajan en la entidad, las propias personas con esta discapacidad y otras personas que simpatizan, por diferentes motivos, con sus objetivos. Se constituyó como Asociación en 1985, y fue declarada de Utilidad Pública en 1993. Su ámbito de actuación es la Comunidad Autónoma de La Rioja (ASPRODEMA, 2013). Forma parte de la Confederación FEAPS a través de su federación autonómica FEAPS La Rioja, y del CERMI (Comité Estatal de Representantes de las Personas con Discapacidad) por medio del CERMI La Rioja.

La Misión de ASPRODEMA es “Defender y reivindicar los derechos de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo y sus familias, provocando los cambios necesarios en la percepción social del colectivo, para promover oportunidades de atención e integración socio-laboral que les permitan llevar a cabo su proyecto de vida personal como ciudadanos de pleno derecho” (ASPRODEMA, 2013, p 39). Esta misión orienta el trabajo diario de todas las personas que trabajan en esta organización. Los apoyos prestados por la entidad a las personas usuarias de sus centros, o desde sus diferentes servicios y programas, buscan lograr al final del Plan Estratégico 2013-2016 de la Entidad la siguiente Visión de Futuro:

Ser una “Organización sin ánimo de lucro, referente en la sociedad por su compromiso ético en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo y sus familias, capaz de reivindicar, generar y compartir una amplia cartera de servicios innovadores y de calidad, prestados por un equipo profesional comprometido y motivado, que cubra las necesidades vitales, manifestadas por el colectivo, a lo largo de las diferentes etapas de su vida.” Estos servicios “se prestan de acuerdo a sus necesidades reales.” (ASPRODEMA, 2013, p 39).

ASPRODEMA cuenta con el CAD “Vareia” en Logroño, en el que presta atención a adultos con discapacidad intelectual a través de 50 plazas de Centro Ocupacional y de 10 plazas de Centro de Día. El servicio les ofrece apoyos en múltiples áreas de su vida, desarrollando su autonomía personal (es decir que la persona con discapacidad desarrolle las habilidades, o cuente con los apoyos necesarios, para llevar a cabo las actividades de la vida diaria), apoyando a sus familias, y facilitando su inclusión en la sociedad y comunidad en la que viven. Estas

plazas están concertadas con la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja y forman parte de la red pública del Sistema del Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.

3. MARCO EMPÍRICO

3.1 Diseño de la investigación

3.1.1 Tipo de investigación.

Como ya se ha apuntado en la justificación del proyecto y planteamiento del problema, el CAD “Vareia”, cuenta con mediciones de CDV del año 2010 y 2012 (esta medición se realiza cada 2 años) de la totalidad de las personas usuarias del servicio, salvo alguna excepción (altas y bajas del servicio de usuarios durante el periodo). Para hacer estas mediciones se han utilizado la Escala INTEGRAL (Verdugo, Gómez, Arias, y Schalock, 2009), tanto su sub-escala subjetiva, como objetiva; y la Escala GENCAT (Verdugo, Arias, Gómez, y Schalock, 2009). Cada una de estas escalas se han utilizado para evaluar la CDV de cada persona usuaria desde la percepción de las propias personas (sub-escala subjetiva INTEGRAL), la información objetiva aportada por los profesionales de atención directa que les ofrecen apoyos (sub-escala objetiva INTEGRAL), y el punto de vista de sus familiares o tutores (Escala GENCAT). En el caso de la sub-escala subjetiva, no se cuenta con datos de todas las personas usuarias, debido a las limitaciones de algunas de ellas para comprender las preguntas del cuestionario.

Estos datos están recogidos en soporte informático, en ficheros individuales de MS Excel, que incluyen tanto los resultados de la respuesta de cada ítem, como las puntuaciones estandarizadas y de percentil en cada una de las 8 dimensiones de Calidad de Vida del Modelo de (Schalock y Verdugo, 2003b): Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Autodeterminación, Desarrollo personal, Inclusión social, Relaciones interpersonales y Derechos. También se incluye en las 3 escalas una puntuación global llamada Índice de Calidad de Vida y el correspondiente percentil de este índice.

Esta investigación va a analizar, de forma agregada y también segmentada, los datos recogidos en estas dos mediciones, poniéndolos en relación con las prácticas llevadas a cabo por el servicio y sus profesionales en la atención a sus usuarios durante ese periodo, con el objetivo de establecer relaciones entre lo que ha hecho el servicio para mejorar la Calidad de Vida de los usuarios y los resultados obtenidos, o no, de mejora de su calidad de vida.

Hipótesis de la investigación:

Las nuevas prácticas de intervención del servicio CAD “Vareia” llevadas a cabo durante el periodo 2010-2012 han mejorado de forma significativa la Calidad de Vida de las personas usuarias del servicio.

3.1.2 Estrategia metodológica:

El desarrollo metodológico del TFG ha consistido en:

Fase 1ª: Determinación de las nuevas prácticas llevadas a cabo entre 2010 y 2012.

A través de la revisión de las memorias y planes de acción del servicio durante el periodo 2010 y 2012, se ha determinado que los dos proyectos de innovación llevados a cabo desde 2008 en el CAD “Vareia” sean las nuevas prácticas analizadas dentro de este TFG. Estas nuevas prácticas son las siguientes:

- la **implantación en el servicio de la metodología de Planificación Centrada en la Persona** (González y Canal (dir.), 2007) como forma de apoyar a los usuarios del CAD “Vareia” a que elaboren sus Planes Personales de Futuro. En esta nueva práctica del servicio participaban 26 usuarios (48,15% de la muestra analizada) entre 2010 y 2012.
- **Puesta en marcha en el CAD “Vareia” de Grupos de Autogestores FEAPS** (grupos de autodefensa de derechos) constituidos por usuarios del servicio (Urizarna Varona y Verdugo (dir.), 2011). En total 22 usuarios (40,74% de la muestra) participaban entre 2010 y 2012 en grupos de autogestores.

Por medio de este TFG vamos a analizar si ambos proyectos de innovación han podido tener alguna relación o no con la mejora de la CDV en general o en alguna de las dimensiones evaluadas.

Fase 2ª: Elaboración de las tablas de datos

Para la elaboración de las tablas de datos, en primer lugar se ha utilizado el software Microsoft EXCEL, para recopilar los datos de cada una de las escalas evaluadas con cada usuario, calcular el Perfil de Proveedor de los años 2010 y 2012, y ver la evolución general del servicio y de los grupos de usuarios que han participado en cada una de las nuevas prácticas (los proyectos de innovación citados antes).

Posteriormente hemos utilizado el software PASW Statistics 17 (anteriormente denominado SPSS, Statistical Package for the Social Sciences) para analizar la relación entre las nuevas prácticas llevadas a cabo en el CAD “Vareia” y la evolución de la CDV de los usuarios.

Las tablas de datos analizadas recogen información como edad y sexo, el tipo de plaza del que son usuarios en el servicio (Ocupacional o Centro de Día), la participación o no en las “nuevas prácticas” del servicio, las mediciones del 2010 y 2012 en cada una de las escalas

utilizadas y las comparaciones entre las 2 medidas. Además se incluye un código del usuario consistente en un número (del 1 al 54) para asegurar el anonimato de las personas usuarias.

En el anexo se recoge las tablas de datos (tablas de la 5 a la 10) de los 54 usuarios que utilizaban el servicio tanto en 2010, como en 2012. Se han eliminado los datos de los usuarios de 2010 que dejaron el CAD "Vareia" en 2011 (bajas), y de los nuevos usuarios de 2012 (altas). Estas tablas recogen el percentil en se encuentra el usuario en cada una de las dimensiones de CDV que evalúa la escala, y en el Índice de CDV que representa la situación global de la persona.

Fase 3ª: Determinación del perfil de proveedor

El Perfil de Proveedor es una representación gráfica de los percentiles promedio de la CDV de los usuarios de un servicio (también denominado "proveedor" de CDV). Nos permite tener una idea general de la situación de la CDV de los "clientes" del Centro.

Esta fase del proyecto ha tenido como objeto poder tener una visión global de la CDV de las personas usuarias del servicio, y de su evolución en el periodo 2010-2012. Estos perfiles, también permiten comparar cuál es la situación de la CDV de cada persona usuaria, respecto al perfil de proveedor.

Fase 4ª: Análisis estadístico de los datos.

Para tener una visión clara de los cambios producidos en la CDV individual de las personas y en el perfil de servicio, así como los factores que pueden haber tenido que ver con esos cambios, se ha realizado un análisis estadístico de los datos tanto de tipo descriptivo, como inferencial (tablas de contingencia, estadístico chi-cuadrado...), con el correspondiente establecimiento previo de hipótesis de contraste relacionadas con las "nuevas prácticas" y otros factores.

Fase 5ª: Conclusiones del análisis y de propuestas de mejora del servicio.

Con los resultados, fruto del análisis de los datos, se han determinado unas conclusiones, y en un futuro se elaborará un informe de propuestas dirigidas a mejorar el servicio ofrecido a las personas usuarias. Estas propuestas serán tanto a nivel microsistema (personas usuarias), como a nivel mesosistema (servicio y entidad).

3.1.3 Características de los instrumentos.

Los instrumentos utilizados para la evaluación de CDV de las personas usuarias en 2010 y 2012 fueron la Escala INTEGRAL (M. A. Verdugo, Gómez, et al., 2009) y la Escala

GENCAT (M. A. Verdugo, Arias, et al., 2009). En los anexos se incluye una copia del cuestionario de cada una de las escalas y del correspondiente baremo de corrección que permite extraer la puntuación estandarizada y el percentil en que se encuentra la puntuación.

Es necesario señalar que, en el caso de la sub-escala SUBJETIVA, no fue posible pasarla a todos los usuarios objeto del proyecto, debido a que no todos los usuarios del servicio cuentan con capacidades para comprender las preguntas de este cuestionario o bien para comunicar su respuesta a las mismas.

A continuación se ofrece una breve descripción de estas escalas.

- Escala INTEGRAL de Calidad de Vida (Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009)

La Escala INTEGRAL sirve para evaluar la CDV de adultos (mayores de 18 años) con discapacidad intelectual, desde la perspectiva subjetiva (de la propia persona evaluada) y objetiva (un profesional que conozca a la persona evaluada desde al menos 3 meses). Cada una de las perspectivas es evaluada con una sub-escala (“SUBJETIVA” y “OBJETIVA”). Aunque la escala tiene como referencia el modelo de CDV de 8 dimensiones de Schalock y Verdugo (2003), los ítems y los resultados de la evaluación se agrupan en:

- Sub-escala SUBJETIVA: Autodeterminación (AU), Inclusión Social (IS), Bienestar Laboral (BL), Bienestar Emocional y Físico (BEF), y Bienestar Familiar (BFAM).
- Sub-escala OBJETIVA: Autodeterminación (AU), Inclusión Social (IS), Bienestar Laboral (BL), y Bienestar Emocional y Físico (BEF).

La sub-escala SUBJETIVA cuenta con 39 ítems, que la persona con discapacidad valora del 1 al 4, mientras la sub-escala OBJETIVA tiene 23 ítems, que el profesional que conoce a la persona con discapacidad valora con un 1 ó 0 en cada ítem si este se cumple o no. Una vez rellenas cada una de las sub-escalas, se realiza el siguiente proceso:

- Sumar las puntuaciones de cada una de las dimensiones en las que están agrupados los ítems.
- A través de un baremo de corrección (uno para cada sub-escala) se extrae la puntuación estandarizada de cada dimensión.
- Con esta puntuación estándar, y utilizando el baremo, se haya el percentil en el que se encuentra.
- Además se obtiene la puntuación del Índice de CDV (ICDV) y su correspondiente percentil, que sirve como puntuación resumen de la CDV de la persona. Este percentil, representa cómo está la CDV de la persona con respecto al grupo de población de referencia de la escala, para el que se ha validado (ej.: una persona con discapacidad

intelectual con su ICDV en un percentil 32, quiere decir que el 32% del grupo de población de personas con discapacidad intelectual del que forma parte tiene un ICDV peor que el suyo, y un 68% mejor.).

- Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009)

Esta escala, sirve para evaluar la CDV de personas mayores de 18 años, con o sin discapacidad. Fue elaborada por encargo del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), con el objetivo de evaluar la CDV de las personas usuarias de los Servicios Sociales, para definir los PIA (Plan Individual de Atención), y valorar la evolución y resultados de la intervención realizada desde los recursos sociales dependientes del ICASS (residencias, centros de atención, programas sociales, etc.).

Está compuesta por 69 ítems distribuidos en las 8 dimensiones del Modelo de CDV de Schalock y Verdugo (2003), que se puntúan de 1 a 4 (“Siempre o casi Siempre”, “Frecuentemente”, “Algunas veces” o “Nunca o casi nunca”). Algunos de los ítems varían dependiendo del colectivo de usuarios de los Servicios Sociales al que pertenece el usuario objeto de evaluación. El informador que rellena la escala puede ser un profesional de los Servicios Sociales, que conozca al usuario desde al menos 3 meses, contando si es necesario con la información facilitada por otros informadores (otros profesionales que conocen al usuario, sus familiares, etc.).

Una vez rellena la escala, se sigue un proceso similar al utilizado en la Escala INTEGRAL, aunque en la Escala GENCAT la tabla del baremo de corrección varía según el colectivo al que pertenece el usuario. Existen 4 baremos diferentes para los siguientes colectivos: muestra general (para cualquier persona que no forma parte de los otros colectivos), Personas mayores de 50 años, Personas con discapacidad intelectual, y Personas de otros colectivos (que incluyen: personas con drogodependencias, VIH-SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental).

En el caso del CAD “Vareia”, se utilizó con el baremo para personas con discapacidad intelectual, para evaluar la CDV de los usuarios, utilizando la información recabada por los familiares (principalmente sus padres y madres) o tutores legales de los usuarios, y siendo los Responsables de Programas o el Trabajador Social del Centro las personas que rellenaban la escala.

3.1.4 Muestra escogida y modo de selección: características de los usuarios del servicio.

En el CAD “Vareia” se ofrece apoyos a 60 personas adultas (mayores de 18 años) con discapacidad intelectual, que corresponden con la población total del Centro. Estos apoyos abarcan múltiples áreas de su vida y buscan desarrollar su autonomía e inclusión social en la comunidad en la que viven (Logroño y alrededores). Para ello se realiza una planificación individual de los apoyos que necesita cada usuario teniendo en cuenta, las peculiaridades del entorno en donde viven, su familia y su etapa vital. La provisión de estos apoyos se realiza a través de 50 plazas de centro ocupacional y 10 de centro de día que se diferencian en el ratio de personal asignado a las mismas (centro de día 1 monitor / 5 usuarios, y centro ocupacional 1 monitor / 8 usuarios) y la intensidad de los apoyos prestados a los usuarios. Además el servicio cuenta con una Directora (responsable de la gestión), dos Responsables de Programas (Pedagoga y Psicólogo), un Trabajador Social y un Preparador Laboral. La totalidad de estas plazas se encuentran concertadas con el Gobierno de La Rioja (Consejería de Salud y Servicios Sociales) que financia las mismas, dentro del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.

La población total de usuarios del servicio son personas con más de 18 años. En 2012 – año en el que se hace la 2ª recogida de datos objeto de este TFG- la edad media de todos los usuarios era de 39,32 años, y su distribución por sexos: 55% mujeres y 45% hombres. A continuación se indica en la Tabla 3 una comparativa de las valoraciones de grado de discapacidad y dependencia del conjunto de usuarios del Centro:

Distribución del total de usuarios del CAD “Vareia” según Grado de Discapacidad y Dependencia (elaboración propia). Tabla 3

Grado de Discapacidad	Nº pers.	% usuarios
33% - 64%	8	13,33 %
65% - 74%	28	46,67 %
75% ó más	24	40,00 %

Grado de Dependencia	Nº Pers.	% usuarios
No Grado/No Valorado	7	11,67%
G.I (Dep. Moderada)	5	8,33%
G.II (Dep. Grave)	20	33,33%
G.III (Gran Dep.)	28	46,67%

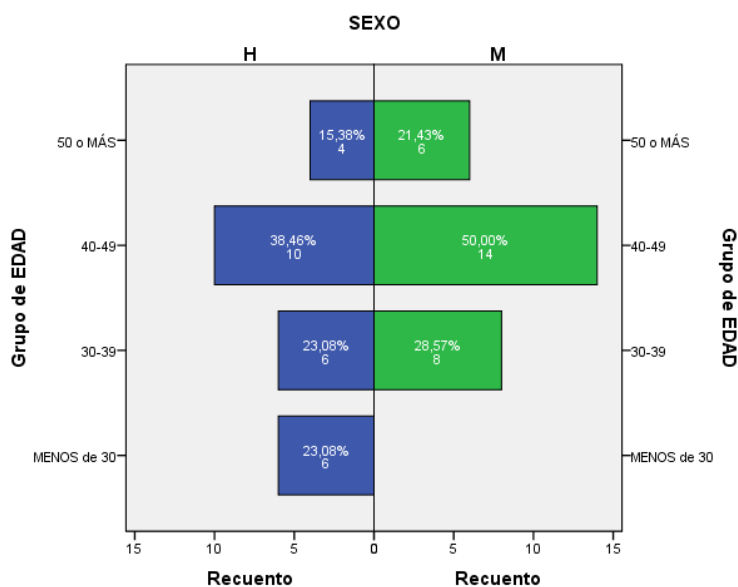
El diagnóstico de discapacidad principal del 100,00% de las personas usuarias es “discapacidad intelectual”, aunque a ésta en ocasiones se asocian otros diagnósticos. Estos diagnósticos se distribuían en 2012 según lo reflejado en la Tabla 4:

Distribución del total de usuarios del CAD “Vareia” según el diagnóstico principal y secundario (elaboración propia). Tabla 4

Diagnóstico Principal	% usuarios	Diagnóstico secundario	% usuarios
Retraso Mental	96,7%	Discapacidad Física	11,7%
- Inteligencia Limite	6,7%	Alter. Columna Vertebral	6,7%
- Ligero	36,7%	Parálisis Cerebral	5,0%
- Moderado	43,3%	Otros	20,1%
- Severo	10,0%		
Otros diagnósticos	3,4%		

En este proyecto, se van a comparar las mediciones de CDV de los usuarios del servicio de los años 2010 y 2012, hemos de tener en cuenta que no existen medidas los 2 años del 100% usuarios. Del total de 60 personas usuarias del CAD “Vareia”, contamos con medidas en 2010 y 2012 de 54 personas, lo que consideramos una muestra lo suficientemente significativa. En la gráfica 4 se refleja la distribución de los usuarios objeto de estudio por sexos y edades:

Distribución de la muestra de usuarios del CAD “Vareia” analizados por género y grupos de edad (elaboración propia). Gráfica 4.



3.1.5 Recogida de datos

La recogida de datos que en este TFG se han analizado, se realizó en el 1er semestre de 2010 y en el 1er semestre de 2012, utilizando las Escalas INTEGRAL (M. A. Verdugo, Gómez, et al., 2009) y GENCAT (M. A. Verdugo, Arias, et al., 2009). En esta recogida de datos participaron tanto los usuarios, profesionales de atención directa, y familiares de los usuarios como informadores, como los Responsables de Programas y el Trabajador Social del CAD “Vareia” como evaluadores. En aquel momento (y hasta 2013) el autor del TFG era el Trabajador Social del Centro. En total se recogió información de 60 usuarios en 2010 (100% de los usuarios del servicio), y de 58 usuarios en 2012 (96,66% de los usuarios del servicio).

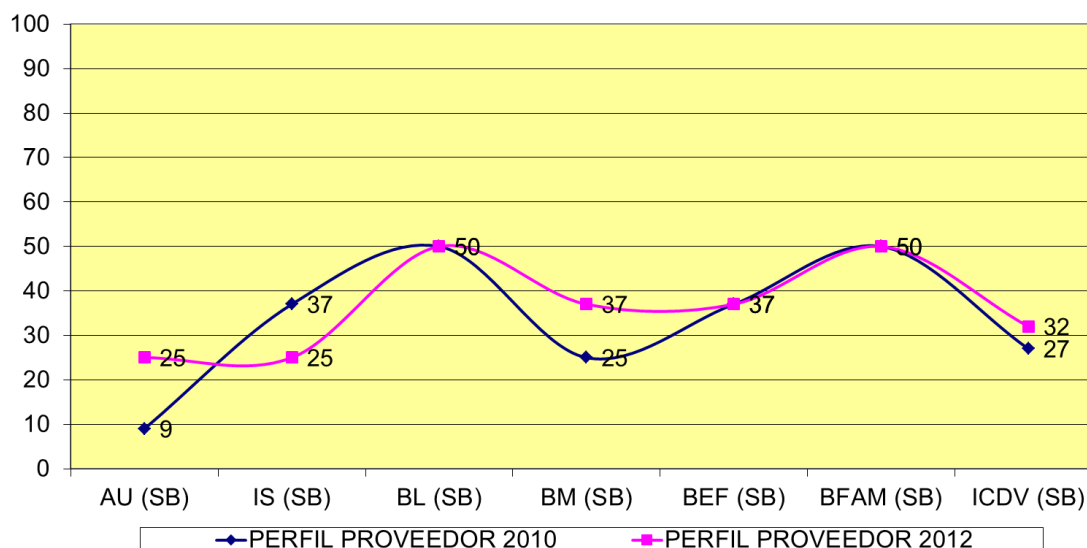
Debido al objeto de este estudio, los datos que se analizan para este TFG, son los de 54 de los usuarios del CAD “Vareia” (90% de los usuarios del servicio), de los que se cuentan con medidas de CDV en los 2 años. Estos 54 usuarios constituyen la muestra analizada en el TFG.

3.2 Análisis de resultados

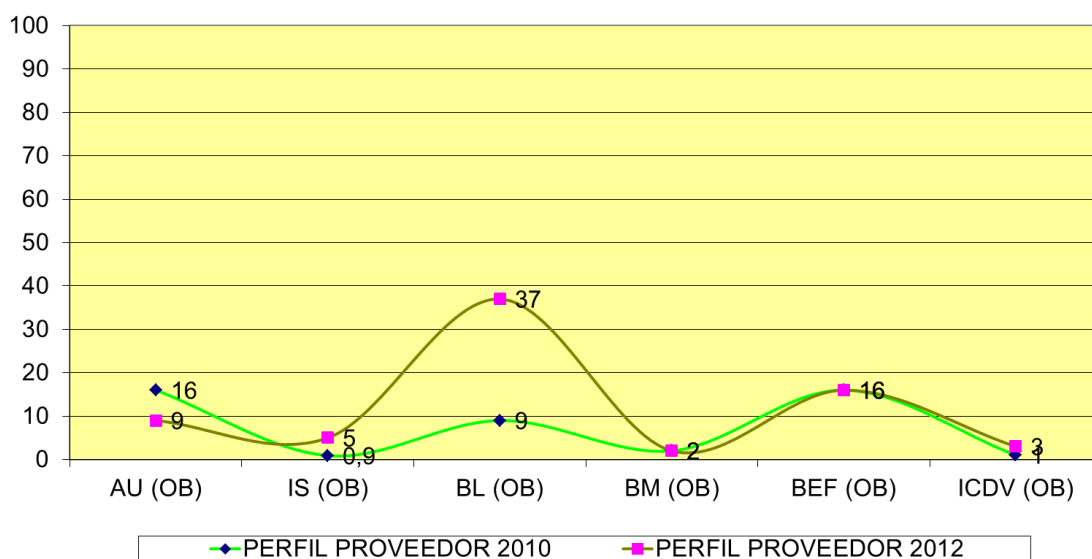
En primer lugar se ha calculado el Perfil de Proveedor tomado como referencia lo hecho por M. A. Verdugo et al. (2013) para determinar estos perfiles de los servicios del ICASS. Consiste en determinar el promedio de las puntuaciones de la muestra de usuarios en cada uno de los ítems de las escalas -tanto en la GENCAT, objeto del trabajo citado; como en las sub-escalas SUBJETIVA y OBJETIVA de la INTEGRAL-, y posteriormente, con esa puntuación, determinar la puntuación estandarizada y percentil de cada una de las dimensiones y su ICDV.

En las siguientes gráficas 5, 6 y 7 se pueden ver los Perfiles de Proveedor en 2010 y 2012 de los usuarios del CAD “Vareia”, en cada una de las escalas:

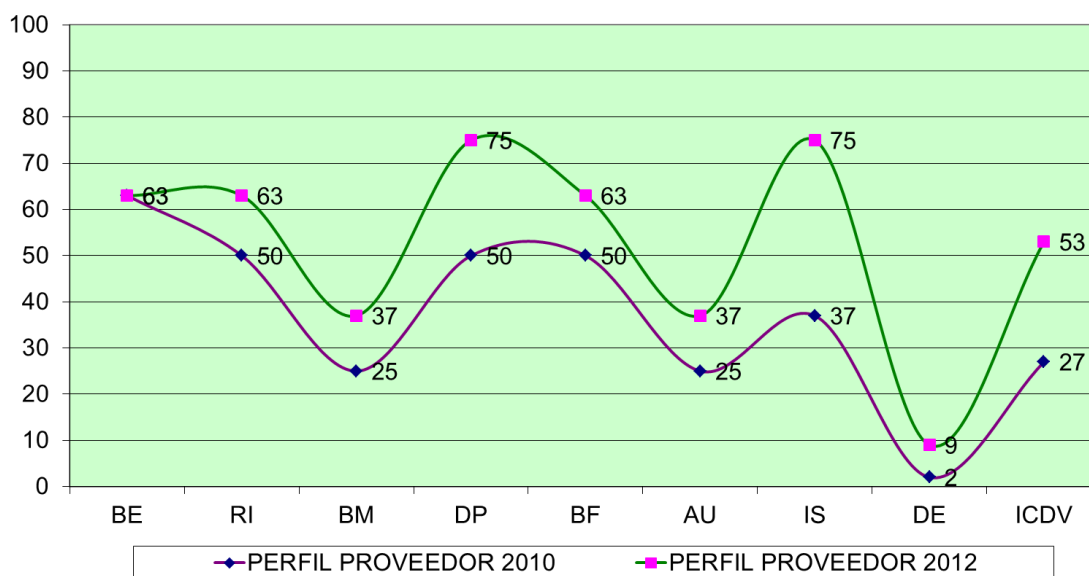
Comparaciones del Perfil de Proveedor de 2010 y 2012 de la Sub-Escala SUBJETIVA (elaboración propia). Gráfica 5.



Comparaciones del Perfil de Proveedor de 2010 y 2012 de la Sub-Escala OBJETIVA (elaboración propia). Gráfica 6.



Comparaciones del Perfil de Proveedor de 2010 y 2012 de la Escala GENCAT (elaboración propia). Gráfica 7.



Por un lado, se ven reflejados en estos perfiles de proveedor las diferencias entre las diferentes perspectivas de los informadores de la CDV recogida en con las 2 sub-escalas SUBJETIVA (usuarios) y OBJETIVA (profesional de atención directa), y la escala GENCAT (familiares). Por otro, que hay variaciones entre los perfiles de proveedor de 2010 y 2012.

- **Sub-escala SUBJETIVA:** Las dimensiones AU y BM han mejorado en 2012 su percentil de forma significativa (16 y 12 respectivamente), y el ICDV (a aumentado en 5), mientras la dimensión IS ha empeorado (el percentil se ha reducido en 12 desde

2010). En el caso de las dimensiones BL, BEF y BFAM se mantienen en el mismo percentil que en 2010.

- **Sub-escala OBJETIVA:** Este perfil de proveedor donde las dimensiones evaluadas se encuentran en percentiles más bajos, lo que refleja que según la perspectiva de los profesionales la CDV es en general peor que la percibida por los usuarios, o por los familiares. En esta escala únicamente la dimensión BL mejora de forma significativa entre 2010 y 2012 (aumento en 28 percentiles). De hecho la dimensión AU que en la sub-escala SUBJETIVA (usuarios) había mejorado de forma importante (16 percentiles más), en esta esta escala ha empeorado (7 percentiles menos).
- **Escala GENCAT:** En el caso de este perfil de proveedor vemos como todas las dimensiones de CDV y el ICDV han mejorado sus percentiles de forma significativa (12 percentiles o más), excepto las dimensiones de BE que se mantiene igual en los 2 años, y DE que aunque mejora solo lo hace en 7 percentiles. De hecho en 2012 en 5 de las 8 dimensiones de CDV del perfil de proveedor se encuentran por encima del percentil 50, es decir por encima del 50% del grupo de población de referencia (en 2010 solo en 4 dimensiones).

Una vez analizada la evolución de los perfiles de proveedores en las 3 escalas, se ha analizado en qué medida las nuevas prácticas llevadas a cabo a través de 2 proyectos innovadores (PCP y AUTOGESTORES) han tenido impacto o no en la mejora de CDV de los usuarios.

Para ellos se ha procedido a comparar si los usuarios habían mejorado o no su percentil en cada una de las dimensiones de las 3 escalas, y si habían participado o no en alguna de las 2 nuevas prácticas o en las 2, a través de tablas de contingencia, y efectuado la prueba estadística ji-cuadrado para valorar la independencia o relación de alguna de esas prácticas con la mejoría o no de su CDV. En el anexo se incluyen las tablas de contingencia de los resultados referidos más adelante, con las correspondientes pruebas de contraste (ver en los anexos las tablas 11 a 29).

Los resultados son, organizados por cada una de las nuevas prácticas en las que han participado usuarios del servicio:

- **Autogestores:**
Mientras en la sub-escala SUBJETIVA no se ha detectado ninguna relación de dependencia entre la participación en los Grupos de Autogestores y los cambios en los percentiles de CDV, en las escalas OBJETIVA y GENCAT se ha encontrado una

relación positiva (valores de la prueba ji-cuadrado de 0,05 o menor) entre participar en estos grupos y la mejora de los resultados entre 2012 y 2013 de los usuarios en las siguientes dimensiones:

- OBJETIVA (profesionales de atención directa): Inclusión Social y Bienestar Laboral.
- GENCAT (familiares o tutores): Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Inclusión Social y en general el Índice de Calidad de Vida.

Como ejemplo de este análisis se incluye la Tabla 14 incluida en el anexo (ver tablas 11 a la 16 del anexo), sobre el análisis entre la mejora de la dimensión Bienestar Material en la Escala Objetiva en relación a si el usuario ha participado o no en Grupos de Autogestores:

Bienestar Material. Percentil Escala Objetiva (elaboración propia). Tabla 5

BM_GENCAT_MEJORA * AUTOGESTORES			AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
BM_GENCAT_MEJORA	NO	Recuento	19	5	24
		% dentro de AUTOGESTORES	63,3%	26,3%	49,0%
	SI	Recuento	11	14	25
		% dentro de AUTOGESTORES	36,7%	73,7%	51,0%
Total	Recuento		30	19	49
	% dentro de AUTOGESTORES		100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,379 ^a	1	,012	,019	,012
Corrección por continuidad ^b	4,983	1	,026		
N de casos válidos	49				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,31.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

- **Planificación Centrada en la Persona:**

En el caso de esta nueva práctica, se han detectado relaciones positivas de dependencia estadísticamente significativas (ver tablas 17 a 21 del anexo) entre esta práctica y la mejora de CDV de los usuarios que han participado en ella (contar con una PCP en general ha facilitado la mejora de resultados) en los siguientes aspectos:

- SUBJETIVA (usuarios): Autodeterminación y Bienestar Laboral.
- OBJETIVA (profesionales de atención directa): Bienestar Laboral y Bienestar Emocional y Físico.
- GENCAT (familiares o tutores): Autodeterminación.

Una muestra de este análisis se refleja en la siguiente Tabla 17 incluida en el anexo, donde se refleja la relación entre la mejora o no de la dimensión Autodeterminación en la Escala Subjetiva en relación a si el usuario ha participado o no en un proceso de Planificación Centrada en la Persona:

Autodeterminación. Percentil Escala Subjetiva (elaboración propia). Tabla 6

AU_PERC_SB_MEJORA * PCP			PCP		Total
			NO	SI	
AU_PERC_SB_MEJORA	NO	Recuento	7	3	10
		% dentro de PCP	53,8%	18,8%	34,5%
	SI	Recuento	6	13	19
		% dentro de PCP	46,2%	81,3%	65,5%
Total		Recuento	13	16	29
		% dentro de PCP	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,910 ^a	1	,048	,064	,056
Corrección por continuidad ^b	2,511	1	,113		
N de casos válidos	29				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,48.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

- **Autogestores y Planificación Centrada en la Persona:**

12 de los usuarios del CAD “Vareia” (22,22% de la muestra) participaron entre 2010 y 2012 en las 2 nuevas prácticas de PCP y Autogestores. Se han detectado relaciones de dependencia estadísticamente significativas en la evolución de las siguientes dimensiones de CDV de las sub-escalas SUBJETIVA y OBJETIVA (ver tablas 22 a 24 del anexo). También en estos casos la relación es positiva:

- SUBJETIVA (usuarios): Bienestar Laboral e Índice de CDV.

- OBJETIVA (profesionales de atención directa): Bienestar Laboral.

A modo de ejemplo se incluye la Tabla 23 incluida en el anexo sobre la relación de las mediciones de CDV en la Escala Subjetiva con la participación conjunta en las 2 nuevas prácticas:

Índice de CDV. Percentil Escala Subjetiva (elaboración propia). Tabla 7

ICDV_PERC_SB_MEJORA * PCP+AUTOGESTORES			PCP+AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
ICDV_PERC_SB_MEJORA	NO	Recuento	10	1	11
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	55,6%	9,1%	37,9%
	SI	Recuento	8	10	18
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	44,4%	90,9%	62,1%
Total		Recuento	18	11	29
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,261 ^a	1	,012	,019	,015
Corrección por continuidad ^b	4,443	1	,035		
N de casos válidos	29				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,17.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Además se ha analizado si existía alguna relación estadísticamente significativa entre las variables sexo, tipo de plaza de la que es usuario (Ocupacional y Centro de Día) y edad, aunque estas variables no tenían relación con la hipótesis establecida en la investigación. Estos resultados pueden ser objeto de investigaciones posteriores. Los resultados son los siguientes:

- **SEXO:**

Mientras en la sub-escala SUBJETIVA no se ha encontrado una relación entre la evolución de CDV y el sexo del usuario, en las escalas OBJETIVA y GENCAT sí (ver tablas 25 y 26 del anexo):

- OBJETIVA (profesionales de atención directa): Autodeterminación.

- GENCAT (familiares o tutores): Derechos. Esta relación es negativa en el sentido que un número menor de mujeres ha mejorado sus resultados en esta dimensión de CDV (40% de mujeres), mientras que los hombres han mejorado en esta dimensión en gran número (70,8%).
- **TIPO DE PLAZA:**
- En el caso de los usuarios de plazas de Centro de Día no se dispone de datos de evolución entre 2010 y 2012 en la sub-escala SUBJETIVA (la mayoría de los usuarios de este tipo de plazas no han podido responder a esta escala, y los que sí, no disponen de medias en los 2 años). Por tanto no podemos determinar relación entre la evolución de CDV en esta escala y el tipo de plaza. Sin embargo en las escalas OBJETIVA y GENCAT se han detectado las siguientes relaciones (ver tablas 27, 28 y 29 del anexo):
- OBJETIVA (profesionales de atención directa): Inclusión Social e Índice de CDV.
 - GENCAT (familiares o tutores): Relaciones Interpersonales.
- **EDAD:**
- No se ha detectado ninguna relación significativa entre la edad de los usuarios y la evolución de su CDV.

3.3 Discusión crítica de los resultados

Después del análisis de resultados podemos hacer las siguientes afirmaciones en relación con los resultados y al propio marco empírico de la investigación (herramientas utilizadas, metodología, etc.).

Perfiles de Proveedor:

- La sub-escala OBJETIVA de la Escala INTEGRAL, debido a la limitación tanto en número de ítems, como en escala de valoración (solo permite valorar “SI” ó “NO”) no reflejar adecuadamente la realidad de la situación personal de los usuarios, ni la mejora o empeoramiento de su bienestar personal. Por todo ello no sería recomendable continuar utilizando esta Escala en mediciones posteriores, o para extender su uso en el resto de servicios de ASPRODEMA.
- La Escala GENCAT ofrece más posibilidades de cara a la evaluación de CDV respecto al modelo de Schalock y Verdugo (2003) de referencia para ASPRODEMA, que la Escala INTEGRAL ya que, ofrece resultados en cada una de 8 dimensiones del modelo, cuenta con un mayor número de ítems (63 frente, a los 23 de la sub-escala OBJETIVA, o 39 de

la SUBJETIVA) que permiten recoger la situación personal de los usuarios de forma más ajustada, y por tanto es más “sensible” a un número más amplio de situaciones de los usuarios del servicio.

- En todas las escalas, especialmente en la GENCAT, se refleja una mejoría del ICDV entre los perfiles de proveedor del servicio entre 2010 y 2012. Esto es coherente con que el 67,35% de usuarios han mejorado su ICV en esta escala entre 2010 y 2012.

Relación entre las nuevas prácticas llevadas a cabo entre 2010 y 2012, con la evolución de CDV de los usuarios

- La participación de los usuarios del CAD “Vareia” tanto en procesos de Planificación Centrada en la Persona, como en Grupos de Autogestores, ha tenido un impacto positivo en varias de las dimensiones de CDV evaluadas.
- En el caso de los usuarios que han participado en Grupo de Autogestores hay una relación entre la participación en esta nueva práctica con su evolución positiva en Inclusión Social, Relaciones Interpersonales y Bienestar Material. Además también ha tenido un impacto positivo en el Índice de CDV de la Escala GENCAT.
- La participación en procesos de Planificación Centrada en la Persona de los usuarios ha tenido un impacto positivo en Autodeterminación y Bienestar Emocional y Físico.
- Cuando los usuarios han participado en ambas nuevas prácticas se detecta una mejora en Bienestar Laboral, y en la percepción del propio usuario en su Índice de CDV.
- Podemos considerar que atención prestada por el CAD “Vareia” a los usuarios, al menos a través de las nuevas prácticas analizadas en este TFG, tiene impacto en la evolución positiva de su CDV.
- El análisis de las prácticas e intervención individual llevada a cabo por los profesionales del servicio, respecto a su impacto en su CDV y en cada una de sus dimensiones, es viable y útil, para evidenciar en qué medida la CDV de los usuarios mejora por la atención recibida desde el servicio, o solo es debida a factores externos.

Otras variables relacionadas con la mejora de CDV entre 2010 y 2012

- Desde el punto de vista de los profesionales (sub-escala OBJETIVA) las mujeres usuarias del CAD “Vareia” han mejorado su Autodeterminación en mayor medida que los hombres (39,3% de mujeres han mejorado, frente al 11,5% de hombres).
- Los familiares o tutores de los usuarios informan que las mujeres usuarias del servicio han mejorado en menor medida que los hombres en Derechos (solo han mejorado el 40,0% de las mujeres, frente al 70,8% de hombres).
- Los usuarios de plazas de tipo Ocupacional (y por tanto en general con menores necesidades de apoyo respecto a los usuarios de plazas de Centro de Día) han mejorado especialmente desde el punto de vista de los profesionales de atención directa en Inclusión Social (65,9% de usuarios de Ocupacional, frente al 10,0% de Centro de Día) e Índice de CDV (72,7% de Ocupacional frente al 30,0% de Centro de Día).
- Tanto el sexo, como el grado de discapacidad de las personas usuarias, pueden tener una relación importante con las posibilidades de mejorar su CDV. Por este motivo es importante abordar en próximas investigaciones estudios en profundidad sobre las causas que llevan a que personas de diferente sexo, o grado de discapacidad, sufran diferencias sustanciales en su bienestar personal.
- Actualmente la edad de los usuarios del servicio, no tiene un impacto significativo en la evolución positiva o negativa de su CDV.

Propuestas de mejora en el servicio para profundizar en el modelo de Calidad de Vida en base a los resultados.

- Continuar ampliando la oferta de la metodología de Planificación Centrada en la Persona a un mayor número de usuarios. De los resultados del estudio se desprende que este proyecto está teniendo una relación significativa en la mejora de la CDV de los usuarios participantes.
- Aumentar la oferta de participación en Grupos de Autogestores a un mayor número de usuarios del servicio.
- Continuar analizando la evolución de la CDV tanto de cada usuario, como del perfil de proveedor, en los próximos años, y contrastando esa evolución con la participación de los usuarios tanto en los proyectos de Planificación Centrada en la Persona y Grupos de Autogestores, como en otras actividades y apoyos que se prestan desde el servicio.

- Analizar en profundidad en futuras investigaciones la relación entre el sexo, grado de discapacidad de las personas usuarias, y la participación en otras prácticas llevadas a cabo en los servicios, con la mejora o no de la CDV.
- Extender el análisis de la CDV a todas las personas usuarias de los servicios de ASPRODEMA, y elaborar y hacer seguimiento de los perfiles de proveedor de los centros, servicios y programas que desarrolla la Asociación como forma de conocer el impacto que tiene en conjunto ASPRODEMA en la CDV de las personas a las que ofrece atención.

4. CONCLUSIONES

El objetivo de este TFG era Analizar la Calidad de Vida de las personas usuarias del CAD “Vareia” entre 2010 y 2012. En este análisis se incluía el conocer la CDV de las personas usuarias del servicio (de forma individual y agregada a través de “perfiles de proveedor”), su evolución entre estos 2 años y su posible mejora en ese periodo de tiempo, además de la posible relación entre la mejora de la CDV de estas personas y algunas de las prácticas de atención llevadas a cabo por el Centro.

El conocer la evolución de la CDV de los usuarios, saber si es positiva y además debida - aunque solo sea en parte- a la actuación del Centro, viene motivado por la misión principal de este servicio, que es mejorar la CDV de las personas usuarias del servicio. Medir la CDV de cada persona y del conjunto de personas que utiliza este recurso social, analizar la mejora o deterioro de la misma, y saber de qué manera la intervención llevada a cabo por el CAD “Vareia” está colaborando a que la CDV de sus usuarios mejore, son cuestiones clave para un Centro de estas características. Un servicio que ve a la persona desde un modelo biopsicosocial de discapacidad, se orienta por el modelo “Comunitario” de atención, pretende basar sus prácticas en evidencias, y que es eficaz en el logro de sus objetivos, debe manejar esa información, junto a otras, para conocer en qué medida la persona con discapacidad está consiguiendo sus Resultados Personales, mejorando su bienestar personal, y si el propio servicio está teniendo un papel relevante en esos logros. De no ser así, tanto el servicio como la organización que la respalda, debe revisar sus prácticas de atención, su modelo y estructura, ya que no estará ofreciendo los apoyos que la persona requiere para mejorar sus condiciones de vida. Actualmente comienzan a estar superadas las visiones paradigmáticas de que las buenas prácticas de atención a personas con discapacidad eran aquellas que las cuidaban adecuadamente, o que se orientaban al entrenamiento y logro de las habilidades consideradas necesarias para la integración social (desde las perspectivas de los profesionales, organizaciones o familiares/tutores).

En relación a los objetivos del análisis, y al ser el TFG del tipo Investigación Social se estableció la siguiente hipótesis: Las nuevas prácticas de intervención del servicio CAD “Vareia” llevadas a cabo durante el periodo 2010-2012 han mejorado de forma significativa la Calidad de Vida de las personas usuarias del servicio. Esta hipótesis ha sido confirmada de forma parcial.

Los resultados del análisis de las mediciones de CDV entre los años 2010 y 2012 reflejan una mejoría de la CDV, y por tanto del bienestar personal, de los usuarios del CAD “Vareia” (en todas las escalas se refleja una mejoría del Índice de CDV en más del 60,00% de los usuarios), y de forma agregada en el perfil de proveedor del servicio. Esta mejoría sobre

todo se manifiesta a través de la Escala GENCAT y de la información recogida a través de las familias o tutores legales de los usuarios. Los motivos de esa mejora pueden tener que ver con factores externos al CAD “Vareia”, como por ejemplo otros servicios de la entidad, cambios en la red de servicios al colectivo, situaciones personales y familiares (problemas u oportunidades), etc. Pero fruto del análisis realizado para establecer si existen relaciones significativas entre algunas de las actividades llevadas a cabo por el CAD “Vareia”, se puede afirmar que este servicio ha tenido que ver con la mejora en muchos casos de la CDV de sus personas usuarias.

Respecto a las nuevas prácticas llevadas a cabo en el periodo analizado –Planificación Centrada en la Persona y Grupos de Autogestores- aunque no existe una relación significativa en la mejora de todas las dimensiones de CDV, se comprueba que tiene un impacto real en algunas de las dimensiones. En el caso de los Grupos de Autogestores se ha detectado una relación con la mejora en Inclusión Social, Bienestar Laboral y Material, Relaciones Interpersonales, y el ICDV; y en la Planificación Centrada en la Persona una relación con la mejoría de las dimensiones Autodeterminación, Bienestar Laboral, y Bienestar Emocional y Físico. Es llamativo que en el periodo analizado no hayan tenido ambas prácticas el esperado impacto clave en las dimensiones de Autodeterminación y Derechos con la información recabada desde todas las perspectivas (profesionales, familiares o la propia persona con discapacidad). Únicamente en las personas que han participado en procesos de Planificación Centrada en la Persona, se ha detectado en las escalas SUBJETIVA (informantes las propias personas usuarias) y GENCAT (informantes los familiares/tutores) relaciones significativas con la mejora en la dimensión de Autodeterminación. Quizás sea un pronto para que –sobre todo en el caso de los Grupos de Autogestores, práctica que se inició en la segunda mitad de 2011- estas nuevas prácticas tengan consecuencias más profundas en las dimensiones de CDV referidas.

Por tanto se considera que la hipótesis de partida planteada en esta investigación se cumple de forma parcial. Es decir, aunque la participación de los usuarios en alguna, o en las 2, nuevas prácticas han tenido una relación significativa en la mejora de algunas de las dimensiones de su CDV, no se puede afirmar que la participación en ellas haya supuesto una mejora generalizada en el conjunto de su CDV. La mejora en su CDV también ha sido debida a otros factores externos e internos del servicio que en futuros trabajos habrán de ser determinados y analizados.

Otra de las conclusiones fruto del análisis llevado a cabo en este TFG y de los trabajos previos de recogida de datos llevados a cabo por el CAD “Vareia” y definidos en el proyecto de innovación *“Implantación de la Cultura de la Calidad de Vida en el Centro de Atención Diurna Vareia”* (González y Canal (dir.), 2007), es la viabilidad de la evaluación de la CDV de

las personas, y la conversión en medible de un concepto que hasta hace pocos años únicamente era tenido en cuenta como principio orientador. Ahora, en 2014 existe un número importante de escalas en castellano y adecuadamente validadas para la población española, que permiten medir la CDV de las personas. No solo de aquellas que tienen discapacidad intelectual, sino también del conjunto de la población o que forman parte de otros colectivos sociales (personas mayores, VIH, discapacidad física, etc). Sorprende que, salvo en destacables excepciones como por ejemplo el ICASS y entidades del sector de la discapacidad intelectual principalmente, aún exista un número limitado de experiencias, en nuestro país no se utilicen este tipo de herramientas para la valoración CDV de las personas que utilizan los Servicios Sociales y otros servicios a la ciudadanía, cuando el término CDV y su mejora forman parte de los términos habitualmente utilizados por los responsables públicos, entidades sociales o empresas con fin de lucro que operan en el sector de atención a la población.

Por último, fruto del análisis del perfil de proveedor de 2012, es importante afirmar que es necesario llevar a cabo en los próximos años, acciones y medidas dirigidas a mejorar las dimensiones de Bienestar Material, Autodeterminación y Derechos de los usuarios, desde el servicio CAD “Vareia” y desde la Asociación ASPRODEMA. Estas son las 3 dimensiones que en global, aunque han mejorado en el periodo 2010-2012, están en peor situación especialmente en Derechos (en el perfil de proveedores de la Escala GENCAT por debajo del percentil 50). Por este motivo en el caso de la dimensión de Derechos es urgente llevar a cabo algún tipo de Plan de Acción orientado a:

- Mejorar la defensa de los derechos de las personas con discapacidad intelectual usuarias del servicio.
- Información y formación sobre los derechos de las personas con discapacidad intelectual dirigida las propias personas, a sus familiares, directivos y profesionales de ASPRODEMA.
- Formación en habilidades de autodefensa de sus derechos dirigida a las personas usuarias.

5. LIMITACIONES

En el desarrollo del proyecto he encontrado dificultades para analizar la percepción de los usuarios de su propia CDV, debido a 2 factores: las limitaciones de la sub-escala SUBJETIVA de la Escala INTEGRAL, y las dificultades de un número importante de usuarios del CAD “Vareia” para contestar a las preguntas de esta sub-escala. Esto ha conllevado que haya dispuesto de un número muy limitado de datos de la percepción de los usuarios de sobre su CDV, y que por tanto, no puedan ser generalizables los resultados y conclusiones de esta sub-escala al conjunto del servicio.

6. PROSPECTIVA

En este apartado quiero hacer una prospectiva sobre posibles pasos a dar en los próximos años en ASPRODEMA relacionados con el objeto de este TFG:

- Generalizar al conjunto de usuarios de servicios de la entidad la evaluación periódica de CDV.
- Elaborar perfiles de proveedor y analizar su evolución en el tiempo en todos los servicios del Grupo ASPRODEMA: Centros de Atención Diurna, Centro Especial de Empleo, Servicio “PAPyS” de Promoción de la Autonomía Personal y Social, servicio de Apoyo Emocional y Psicológico, y Servicios de Orientación e Intermediación Laboral.
- Evaluar la relación con la evolución de la CDV de los usuarios de los servicios con otras prácticas en los Centros de Atención Diurna de ASPRODEMA (CAD “Vareia” y “La Sierra”) como por ejemplo Gerontogimnasia, Apoyos relacionados con la Salud Física y Mental, Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación y participación en actividades de los servicios de Ocio de ASPRODEMA, de la Federación FEAPS La Rioja, o de los recurso de la comunidad (Universidad Popular, Urban Knitting Logroño, etc.).
- Que la Dirección del Grupo ASPRODEMA tenga en cuenta los perfiles de proveedor y su información como base para planificar objetivos estratégicos orientados a mejorar la CDV de los usuarios de nuestros servicios.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anaut, S., Urizarna, S., y Verdugo, M. Á. (2012a). Discapacidad: modelos y discursos hacia un enfoque de Derechos Humanos. *Atención social de personas con discapacidad: hacia un enfoque de derechos humanos* (pp 27-45). Buenos Aires: Lumen Hvmanitas. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4260622>
- Anaut, S., Urizarna, S., y Verdugo, M. Á. (2012b). Contexto social de la discapacidad. *Atención social de personas con discapacidad: hacia un enfoque de derechos humanos* (pp 119-143). Buenos Aires: Lumen Hvmanitas. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4260639>
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2011). *Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. (M. A. Verdugo, Trad.)Alianza ensayo (11ª ed.). Madrid: Alianza. Recuperado a partir de <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/25985/8-1/discapacidad-intelectual-definicion-clasificacion-y-sistemas-de-apoyo-undecima-edicion.aspx>
- Asociación Americana sobre Retraso Mental. (2002). *Discapacidad Intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyos*. (M. Á. Verdugo y C. Jenaro, Trads.)Alianza ensayo (10ª ed.). Madrid: Alianza.
- ASPRODEMA. (2013). Plan Estratégico 2013-2016 del Grupo ASPRODEMA. ASPRODEMA.
- González, E., y Canal (dir.), R. (2007). *Proyecto de Innovación: «Implantación de la Cultura de la Calidad de Vida en el Centro de Atención Diurna Vareia» Memoria del Proyecto* (Proyecto de Innovación). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- INE. (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*. Recuperado a partir de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase>
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2010). *Informe Olivenza 2010*. Olivenza: Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- ONU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado mayo 11, 2014, a partir de http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml
- ONU. (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Protocolo Facultativo. ONU. Recuperado a partir de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=13&pid=497>

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO.
- Ruiz, P., Urizarna, S., y Grupo de Autogestores FEAPS La Rioja. (2012, marzo). Ponencia «Ética y nuevas actitudes, para un nuevo Modelo de discapacidad».
- Schalock, R. L., y Verdugo, M. A. (2013). *El cambio en las organizaciones de discapacidad: estrategias para superar sus retos y hacerlo realidad (Guía de liderazgo)*. Madrid: Alianza Editorial. Recuperado a partir de <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/26364/8-1/el-cambio-en-las-organizaciones-de-discapacidad-estrategias-para-superar-sus-retos-y-hacerlo-realidad-guia-de-liderazgo.aspx>
- Schalock, R. L., y Verdugo, M. Á. (2003a). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. España: Alianza editorial.
- Schalock, R. L., y Verdugo, M. Á. (2003b). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza editorial.
- Urizarna Varona, S., y Verdugo (dir.), M. Á. (2011). *Proyecto de Innovación: «Implantación de Grupos de Autogestores en el Centro de Atención Diurna VAREIA, y generación de Cultura en Autodeterminación de personas con discapacidad intelectual en los familiares de usuarios del Centro y en la Dirección de la Asociación»*. Memoria del Proyecto (Proyecto de Innovación). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E., y Schalock, R. L. (2009). *Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía.
- Verdugo, M. Á., Arias, B., Gómez, L. E., y Schalock, R. L. (2009). *Escala de Calidad de Vida-GENCAT*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M. Á., Arias, B., Gómez, L. E., y Schalock, R. L. (2013). Desarrollo e interpretación de los perfiles de proveedores en la mejora de la calidad de vida. *Procedimiento de cambio e innovación en las organizaciones que apoyan a personas s con discapacidad intelectual y discapacidades del desarrollo*, Colección Actas. Salamanca: INICO.
- Verdugo, M. A., Gómez, L., Arias, B., y Schalock, R. (2009). *Escala Integral: Evaluación objetiva y Subjetiva de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual*. Madrid: CEPE.

- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., y Arroyo, L. (2013). Desarrollo e interpretación de los perfiles de proveedores en la mejora de la calidad de vida. *Procedimiento de cambio e innovación en las organizaciones que apoyan a personas s con discapacidad intelectual y discapacidades del desarrollo* (pp 119-137). Salamanca: INICO.
- Verdugo, M. Á., Gómez, L. E., Arias, B., y Schalock, R. L. (2009). *Escala Integral: Evaluación objetiva y Subjetiva de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual*. Madrid: CEPE. Madrid: CEPE.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., y Navas, P. (2013). Capítulo 1. Discapacidad e Inclusión: Derechos, apoyos y calidad de vida, 17-42.
- Verdugo, M. Á., y Schalock, R. L. (Eds.). (2013). *Discapacidad e inclusión: manual de docencia*. Salamanca: Amarú. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=515721>

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, M. Á. V. (coord.), Nieto Sánchez, T. (coord.), Crespo Cuadrado, M. (coord.), y Jordán de Urríes Vega, F. de B. (coord.). (2012). *Cambio organizacional y apoyo a las graves afectaciones: dos prioridades. VIII Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. Psicología. Salamanca: Amarú.
- Anaut, S., Urizarna, S., y Verdugo, M. Á. (2012a). Contexto social de la discapacidad. *Atención social de personas con discapacidad: hacia un enfoque de derechos humanos* (pp 119-143). Buenos Aires: Lumen Hvmanitas. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4260639>
- Anaut, S., Urizarna, S., y Verdugo, M. Á. (2012b). Discapacidad: modelos y discursos hacia un enfoque de Derechos Humanos. *Atención social de personas con discapacidad: hacia un enfoque de derechos humanos* (pp 27-45). Buenos Aires: Lumen Hvmanitas. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4260622>
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2011). *Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. (M. A. Verdugo, Trad.) Alianza ensayo (11ª ed.). Madrid: Alianza. Recuperado a partir de <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/25985/8-1/discapacidad-intelectual-definicion-clasificacion-y-sistemas-de-apoyo-undecima-edicion.aspx>

- Asociación Americana sobre Retraso Mental. (2002). *Discapacidad Intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyos*. (M. Á. Verdugo y C. Jenaro, Trads.) Alianza ensayo (10ª ed.). Madrid: Alianza.
- Asprodema. (2003). ASPRODEMA. Recuperado septiembre 24, 2013, a partir de <http://www.asprodema.org/inicio/>
- ASPRODEMA. (2013). Plan Estratégico 2013-2016 del Grupo ASPRODEMA. ASPRODEMA.
- Equipo Técnico CAD «Vareia» (VV.AA.). (2012). Plan de Acción 2012 del Centro de Atención Diurna «VAREIA». ASPRODEMA.
- Equipo Técnico CAD «Vareia» (VV.AA.). (2013). Memoria del Plan de Acción 2012 del Centro de Atención Diurna «VAREIA». ASPRODEMA.
- González, E., y Canal (dir.), R. (2007). *Proyecto de Innovación: «Implantación de la Cultura de la Calidad de Vida en el Centro de Atención Diurna Vareia» Memoria del Proyecto* (Proyecto de Innovación). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- INE. (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*. Recuperado a partir de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase>
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (Vigente hasta el 04 de Diciembre de 2013). (s.f.). *Noticias Jurídicas*. Recuperado mayo 11, 2014, a partir de http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l13-1982.html
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2010). *Informe Olivenza 2010*. Olivenza: Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- ONU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado mayo 11, 2014, a partir de http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml
- ONU. (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Protocolo Facultativo. ONU. Recuperado a partir de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=13&pid=497>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (2013). *Noticias Jurídicas*. Recuperado mayo 11, 2014, a partir de http://noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/517635-rdleg-1-2013-de-29-nov-se-aprueba-el-texto-refundido-de-la-ley-general-de.html

Ruiz, P., Urizarna, S., y Grupo de Autogestores FEAPS La Rioja. (2012, marzo). Ponencia «Ética y nuevas actitudes, para un nuevo Modelo de discapacidad».

Sánchez Carrión, J. J. (2005). *Manual de análisis estadístico de los datos*. Ciencias Sociales (2.ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.

Schalock, R. L., y Verdugo, M. A. (2013). *El cambio en las organizaciones de discapacidad: estrategias para superar sus retos y hacerlo realidad (Guía de liderazgo)*. Madrid: Alianza Editorial. Recuperado a partir de <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/26364/8-1/el-cambio-en-las-organizaciones-de-discapacidad-estrategias-para-superar-sus-retos-y-hacerlo-realidad-guia-de-liderazgo.aspx>

Schalock, R. L., y Verdugo, M. Á. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. España: Alianza editorial.

Urizarna Varona, S., y Verdugo (dir.), M. Á. (2011). *Proyecto de Innovación: «Implantación de Grupos de Autogestores en el Centro de Atención Diurna VAREIA, y generación de Cultura en Autodeterminación de personas con discapacidad intelectual en los familiares de usuarios del Centro y en la Dirección de la Asociación»*. Memoria del Proyecto (Proyecto de Innovación). Salamanca: Universidad de Salamanca.

Verdugo Alonso, M. A. (dir.), Canal Bedía, R., Jenaro Rioja, M. C., Badía Corbella, M., y Aguado Díaz, A. L. (2012). *Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral: Investigaciones desarrolladas por el Grupo de Investigación de Excelencia de la Junta de Castilla y León «GR197» (2009-2011)*. Investigación. Salamanca: INICO. Recuperado a partir de <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/26212/8-1/aplicacion-del-paradigma-de-calidad-de-vida>

Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E., y Schalock, R. L. (2009). *Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía.

- Verdugo, M. A., Gómez, L., Arias, B., y Schalock, R. (2009). *Escala Integral: Evaluación objetiva y Subjetiva de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual*. Madrid: CEPE.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., y Arroyo, L. (2013). *Desarrollo e interpretación de los perfiles de proveedores en la mejora de la calidad de vida. Procedimiento de cambio e innovación en las organizaciones que apoyan a personas s con discapacidad intelectual y discapacidades del desarrollo* (pp 119-137). Salamanca: INICO.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D., y Tamarit, J. (2013). Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo: la Escala INICO-FEAPS. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 44(247), 6-20.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., y Navas, P. (2013). Capítulo 1. Discapacidad e Inclusión: Derechos, apoyos y calidad de vida, 17-42.
- Verdugo, M. A. (coord.), y Schalock, R. L. (coord.). (2013). *Discapacidad e inclusión: manual de docencia*. Salamanca: Amarú. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=515721>

9. ANEXOS

- 9.1 Tablas de Datos. Página 62
- 9.2 Tablas de Contingencias, pruebas ji-cuadrado y gráficas. Página 68
- 9.3 Evolución del percentil del ICDV 2010-2012. Página 87
- Formulario y tablas de corrección de las Escalas utilizadas:
 - o Escala GENCAT (M. A. Verdugo, Arias, et al., 2009). Página 90
 - o Escala INTEGRAL: Subescalas SUBJETIVA y OBJETIVA (M. A. Verdugo, Gómez, et al., 2009). Página 101

9.1 Tablas de datos

Mediciones de Calidad de Vida de la muestra en 2010. Tabla 8

COD	EDAD	SEXO	SERVICIO	PCP	AUTOGESTORES	Sub-escala SUBJETIVA INTEGRAL						Sub-escala OBJETIVA INTEGRAL					Escala GENCAT										
						AU PERC SB	IS PERC SB	BL PERC SB	BM PERC SB	BEF PERC SB	BFAM PERC SB	ICDV PERC SB	AU PERC OB	IS PERC OB	BL PERC OB	BM PERC OB	BEF PERC OB	ICDV PERC OB	BE GENCAT	RI GENCAT	BM GENCAT	DP GENCAT	BF GENCAT	AU GENCAT	IS GENCAT	DE GENCAT	ICDV GENCAT
1	24,48	H	Ocupacional	NO	NO	25	75	84	37	50	84	64	75	5	37	75	75	52	84	84	1	63	84	84	37	37	60
2	42,07	H	Centro de Día	SI	SI								1	5	9	2	50	1	84	25	37	25	91	16	25	2	29
3	38,85	M	Ocupacional	NO	SI	84	75	84	75	84	84	87	37	5	75	2	75	22	16	37	0,9	25	1	25	1	0,9	1
4	37,64	M	Centro de Día	SI	NO								5	0,9	9	2	75	1	84	63	50	9	37	5	16	0,9	14
5	46,07	M	Ocupacional	SI	SI	9	37	75	37	25	16	25	63	37	75	16	75	52	75	25	9	84	84	25	75	9	45
6	36,93	M	Ocupacional	SI	SI	5	50	75	37	75	25	37	9	0,9	37	2	16	1	50	50	16	50	63	16	63	9	31
7	31,03	M	Ocupacional	NO	NO	1							9	0,9	37	16	75	8	95	99	84	95	91	63	91	9	94
8	41,20	H	Ocupacional	SI	SI	9	5	16	0,9	25	16	3	50	37	37	16	75	36	37	0,9	50	50	63	16	5	14	
9	37,77	M	Centro de Día	NO	NO								5	0,9	37	2	16	1	16	63	16	9	63	2	9	0,9	5
10	28,48	H	Ocupacional	NO	NO	2	2	75	1	63	25	9	37	0,9	37	2	0	0,9	50	25	75	50	75	25	25	5	33
11	19,31	H	Ocupacional	SI	NO	50	95	84	63	75	84	84	91	75	75	37	75	82	63	75	16	84	84	63	95	9	69
12	27,73	H	Ocupacional	NO	NO	37	50	75	63	84	84	73	50	37	75	16	50	44	91	84	50	91	84	75	91	37	88
13	25,39	H	Ocupacional	NO	NO								37	0,9	37	16	50	9	95	75	84	84	25	63	25	16	67
14	48,15	M	Ocupacional	NO	NO								37	5	37	37	50	22	63	63	63	37	91	63	84	9	65
15	51,69	M	Ocupacional	NO	SI	9	37	37	91	0,9	50	22	37	5	9	37	16	8	9	25	25	37	25	50	37	9	16
16	41,84	H	Ocupacional	SI	SI	50	37	84	84	75	84	78	91	5	9	37	50	29	84	91	75	75	50	50	63	37	75
17	33,32	M	Ocupacional	SI	NO								75	0,9	37	16	50	16	91	75	37	84	75	84	95	2	77
18	23,77	H	Ocupacional	NO	NO	16	63	75	16	84	63	51	9	0,9	37	2	75	4	95	75	75	63	37	37	16	9	53
19	33,11	M	Ocupacional	NO	NO	9	50	16	37	1	84	20	37	37	9	37	0,9	6									
20	61,50	M	Ocupacional	SI	NO	50	75	84	63	63	63	73	75	37	75	16	75	60	84	37	75	91	63	25	63	9	60
21	42,91	M	Ocupacional	NO	SI	25	75	84	75	75	84	78	50	0,9	75	16	75	23	84	75	37	75	84	63	75	9	69
22	37,05	H	Ocupacional	NO	NO								16	5	75	2	75	16	63	50	0,9	75	91	16	9	9	23
23	58,30	H	Centro de Día	NO	NO								1	0,9	0,9	2	0	0,9	9	16	1	2	9	2	9	0,9	0,9
24	34,91	M	Centro de Día	SI	NO								1	0,9	9	2	50	0,9	25	75	50	1	25	2	5	0,9	4
25	28,96	M	Ocupacional	NO	NO								5	0,9	37	2	75	4	84	25	37	50	50	50	84	16	50
26	46,30	M	Ocupacional	SI	SI	2	25	16	25	16	16	8	50	5	75	2	0,9	4	9	16	25	25	0,9	16	9	0,9	1
27	36,81	H	Ocupacional	SI	SI	50	9	50	37	50	63	37	75	5	37	37	75	36									
28	37,72	H	Ocupacional	NO	NO	37	16	75	25	75	63	46	50	0,9	75	16	75	23	84	63	50	75	75	50	95	9	71
29	39,51	H	Ocupacional	NO	SI	9	63	84	63	84	50	60	50	37	75	16	75	52									
30	28,27	H	Ocupacional	SI	NO	0,9	37	75	25	75	50	27	16	5	75	37	75	30	50	50	63	75	75	16	75	16	53
31	23,20	H	Ocupacional	SI	NO	5	9	75	25	84	63	34	37	37	9	37	75	30	84	63	37	75	75	25	75	9	57
32	37,48	H	Centro de Día	SI	NO								1	5	37	16	0,9	1	63	63	50	9	75	5	9	0,9	14
33	35,72	H	Ocupacional	SI	SI	16	63	84	25	25	63	43	50	37	75	16	0	12	75	37	75	84	25	50	63	2	48
34	62,32	H	Ocupacional	NO	NO								5	5	37	2	75	6	75	50	75	84	91	50	16	2	55
35	44,64	H	Ocupacional	SI	NO								16	0,9	37	16	0	0,9	50	75	63	84	50	16	37	2	40
36	51,36	H	Centro de Día	SI	NO								1	5	37	16	16	3	95	84	37	25	37	9	25	2	31
37	38,38	M	Ocupacional	NO	NO								5	0,9	9	16	16	1	9	25	9	63	37	37	37	9	16
38	40,60	H	Ocupacional	SI	NO	0,9	9	75	37	84	25	22	5	0,9	37	2	0	0,9	37	25	50	25	9	37	37	2	14
39	35,90	M	Centro de Día	SI	NO								1	0,9	9	2	16	0,9	84	75	50	25	84	2	16	0,9	25
40	48,79	M	Ocupacional	SI	SI	25	95	84	16	25	25	46	37	75	37	2	0	6									
41	44,61	M	Ocupacional	NO	SI	1	5	84	37	63	63	27	9	0,9	75	2	50	6	63	9	25	50	50	25	25	5	19
42	36,51	M	Ocupacional	NO	NO	2	16	9	20,5	2	84	8	9	0,9	75	2	0	0,9									
43	45,64	M	Ocupacional	SI	NO	2	50	84	9	16	0,9	8	5	37	75	16	0	4	50	25	37	63	50	50	25	5	29
44	39,12	M	Ocupacional	SI	SI	9	0,9	9	37	25	25	7	37	0,9	9	16	0	0,9	84	75	50	84	84	50	63	16	71
45	51,72	H	Ocupacional	NO	SI								16	5	9	2	0,9	0,9	50	25	37	37	25	25	16	1	13
46	37,44	M	Centro de Día	NO	NO								1	0,9	9	2	16	0,9	37	63	50	9	63	5	25	0,9	13
47	30,16	M	Ocupacional	NO	SI	9	91	84	63	84	63	73	16	0,9	37	16	75	9	75	91	75	91	91	63	75	37	87
48	38,90	H	Ocupacional	SI	SI	16	63	50	37	50	63	43	37	5	37	37	16	12	75	91	84	50	91	50	63	0,9	65
49	32,29	H	Ocupacional	NO	SI								16	37	37	2	16	8	84	63	37	95	50	75	95	16	77
50	49,37	M	Centro de Día	NO	NO								1	0,9	9	0,9	0,9	0,9	50	75	5	18	16	2	5	1	5
51	38,41	H	Ocupacional	NO	SI								9	0,9	0,9	16	0	0,9	5	1	2	25	37	16	25	1	2
52	38,71	M	Ocupacional	SI	NO	0,9	37	16	50	75	84	29	9	5	0,9	37	0	0,9	37	63	16	63	50	63	63	9	40
53	38,30	M	Ocupacional	NO	SI	9	5	84	63	63	63	40	9	5	75	2	75	12	50	63	37	75	16	16	9	0,9	14
54	46,30	M	Ocupacional	SI	SI	1	25	37	25	25	50	16	37	37	37	2	50	17	91	75	37	84	50	16	95	5	62

Evolución de los percentiles de la Escala INTEGRAL (sub-escalas SUBJETIVA y OBJETIVA) entre 2010 y 2012. Tabla 10

COD	EDAD	SEXO	SERVICIO	PCP	AUTOGESTORES	PCP+AUTOGESTORES	Sub-escala SUBJETIVA INTEGRAL						Sub-escala OBJETIVA INTEGRAL						
							AU PERC SB 2010-2012	IS PERC SB 2010-2012	BL PERC SB 2010-2012	BM PERC SB 2010-2012	BEF PERC SB 2010-2012	BFAM PERC SB 2010-2012	ICDV PERC SB 2010-2012	AU PERC OB 2010-2012	IS PERC OB 2010-2012	BL PERC OB 2010-2012	BM PERC OB 2010-2012	BEF PERC OB 2010-2012	ICDV PERC OB 2010-2012
1	26,48	H	Ocupacional	NO	NO	NO	50	16	-9	0	13	0	14	16	70	38	0	0	36
2	44,62	H	Centro de Día	SI	SI	SI								0	32	28	35	25	21
3	42,01	M	Ocupacional	NO	SI	NO	-34	-25	-9	-70	-68	-21	-53	13	70	0	35	-74,1	7
4	40,41	M	Centro de Día	SI	NO	NO								0	0	0	0	0	0
5	48,07	M	Ocupacional	SI	SI	SI	7	0	9	-12	0	34	9	-26	38	0	-14	0	-7
6	40,01	M	Ocupacional	SI	SI	SI	11	13	9	13	0	38	23	41	36,1	0	0	59	28
7	34,20	M	Ocupacional	NO	NO	NO								41	4,1	0	-14	-59	-2
8	43,29	H	Ocupacional	SI	SI	SI	28	4	34	4,1	38	47	24	-34	0	38	21	0	9
9	40,38	M	Centro de Día	NO	NO	NO								-4	0	-28	-1,1	-15,1	-0,1
10	30,57	H	Ocupacional	NO	NO	NO	0	7	-38	19,5	12	-9	5	-21	4,1	-36,1	0	16	0
11	22,56	H	Ocupacional	SI	NO	NO								-16	0	0	38	0	3
12	29,82	H	Ocupacional	NO	NO	NO	-12	0	9	21	0	-34	-4	-34	38	0	-14	25	-8
13	27,64	H	Ocupacional	NO	NO	NO								-28	0	-28	-14	0	-8
14	51,24	M	Ocupacional	NO	NO	NO								-32	32	0	-35	-34	-16
15	54,77	M	Ocupacional	NO	SI	NO	-7	-21	0	-70,5	1,1	13	-13	-28	70	28	-35	0	4
16	44,01	H	Ocupacional	SI	SI	SI	-25	13	0	0	-25	0	-9	-54	70	66	0	25	38
17	35,32	M	Ocupacional	SI	NO	NO								0	74,1	38	21	25	59
18	26,94	H	Ocupacional	NO	NO	NO	9	-54	0	47	0	21	7	-4	36,1	-28	0	0	4
19	36,11	M	Ocupacional	NO	NO	NO	16	25	-11	38	4	-21	9	38	0	0	0	0	6
20	64,67	M	Ocupacional	SI	NO	NO	-25	-50	0	21	12	21	-4	-12	0	0	59	0	14
21	45,00	M	Ocupacional	NO	SI	NO	0	-12	-34	-25	0	-34	-27	0	36,1	0	-14	0	13
22	37,05	H	Ocupacional	NO	NO	NO								0	-4,1	-38	0	0	-10
23	60,91	H	Centro de Día	NO	NO	NO								0	0	0	0	0	0
24	37,67	M	Centro de Día	SI	NO	NO								0	0	0	0	25	0,1
25	32,13	M	Ocupacional	NO	NO	NO								11	36,1	-28	14	-25	8
26	50,55	M	Ocupacional	SI	SI	SI	48	25	68	12	-7	0	26	0	0	0	35	0	8
27	38,90	H	Ocupacional	SI	SI	SI	34	28	25	-16,5	-13	0	14	-12	32	38	-21	0	16
28	40,72	H	Ocupacional	NO	NO	NO	-12	-15	0	38	0	0	-6	-34	36,1	0	0	0	13
29	42,67	H	Ocupacional	NO	SI	NO	41	-38	0	0	-9	13	4	-34	0	0	0	0	-16
30	30,27	H	Ocupacional	SI	NO	NO	8,1	-21	0	12	-12	0	7	-11	32	0	-35	0	-8
31	25,36	H	Ocupacional	SI	NO	NO								13	0	0	38	0	15
32	40,10	H	Centro de Día	SI	NO	NO								4	0	0	21	74,1	15
33	37,92	H	Ocupacional	SI	SI	SI	9	0	0	25	50	21	26	-41	38	0	59	75	55
34	64,48	H	Ocupacional	NO	NO	NO								0	32	0	0	0	6
35	46,73	H	Ocupacional	SI	NO	NO								-7	36,1	0	0	50	16,1
36	53,96	H	Centro de Día	SI	NO	NO								0	-4,1	38	0	0	0
37	40,46	M	Ocupacional	NO	NO	NO								4	36,1	66	-14	34	16
38	42,60	H	Ocupacional	SI	NO	NO	4,1	-4	0	-28	-47	0	-8	-4	0	0	0	75	1,1
39	38,59	M	Centro de Día	SI	NO	NO								15	0	28	0	34	3,1
40	50,95	M	Ocupacional	SI	SI	SI	0	-32	0	59	25	25	14	26	0	38	35	16	46
41	48,86	M	Ocupacional	NO	SI	NO	8	32	0	26	12	-13	24	-4	4,1	-38	35	25	10
42	39,84	M	Ocupacional	NO	NO	NO								7	4,1	0	35	0	3,1
43	47,89	M	Ocupacional	SI	NO	NO	7	25	0	75	34	0,1	32	11	0	-38	59	16	25
44	41,12	M	Ocupacional	SI	SI	SI	16	62,1	7	38	25	0	30	0	4,1	28	21	50	21,1
45	53,88	H	Ocupacional	NO	SI	NO								-7	0	28	14	49,1	8,1
46	40,24	M	Centro de Día	NO	NO	NO								0	0	0	0	0	0
47	33,25	M	Ocupacional	NO	SI	NO	28	-75	-34	-13	0	0	-24	-7	4,1	0	21	0	8
48	41,90	H	Ocupacional	SI	SI	SI	9	0	25	-16,5	-25	21	3	0	32	38	-35	0	5
49	34,46	H	Ocupacional	NO	SI	NO								0	-32	0	0	34	-2
50	51,97	M	Centro de Día	NO	NO	NO								0	0	0	0	0	0
51	41,58	H	Ocupacional	NO	SI	NO								-4	36,1	8,1	-14	0	0
52	40,88	M	Ocupacional	SI	NO	NO	24,1	-12	-7	-13	-50	0	-2	0	0	36,1	-35	16	2,1
53	41,47	M	Ocupacional	NO	SI	NO	0	20	0	-26	-38	-58	-20	41	32	0	35	0	48
54	48,38	M	Ocupacional	SI	SI	SI	36	25	0	12	-9	0	16	-28	38	-28	0	-34	-11

Evolución de los percentiles de la Escala GENCAT entre 2010 y 2012.Tabla 11

COD	EDAD	SEXO	SERVICIO	PCP	AUTOGESTORES	PCP+AUTOGESTORES	Escala GENCAT								
							BE GENCAT 2010-2012	RI GENCAT 2010-2012	BM GENCAT 2010-2012	DP GENCAT 2010-2012	BF GENCAT 2010-2012	AU GENCAT 2010-2012	IS GENCAT 2010-2012	DE GENCAT 2010-2012	ICDV GENCAT 2010-2012
1	26,48	H	Ocupacional	NO	NO	NO	0	11	36	21	-9	0	61	13	31
2	44,62	H	Centro de Día	SI	SI	SI	11	25	38	70	0	21	66	48	59
3	42,01	M	Ocupacional	NO	SI	NO	9	38	1,1	50	36	12	49	8,1	26
4	40,41	M	Centro de Día	SI	NO	NO	0	0	-34	0	47	11	9	1,1	11
5	48,07	M	Ocupacional	SI	SI	SI	0	50	28	-9	-34	-9	23	0	15
6	40,01	M	Ocupacional	SI	SI	SI	34	13	21	25	12	34	28	0	36
7	34,20	M	Ocupacional	NO	NO	NO	-45	-49	-21	-45	-7	-47	-16	-8	-54
8	43,29	H	Ocupacional	SI	SI	SI	0	26	1,1	25	0	0	47	32	29
9	40,38	M	Centro de Día	NO	NO	NO	-7	-26	34	0	0	35	86	1,1	22
10	30,57	H	Ocupacional	NO	NO	NO	13	-16	-12	25	9	12	0	4	7
11	22,56	H	Ocupacional	SI	NO	NO	-63	-75	-16	-84	-84	-63	-95	-9	-69
12	29,82	H	Ocupacional	NO	NO	NO	4	0	0	4	7	-12	7	-12	4
13	27,64	H	Ocupacional	NO	NO	NO	-4	-12	-34	11	-9	12	0	21	-2
14	51,24	M	Ocupacional	NO	NO	NO	12	-13	-54	26	-7	-13	-9	0	-15
15	54,77	M	Ocupacional	NO	SI	NO	28	25	25	26	38	-25	13	16	27
16	44,01	H	Ocupacional	SI	SI	SI	11	-28	9	20	25	13	32	-28	12
17	35,32	M	Ocupacional	SI	NO	NO	-28	0	13	11	9	-9	0	0	0
18	26,94	H	Ocupacional	NO	NO	NO	-20	-12	-70	-13	54	-12	0	-4	-22
19	36,11	M	Ocupacional	NO	NO	NO									
20	64,67	M	Ocupacional	SI	NO	NO	-34	0	0	0	-38	12	-13	0	-15
21	45,00	M	Ocupacional	NO	SI	NO	11	20	47	20	7	35	20	66	30
22	37,05	H	Ocupacional	NO	NO	NO	12	0	24,1	0	-7	9	66	7	32
23	60,91	H	Centro de Día	NO	NO	NO	-9	-16	-1	-2	-9	-2	-9	-0,9	-0,9
24	37,67	M	Centro de Día	SI	NO	NO	50	-50	0	8	38	3	0	8,1	10
25	32,13	M	Ocupacional	NO	NO	NO	-9	50	13	13	0	-34	-9	-7	0
26	50,55	M	Ocupacional	SI	SI	SI	0	34	25	-7	1,1	9	28	8,1	10
27	38,90	H	Ocupacional	SI	SI	SI									
28	40,72	H	Ocupacional	NO	NO	NO	0	0	0	9	0	-25	-4	7	-2
29	42,67	H	Ocupacional	NO	SI	NO									
30	30,27	H	Ocupacional	SI	NO	NO	0	13	-13	0	9	21	0	-7	4
31	25,36	H	Ocupacional	SI	NO	NO	-21	12	13	0	-12	12	16	7	8
32	40,10	H	Centro de Día	SI	NO	NO	12	-26	0	66	9	45	66	15,1	48
33	37,92	H	Ocupacional	SI	SI	SI	9	38	-25	11	25	34	12	35	33
34	64,48	H	Ocupacional	NO	NO	NO	20	34	9	-47	-7	-25	47	23	18
35	46,73	H	Ocupacional	SI	NO	NO	0	-25	-26	-21	0	21	38	3	0
36	53,96	H	Centro de Día	SI	NO	NO	0	-21	38	66	26	7	70	3	42
37	40,46	M	Ocupacional	NO	NO	NO	28	38	7	12	0	13	26	0	22
38	42,60	H	Ocupacional	SI	NO	NO	0	0	-13	38	54	13	-12	14	19
39	38,59	M	Centro de Día	SI	NO	NO	11	-25	0	25	7	3	9	1,1	15
40	50,95	M	Ocupacional	SI	SI	SI									
41	48,86	M	Ocupacional	NO	SI	NO	21	54	12	34	0	25	38	-3	34
42	39,84	M	Ocupacional	NO	NO	NO									
43	47,89	M	Ocupacional	SI	NO	NO	13	25	13	-13	-13	-13	0	0	2
44	41,12	M	Ocupacional	SI	SI	SI	-9	-25	-13	-9	-9	-25	28	-7	-14
45	53,88	H	Ocupacional	NO	SI	NO	13	70	38	38	38	0	59	4	52
46	40,24	M	Centro de Día	NO	NO	NO	47	0	0	-8,1	28	4	50	0,1	16
47	33,25	M	Ocupacional	NO	SI	NO	9	0	-50	-7	0	28	24	0	5
48	41,90	H	Ocupacional	SI	SI	SI	0	-28	-68	34	-7	25	12	15,1	2
49	34,46	H	Ocupacional	NO	SI	NO	-21	0	13	-11	34	-25	3	-7	-4
50	51,97	M	Centro de Día	NO	NO	NO	-50	-75	-5	-18	-16	-2	-5	-1	-5
51	41,58	H	Ocupacional	NO	SI	NO	20	49	73	38	47	47	25	15	53
52	40,88	M	Ocupacional	SI	NO	NO	-28	-38	21	-26	-25	-26	12	28	-13
53	41,47	M	Ocupacional	NO	SI	NO	0	0	13	16	9	0	28	15,1	26
54	48,38	M	Ocupacional	SI	SI	SI	-16	-38	-28	-9	0	21	-20	0	-24

Mejora de los percentiles de la Escala INTEGRAL (sub-escalas SUBJETIVA y OBJETIVA) entre 2010 y 2012. Tabla 12

COD	EDAD	SEXO	SERVICIO	PCP	AUTOGESTORES	PCP+AUTOGESTORES	Sub-escala SUBJETIVA INTEGRAL							Sub-escala OBJETIVA INTEGRAL				
							AU PERC SB MEJORA	IS PERC SB MEJORA	BL PERC SB MEJORA	BM PERC SB MEJORA	BEF PERC SB MEJORA	BFAM PERC SB MEJORA	ICDV PERC SB MEJORA	AU PERC OB MEJORA	IS PERC OB MEJORA	BL PERC OB MEJORA	BM PERC OB MEJORA	BEF PERC OB MEJORA
1	26,48	H	Ocupacional	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	44,62	H	Centro de Día	SI	SI	SI							NO	SI	SI	SI	SI	SI
3	42,01	M	Ocupacional	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI
4	40,41	M	Centro de Día	SI	NO	NO							NO	NO	NO	NO	NO	NO
5	48,07	M	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO
6	40,01	M	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI
7	34,20	M	Ocupacional	NO	NO	NO							SI	SI	NO	NO	NO	NO
8	43,29	H	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI
9	40,38	M	Centro de Día	NO	NO	NO							NO	NO	NO	NO	NO	NO
10	30,57	H	Ocupacional	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI
11	22,56	H	Ocupacional	SI	NO	NO							NO	NO	NO	SI	NO	SI
12	29,82	H	Ocupacional	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO
13	27,64	H	Ocupacional	NO	NO	NO							NO	NO	NO	NO	NO	NO
14	51,24	M	Ocupacional	NO	NO	NO							NO	SI	NO	NO	NO	NO
15	54,77	M	Ocupacional	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI
16	44,01	H	Ocupacional	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI
17	35,32	M	Ocupacional	SI	NO	NO							NO	SI	SI	SI	SI	SI
18	26,94	H	Ocupacional	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI
19	36,11	M	Ocupacional	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI
20	64,67	M	Ocupacional	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI
21	45,00	M	Ocupacional	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI
22	37,05	H	Ocupacional	NO	NO	NO							NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	60,91	H	Centro de Día	NO	NO	NO							NO	NO	NO	NO	NO	NO
24	37,67	M	Centro de Día	SI	NO	NO							NO	NO	NO	NO	SI	NO
25	32,13	M	Ocupacional	NO	NO	NO							SI	SI	NO	SI	NO	SI
26	50,55	M	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO
27	38,90	H	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI
28	40,72	H	Ocupacional	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI
29	42,67	H	Ocupacional	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
30	30,27	H	Ocupacional	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO
31	25,36	H	Ocupacional	SI	NO	NO							SI	NO	NO	SI	NO	SI
32	40,10	H	Centro de Día	SI	NO	NO							SI	NO	NO	SI	SI	SI
33	37,92	H	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI
34	64,48	H	Ocupacional	NO	NO	NO							NO	SI	NO	NO	NO	SI
35	46,73	H	Ocupacional	SI	NO	NO							NO	SI	NO	NO	SI	SI
36	53,96	H	Centro de Día	SI	NO	NO							NO	NO	SI	NO	NO	NO
37	40,46	M	Ocupacional	NO	NO	NO							SI	SI	SI	NO	SI	SI
38	42,60	H	Ocupacional	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI
39	38,59	M	Centro de Día	SI	NO	NO							SI	NO	SI	NO	SI	SI
40	50,95	M	Ocupacional	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
41	48,86	M	Ocupacional	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI
42	39,84	M	Ocupacional	NO	NO	NO							SI	SI	NO	SI	NO	SI
43	47,89	M	Ocupacional	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI
44	41,12	M	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
45	53,88	H	Ocupacional	NO	SI	NO							NO	NO	SI	SI	SI	SI
46	40,24	M	Centro de Día	NO	NO	NO							NO	NO	NO	NO	NO	NO
47	33,25	M	Ocupacional	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI
48	41,90	H	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI
49	34,46	H	Ocupacional	NO	SI	NO							NO	NO	NO	NO	SI	NO
50	51,97	M	Centro de Día	NO	NO	NO							NO	NO	NO	NO	NO	NO
51	41,58	H	Ocupacional	NO	SI	NO							NO	SI	SI	NO	NO	NO
52	40,88	M	Ocupacional	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI
53	41,47	M	Ocupacional	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI
54	48,38	M	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO

Mejora de los percentiles de la Escala GENCAT entre 2010 y 2012. Tabla 13

COD	EDAD	SEXO	SERVICIO	PCP	AUTOGESTORES	PCP+AUTOGESTORES	Escala GENCAT								
							BE GENCAT MEJORA	RI GENCAT MEJORA	BM GENCAT MEJORA	DP GENCAT MEJORA	BF GENCAT MEJORA	AU GENCAT MEJORA	IS GENCAT MEJORA	DE GENCAT MEJORA	ICDV GENCAT MEJORA
1	26,48	H	Ocupacional	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
2	44,62	H	Centro de Día	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
3	42,01	M	Ocupacional	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	40,41	M	Centro de Día	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
5	48,07	M	Ocupacional	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI
6	40,01	M	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
7	34,20	M	Ocupacional	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
8	43,29	H	Ocupacional	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
9	40,38	M	Centro de Día	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
10	30,57	H	Ocupacional	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI
11	22,56	H	Ocupacional	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
12	29,82	H	Ocupacional	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI
13	27,64	H	Ocupacional	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
14	51,24	M	Ocupacional	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
15	54,77	M	Ocupacional	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
16	44,01	H	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
17	35,32	M	Ocupacional	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
18	26,94	H	Ocupacional	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
19	36,11	M	Ocupacional	NO	NO	NO									
20	64,67	M	Ocupacional	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
21	45,00	M	Ocupacional	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
22	37,05	H	Ocupacional	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
23	60,91	H	Centro de Día	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24	37,67	M	Centro de Día	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI
25	32,13	M	Ocupacional	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
26	50,55	M	Ocupacional	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
27	38,90	H	Ocupacional	SI	SI	SI									
28	40,72	H	Ocupacional	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO
29	42,67	H	Ocupacional	NO	SI	NO									
30	30,27	H	Ocupacional	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI
31	25,36	H	Ocupacional	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
32	40,10	H	Centro de Día	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
33	37,92	H	Ocupacional	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
34	64,48	H	Ocupacional	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI
35	46,73	H	Ocupacional	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO
36	53,96	H	Centro de Día	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
37	40,46	M	Ocupacional	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI
38	42,60	H	Ocupacional	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI
39	38,59	M	Centro de Día	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
40	50,95	M	Ocupacional	SI	SI	SI									
41	48,86	M	Ocupacional	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI
42	39,84	M	Ocupacional	NO	NO	NO									
43	47,89	M	Ocupacional	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI
44	41,12	M	Ocupacional	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
45	53,88	H	Ocupacional	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
46	40,24	M	Centro de Día	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI
47	33,25	M	Ocupacional	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI
48	41,90	H	Ocupacional	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
49	34,46	H	Ocupacional	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO
50	51,97	M	Centro de Día	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
51	41,58	H	Ocupacional	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
52	40,88	M	Ocupacional	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO
53	41,47	M	Ocupacional	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
54	48,38	M	Ocupacional	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO

9.2 Tablas de contingencias, pruebas ji-cuadrado y gráficas.

Participación en Grupos de Autogestores

Inclusión Social. Percentil Escala Objetiva. Tabla 14

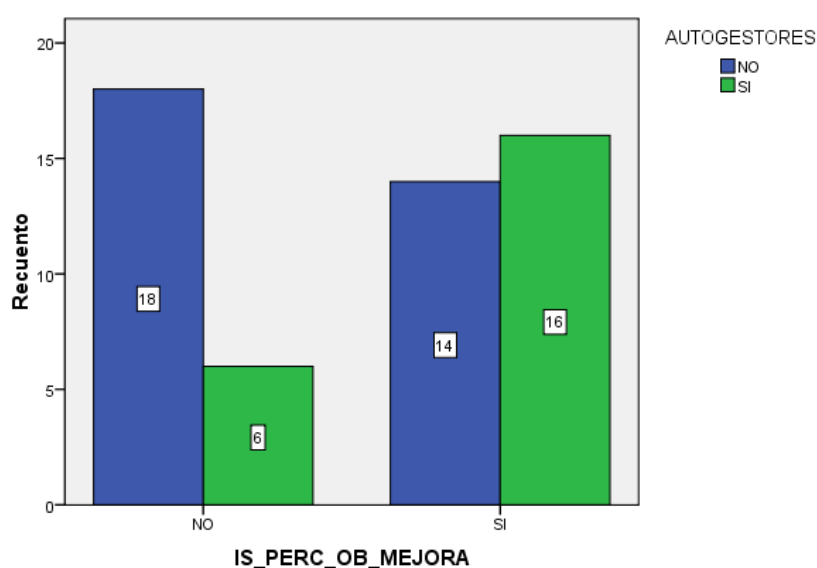
IS_PERC_OB_MEJORA * AUTOGESTORES			AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
IS_PERC_OB_MEJORA	NO	Recuento	18	6	24
		% dentro de AUTOGESTORES	56,3%	27,3%	44,4%
	SI	Recuento	14	16	30
		% dentro de AUTOGESTORES	43,8%	72,7%	55,6%
Total		Recuento	32	22	54
		% dentro de AUTOGESTORES	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,434 ^a	1	,035	,052	,033
Corrección por continuidad ^b	3,338	1	,068		
N de casos válidos	54				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,78.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Inclusión Social. Percentil Escala Objetiva. Gráfica 8.



Bienestar Laboral. Percentil Escala Objetiva. Tabla 15

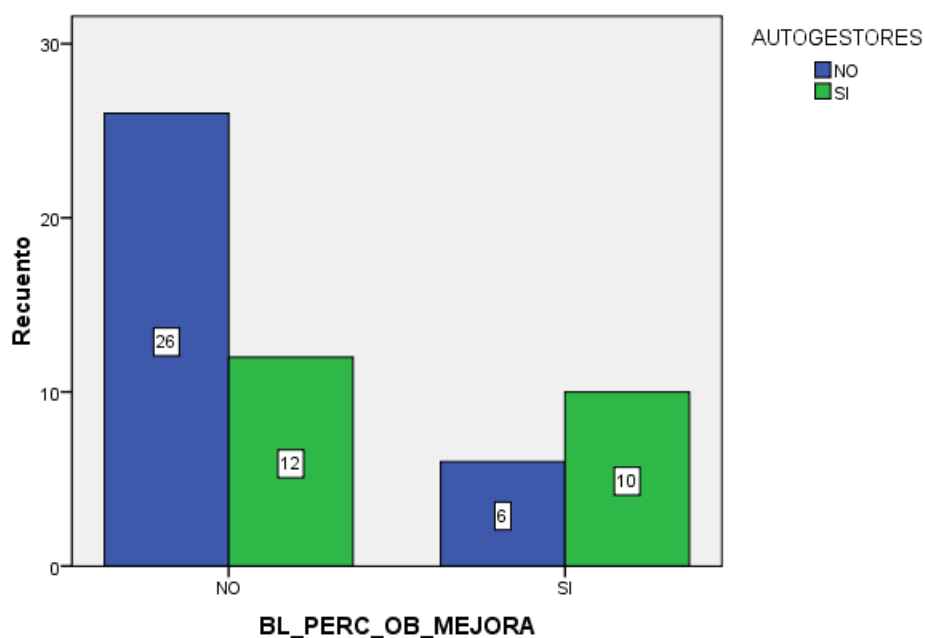
BL_PERC_OB_MEJORA * AUTOGESTORES			AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
BL_PERC_OB_MEJORA	NO	Recuento	26	12	38
		% dentro de AUTOGESTORES	81,3%	54,5%	70,4%
	SI	Recuento	6	10	16
		% dentro de AUTOGESTORES	18,8%	45,5%	29,6%
Total	Recuento		32	22	54
	% dentro de AUTOGESTORES		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,459 ^a	1	,035	,067	,036
Corrección por continuidad ^b	3,270	1	,071		
N de casos válidos	54				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,52.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Bienestar Laboral. Percentil Escala Objetiva. Gráfica 9.



Relaciones Interpersonales. Percentil Escala Objetiva. Tabla 16

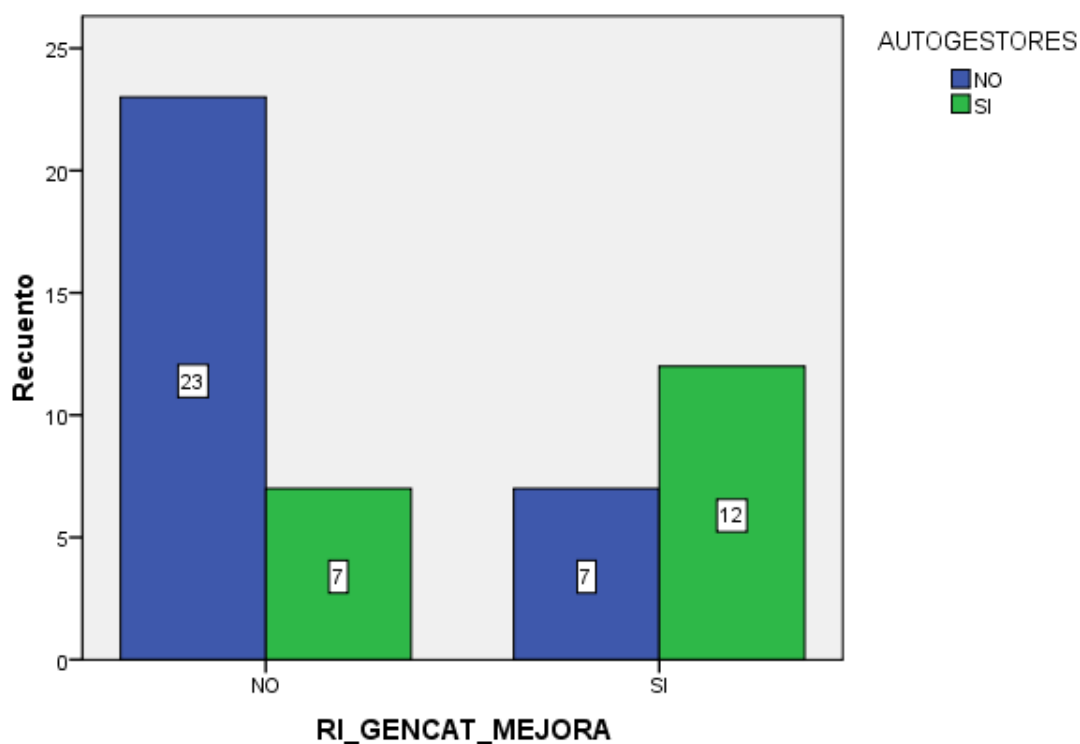
RI_GENCAT_MEJORA * AUTOGESTORES			AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
RI_GENCAT_MEJORA	NO	Recuento	23	7	30
		% dentro de AUTOGESTORES	76,7%	36,8%	61,2%
	SI	Recuento	7	12	19
		% dentro de AUTOGESTORES	23,3%	63,2%	38,8%
Total		Recuento	30	19	49
		% dentro de AUTOGESTORES	100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,771 ^a	1	,005	,008	,006
Corrección por continuidad ^b	6,184	1	,013		
N de casos válidos	49				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,37.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Relaciones Interpersonales. Percentil Escala Objetiva. Gráfica 10



Bienestar Material. Percentil Escala Objetiva. Tabla 17

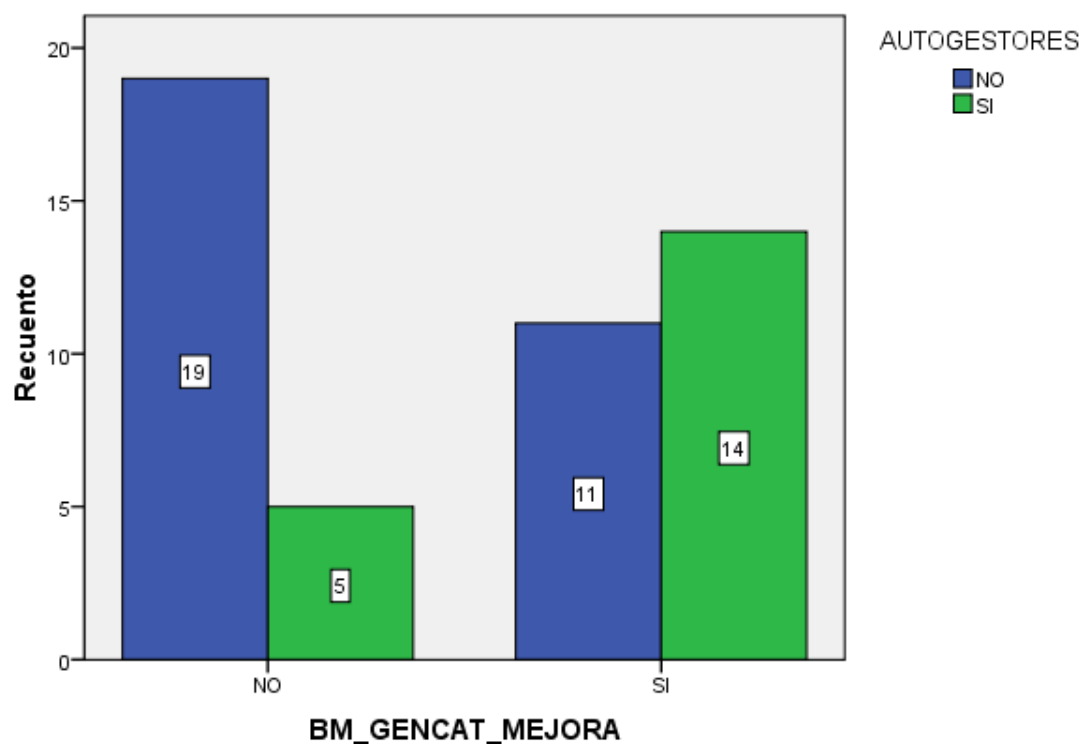
BM_GENCAT_MEJORA * AUTOGESTORES			AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
BM_GENCAT_MEJORA	NO	Recuento	19	5	24
		% dentro de AUTOGESTORES	63,3%	26,3%	49,0%
	SI	Recuento	11	14	25
		% dentro de AUTOGESTORES	36,7%	73,7%	51,0%
Total	Recuento		30	19	49
	% dentro de AUTOGESTORES		100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,379 ^a	1	,012	,019	,012
Corrección por continuidad ^b	4,983	1	,026		
N de casos válidos	49				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,31.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Bienestar Material. Percentil Escala Objetiva. Gráfica 11



Inclusión Social. Percentil Escala GENCAT. Tabla 18

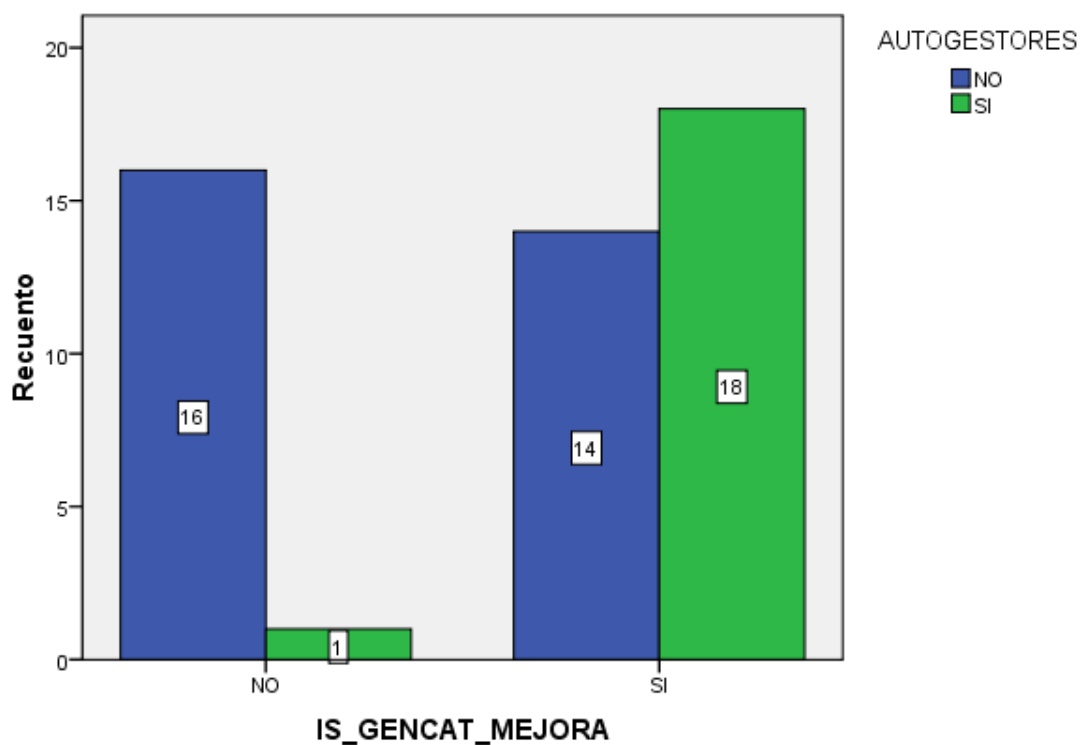
IS_GENCAT_MEJORA * AUTOGESTORES			AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
IS_GENCAT_MEJORA	NO	Recuento	16	1	17
		% dentro de AUTOGESTORES	53,3%	5,3%	34,7%
	SI	Recuento	14	18	32
		% dentro de AUTOGESTORES	46,7%	94,7%	65,3%
Total		Recuento	30	19	49
		% dentro de AUTOGESTORES	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,864 ^a	1	,001	,001	,000
Corrección por continuidad ^b	9,837	1	,002		
N de casos válidos	49				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,59.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Inclusión Social. Percentil Escala GENCAT. Gráfica 12



Índice de CDV. Percentil Escala GENCAT. Tabla 19

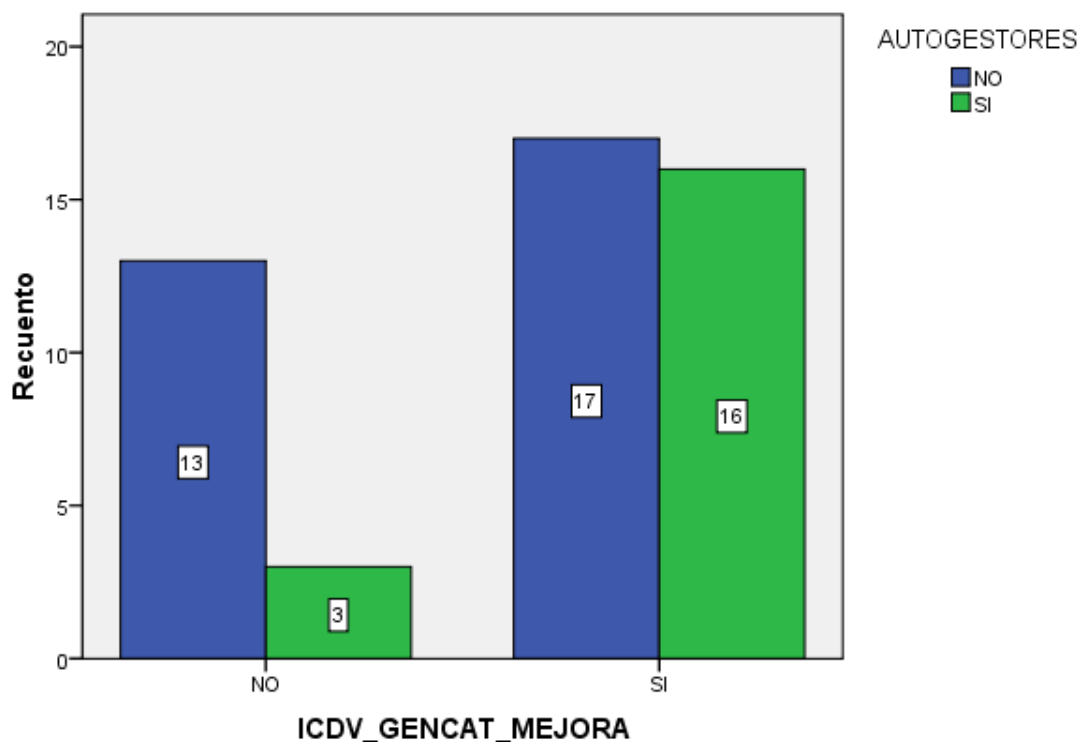
ICDV_GENCAT_MEJORA * AUTOGESTORES			AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
ICDV_GENCAT_MEJORA	NO	Recuento	13	3	16
		% dentro de AUTOGESTORES	43,3%	15,8%	32,7%
	SI	Recuento	17	16	33
		% dentro de AUTOGESTORES	56,7%	84,2%	67,3%
Total	Recuento		30	19	49
	% dentro de AUTOGESTORES		100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,013 ^a	1	,045	,063	,043
Corrección por continuidad ^b	2,858	1	,091		
N de casos válidos	49				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,20.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Índice de CDV. Percentil Escala GENCAT. Gráfica 13



Participación en Planificación Centrada en la Persona

Autodeterminación. Percentil Escala Subjetiva. Tabla 20

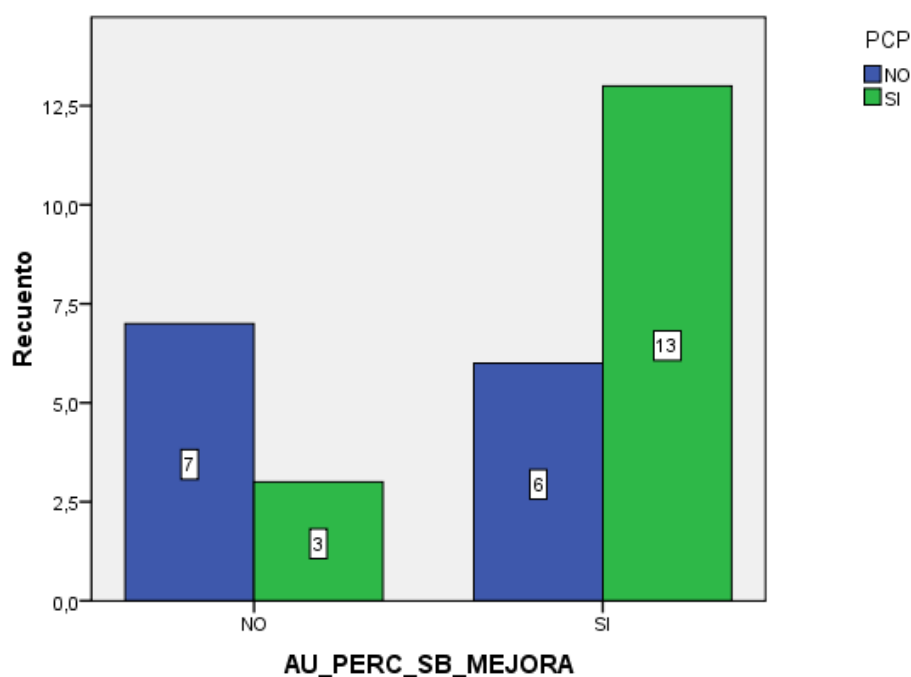
AU_PERC_SB_MEJORA * PCP			PCP		Total
			NO	SI	
AU_PERC_SB_MEJORA	NO	Recuento	7	3	10
		% dentro de PCP	53,8%	18,8%	34,5%
	SI	Recuento	6	13	19
		% dentro de PCP	46,2%	81,3%	65,5%
Total	Recuento		13	16	29
	% dentro de PCP		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,910 ^a	1	,048	,064	,056
Corrección por continuidad ^b	2,511	1	,113		
N de casos válidos	29				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,48.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Autodeterminación. Percentil Escala Subjetiva. Gráfica 14



Bienestar Laboral. Percentil Escala Subjetiva. Tabla 21

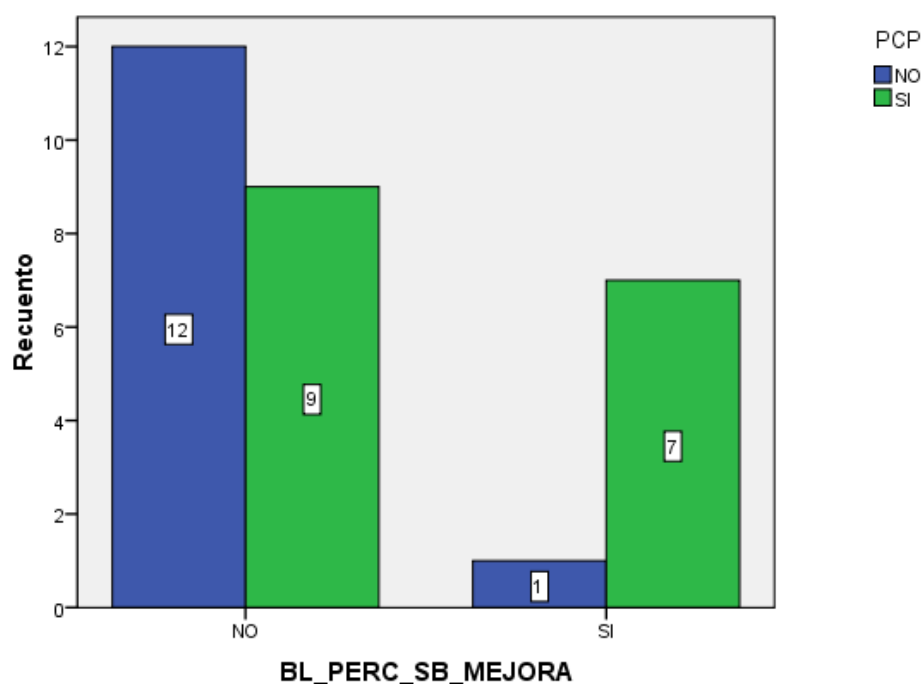
BL_PERC_SB_MEJORA * PCP			PCP		Total
			NO	SI	
BL_PERC_SB_MEJORA	NO	Recuento	12	9	21
		% dentro de PCP	92,3%	56,3%	72,4%
	SI	Recuento	1	7	8
		% dentro de PCP	7,7%	43,8%	27,6%
Total	Recuento		13	16	29
	% dentro de PCP		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,668 ^a	1	,031	,044	,038
Corrección por continuidad ^b	3,038	1	,081		
Razón de verosimilitudes	5,181	1	,023	,044	,038
Estadístico exacto de Fisher				,044	,038
N de casos válidos	29				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,59.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Bienestar Laboral. Percentil Escala Subjetiva. Gráfica 15



Bienestar Laboral. Percentil Escala Objetiva. Tabla 22

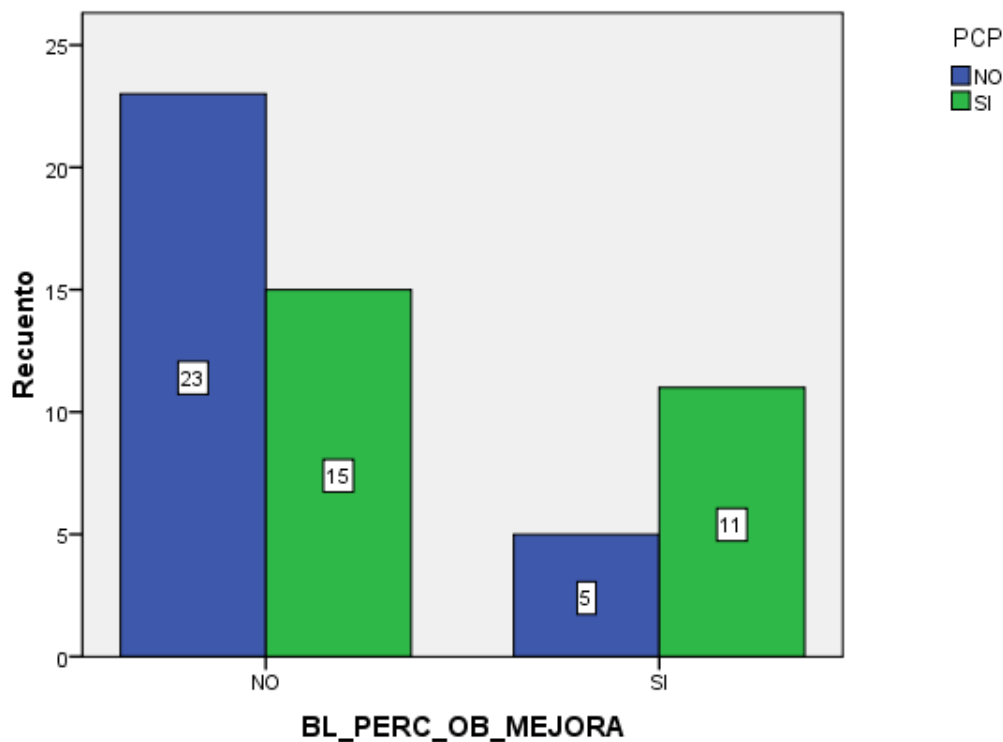
BL_PERC_OB_MEJORA * PCP			PCP		Total
			NO	SI	
BL_PERC_OB_MEJORA	NO	Recuento	23	15	38
		% dentro de PCP	82,1%	57,7%	70,4%
	SI	Recuento	5	11	16
		% dentro de PCP	17,9%	42,3%	29,6%
Total	Recuento		28	26	54
	% dentro de PCP		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,865 ^a	1	,049	,074	,047
Corrección por continuidad ^b	2,782	1	,095		
N de casos válidos	54				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,70.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Bienestar Laboral. Percentil Escala Objetiva. Gráfica 16



Bienestar Emocional y Físico. Percentil Escala Objetiva. Tabla 23

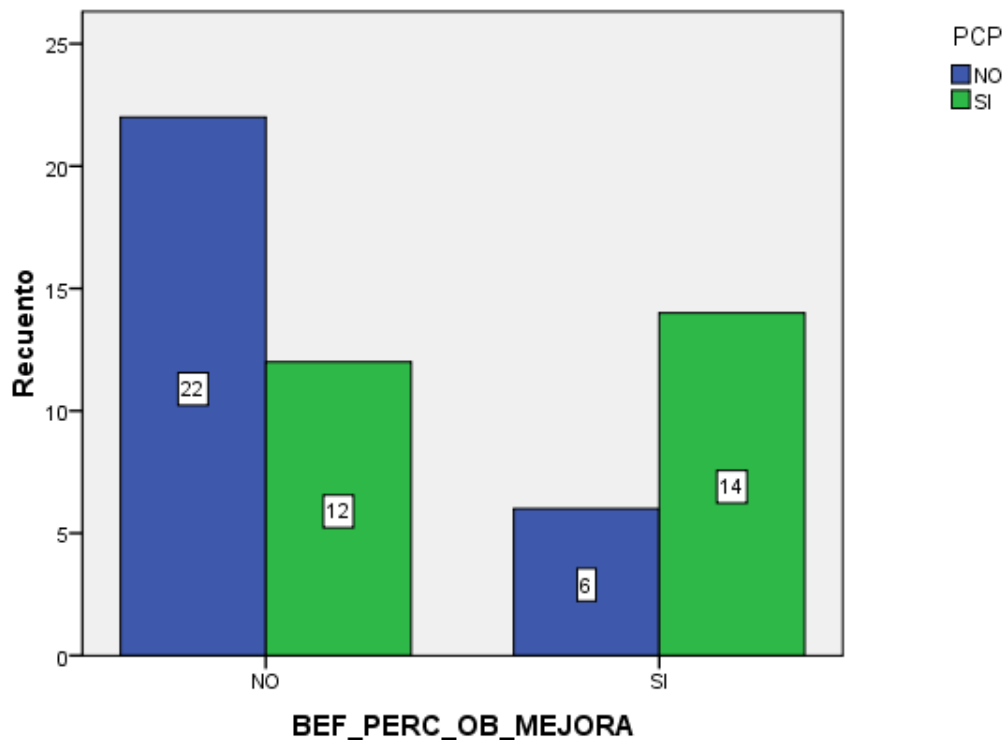
BEF_PERC_OB_MEJORA * PCP			PCP		Total
			NO	SI	
BEF_PERC_OB_MEJORA	NO	Recuento	22	12	34
		% dentro de PCP	78,6%	46,2%	63,0%
	SI	Recuento	6	14	20
		% dentro de PCP	21,4%	53,8%	37,0%
Total	Recuento		28	26	54
	% dentro de PCP		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,075 ^a	1	,014	,023	,014
Corrección por continuidad ^b	4,765	1	,029		
N de casos válidos	54				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,63.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Bienestar Emocional y Físico. Percentil Escala Objetiva. Gráfica 17



Autodeterminación. Percentil Escala GENCAT. Tabla 24

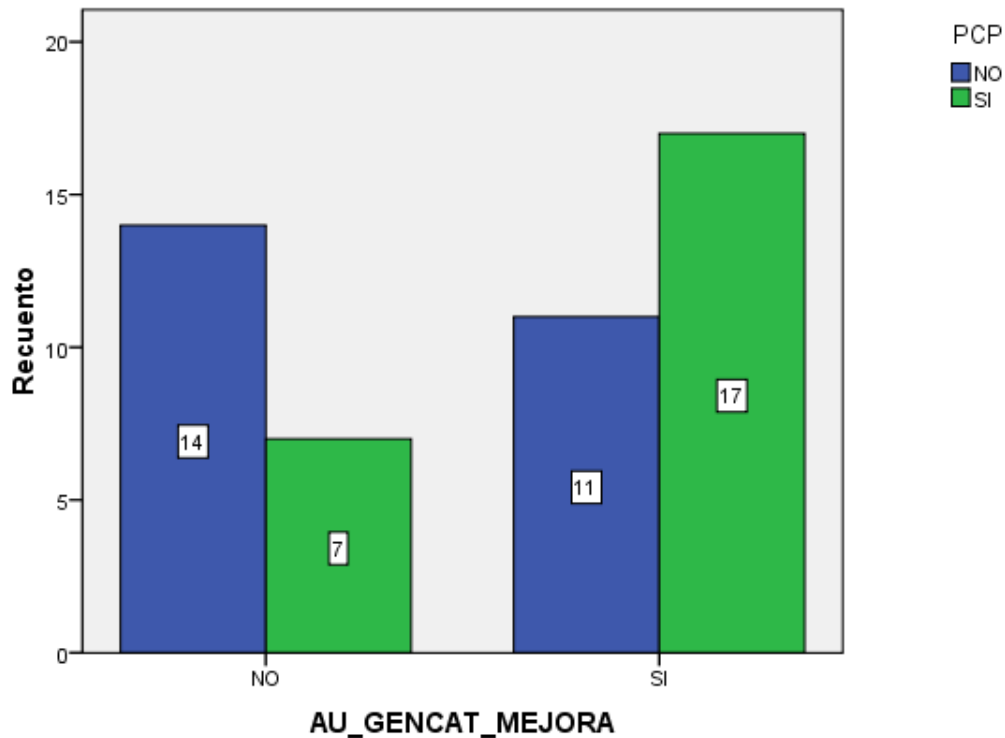
AU_GENCAT_MEJORA * PCP			PCP		Total
			NO	SI	
AU_GENCAT_MEJORA	NO	Recuento	14	7	21
		% dentro de PCP	56,0%	29,2%	42,9%
	SI	Recuento	11	17	28
		% dentro de PCP	44,0%	70,8%	57,1%
Total		Recuento	25	24	49
		% dentro de PCP	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,600 ^a	1	,058	,085	,053
Corrección por continuidad ^b	2,588	1	,108		
N de casos válidos	49				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,29.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Autodeterminación. Percentil Escala GENCAT. Gráfica 18



Participación en Planificación Centrada en la Persona y Grupos de Autogestores

Bienestar Laboral. Percentil Escala Subjetiva. Tabla 25

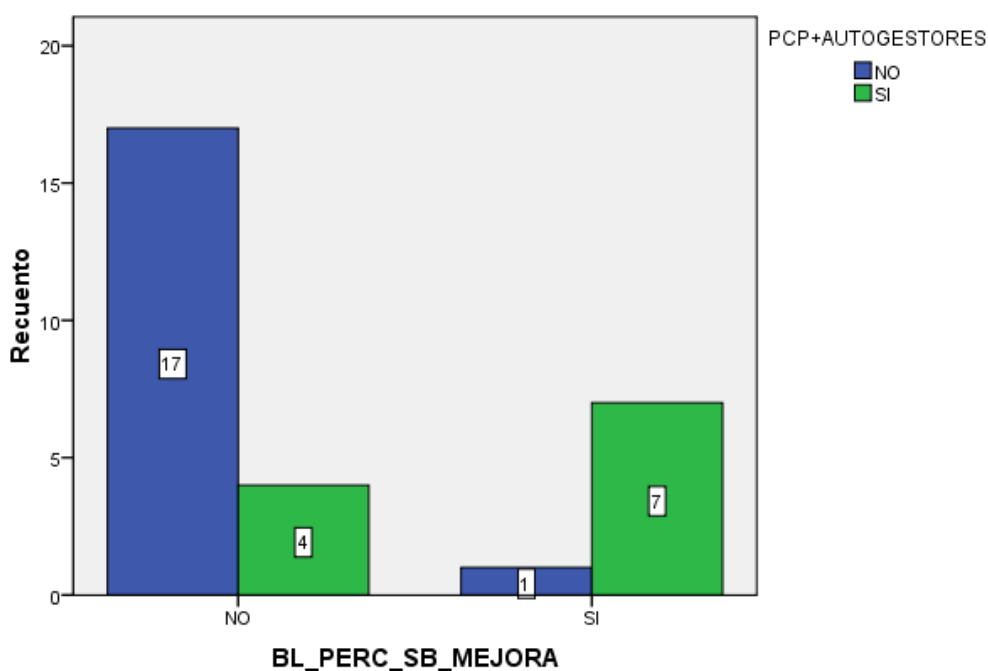
BL_PERC_SB_MEJORA * PCP+AUTOGESTORES			PCP+AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
BL_PERC_SB_MEJORA	NO	Recuento	17	4	21
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	94,4%	36,4%	72,4%
	SI	Recuento	1	7	8
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	5,6%	63,6%	27,6%
Total		Recuento	18	11	29
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,530 ^a	1	,001	,001	,001
Corrección por continuidad ^b	8,806	1	,003		
N de casos válidos	29				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,03.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Bienestar Laboral. Percentil Escala Subjetiva. Gráfica 19



Índice de CDV. Percentil Escala Subjetiva. Tabla 26

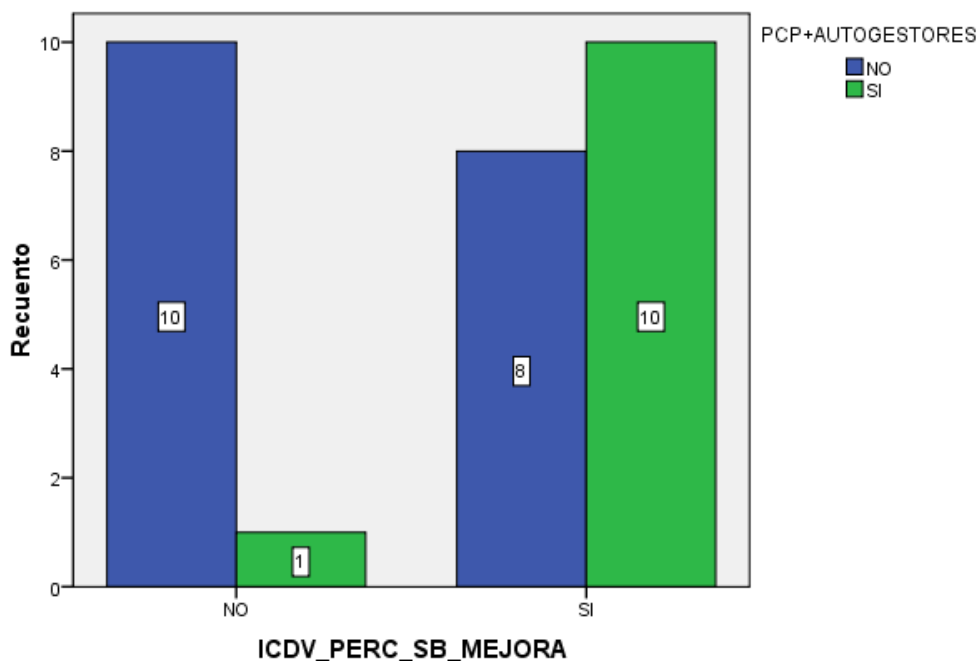
ICDV_PERC_SB_MEJORA * PCP+AUTOGESTORES			PCP+AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
ICDV_PERC_SB_MEJORA	NO	Recuento	10	1	11
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	55,6%	9,1%	37,9%
	SI	Recuento	8	10	18
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	44,4%	90,9%	62,1%
Total		Recuento	18	11	29
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,261 ^a	1	,012	,019	,015
Corrección por continuidad ^b	4,443	1	,035		
N de casos válidos	29				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,17.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Índice de CDV. Percentil Escala Subjetiva. Gráfica 20



Bienestar Laboral. Percentil Escala Objetiva. Tabla 27

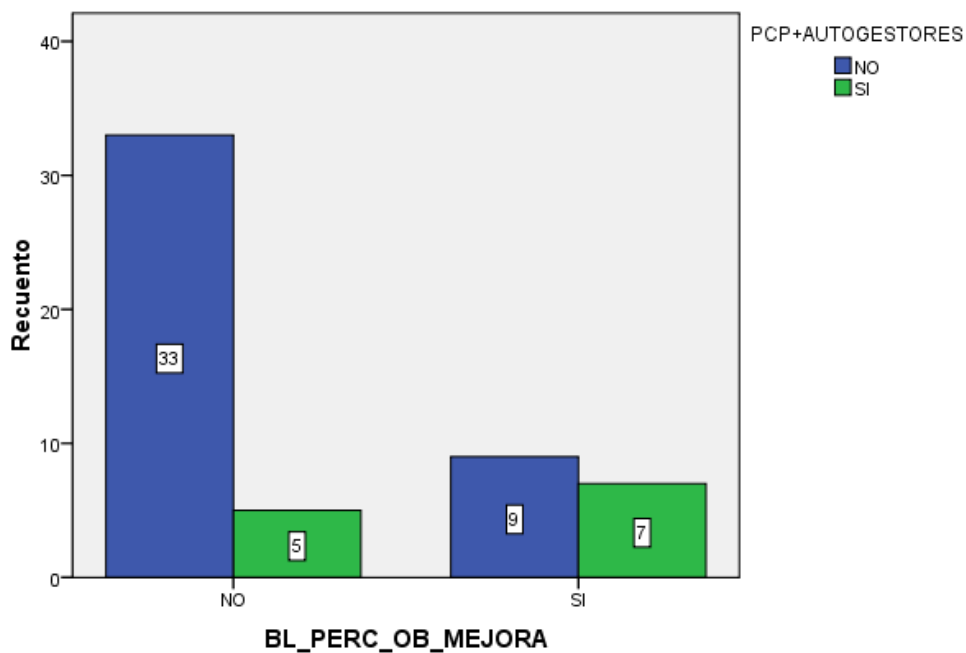
Tabla de contingencia BL_PERC_OB_MEJORA * PCP+AUTOGESTORES			PCP+AUTOGESTORES		Total
			NO	SI	
BL_PERC_OB_MEJORA	NO	Recuento	33	5	38
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	78,6%	41,7%	70,4%
	SI	Recuento	9	7	16
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	21,4%	58,3%	29,6%
Total		Recuento	42	12	54
		% dentro de PCP+AUTOGESTORES	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,097 ^a	1	,014	,028	,020
Corrección por continuidad ^b	4,455	1	,035		
N de casos válidos	54				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,56.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Bienestar Laboral. Percentil Escala Objetiva. Gráfica 21



Sexo

Autodeterminación. Percentil Escala Objetiva. Tabla 28

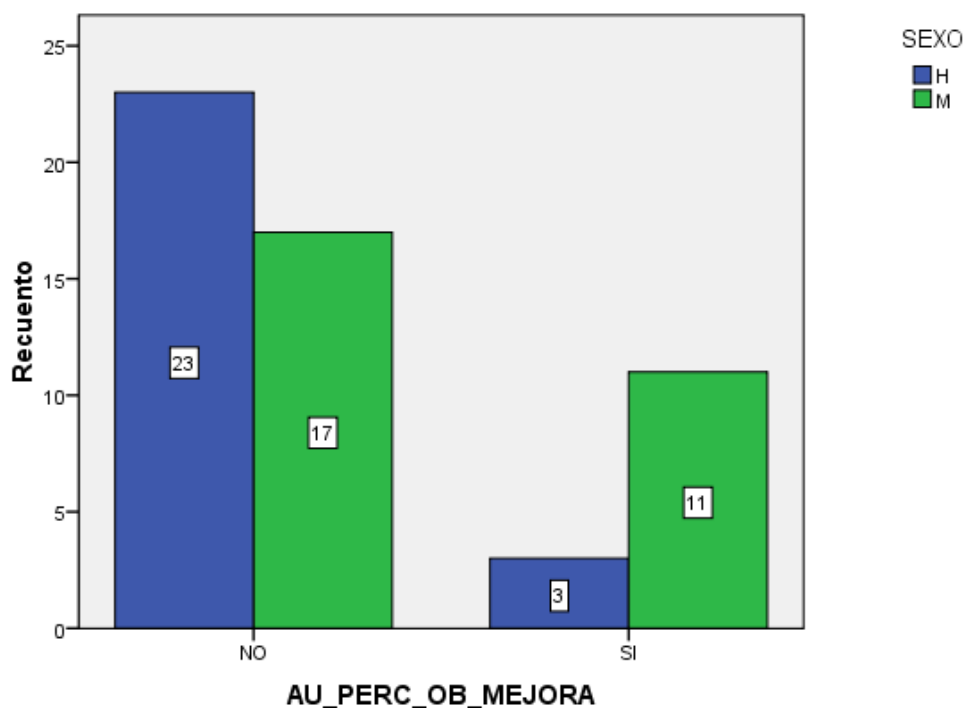
Tabla de contingencia AU_PERC_OB_MEJORA * SEXO			SEXO		Total
			H	M	
AU_PERC_OB_MEJORA	NO	Recuento	23	17	40
		% dentro de SEXO	88,5%	60,7%	74,1%
	SI	Recuento	3	11	14
		% dentro de SEXO	11,5%	39,3%	25,9%
Total		Recuento	26	28	54
		% dentro de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,405 ^a	1	,020	,030	,021
Corrección por continuidad ^b	4,056	1	,044		
N de casos válidos	54				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,74.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Autodeterminación. Percentil Escala Objetiva. Gráfica 22



Desarrollo Personal. Percentil Escala GENCAT. Tabla 29

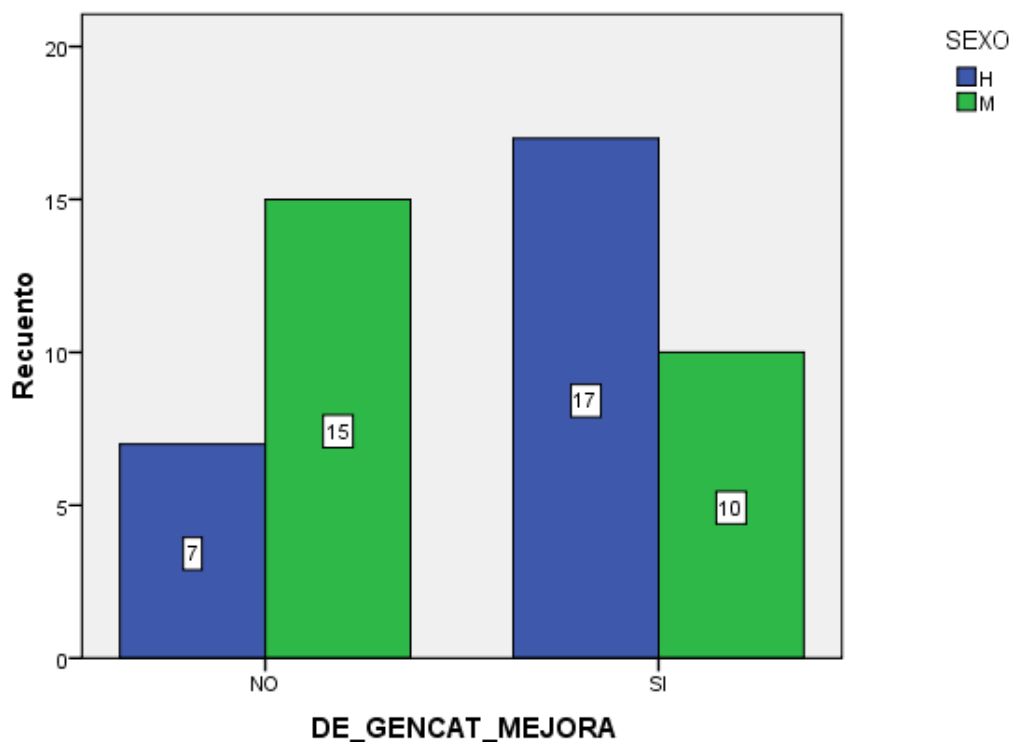
Tabla de contingencia DE_GENCAT_MEJORA *			SEXO		Total
			H	M	
DE_GENCAT_MEJORA	NO	Recuento	7	15	22
		% dentro de SEXO	29,2%	60,0%	44,9%
	SI	Recuento	17	10	27
		% dentro de SEXO	70,8%	40,0%	55,1%
Total		Recuento	24	25	49
		% dentro de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,705 ^a	1	,030	,045	,029
Corrección por continuidad ^b	3,542	1	,060		
N de casos válidos	49				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,78.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Desarrollo Personal. Percentil Escala GENCAT. Gráfica 23



Tipo de plaza de la que es usuario (Ocupacional y Centro de Día)

Inclusión Social. Percentil Escala Objetiva. Tabla 30

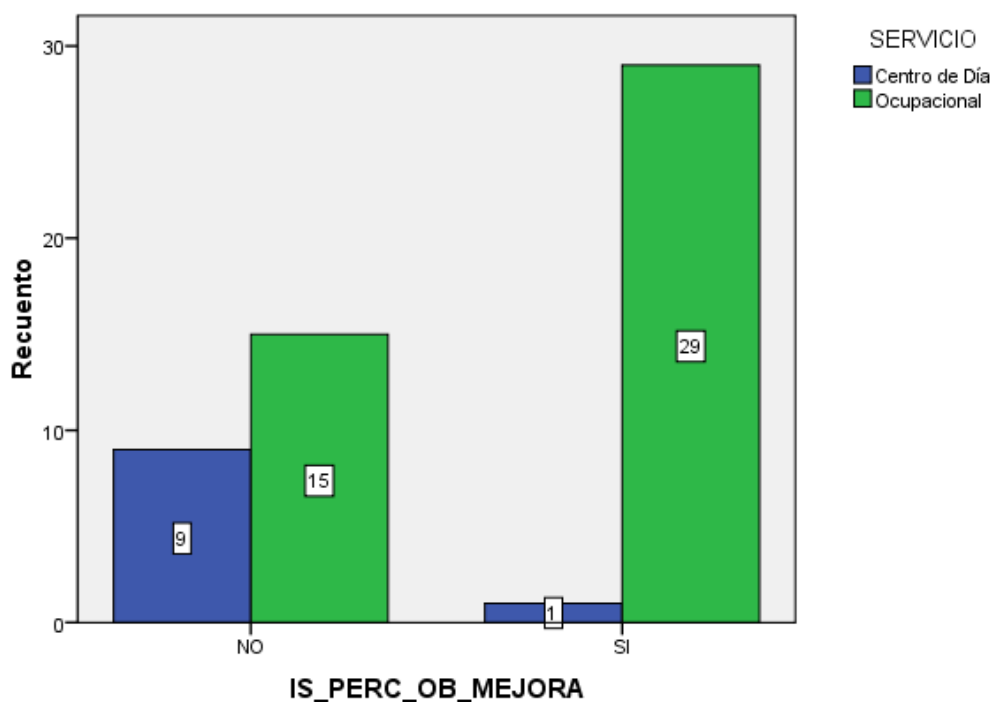
IS_PERC_OB_MEJORA * SERVICIO			SERVICIO		Total
			Centro de Día	Ocupacional	
IS_PERC_OB_MEJORA	NO	Recuento	9	15	24
		% dentro de SERVICIO	90,0%	34,1%	44,4%
	SI	Recuento	1	29	30
		% dentro de SERVICIO	10,0%	65,9%	55,6%
Total		Recuento	10	44	54
		% dentro de SERVICIO	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,315 ^a	1	,001	,002	,002
Corrección por continuidad ^b	8,175	1	,004		
N de casos válidos	54				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,44.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Inclusión Social. Percentil Escala Objetiva. Gráfica 24



Índice de CDV. Percentil Escala Objetiva. Tabla 31

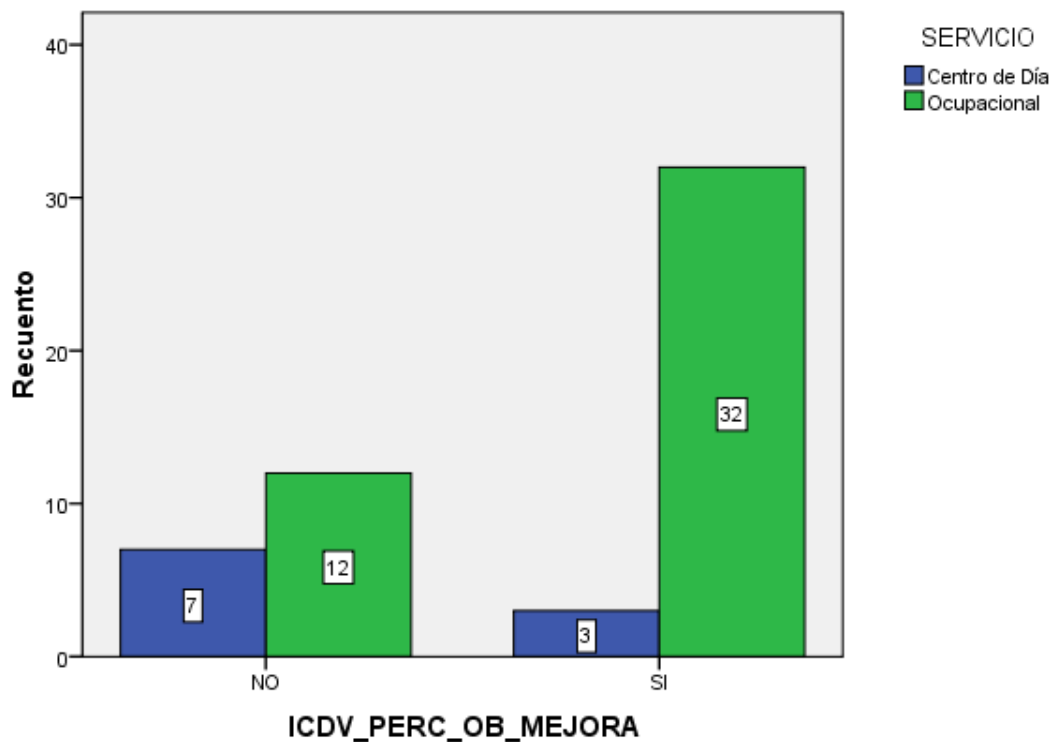
ICDV_PERC_OB_MEJORA * SERVICIO			SERVICIO		Total
			Centro de Día	Ocupacional	
ICDV_PERC_OB_MEJORA	NO	Recuento	7	12	19
		% dentro de SERVICIO	70,0%	27,3%	35,2%
	SI	Recuento	3	32	35
		% dentro de SERVICIO	30,0%	72,7%	64,8%
Total		Recuento	10	44	54
		% dentro de SERVICIO	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,523 ^a	1	,011	,023	,016
Corrección por continuidad ^b	4,784	1	,029		
N de casos válidos	54				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,52.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Índice de CDV. Percentil Escala Objetiva. Gráfica 25



Relaciones Interpersonales. Percentil Escala GENCAT. Tabla 32

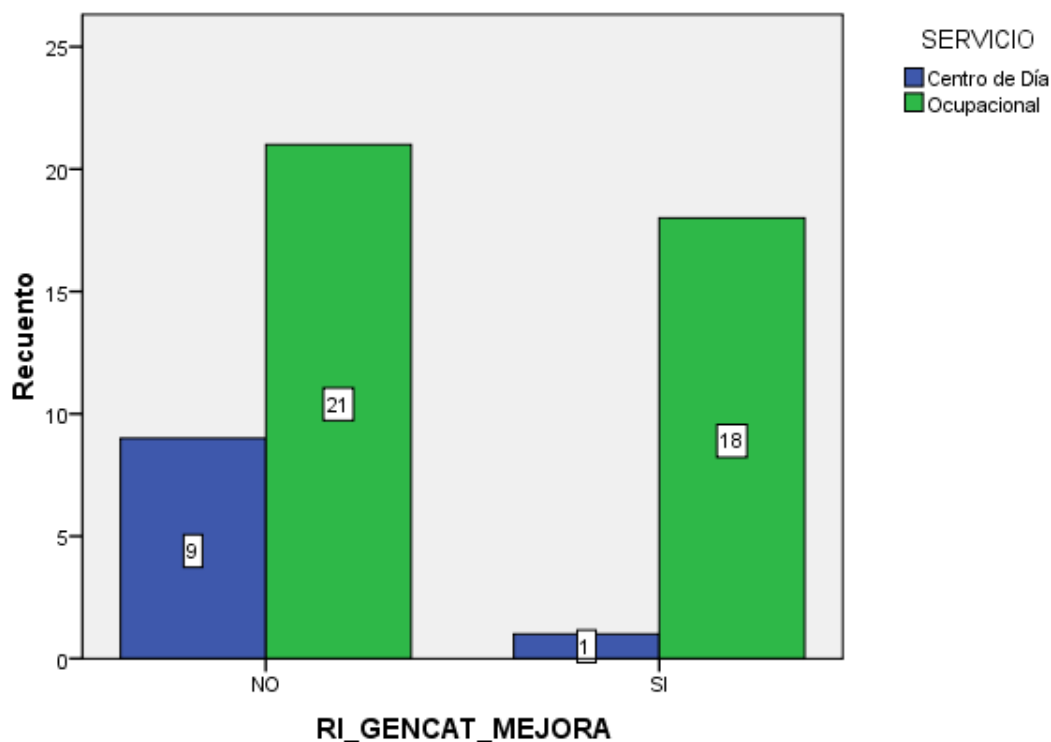
Tabla de contingencia RI_GENCAT_MEJORA *			SERVICIO		Total
			Centro de Día	Ocupacional	
RI_GENCAT_MEJORA	NO	Recuento	9	21	30
		% dentro de SERVICIO	90,0%	53,8%	61,2%
	SI	Recuento	1	18	19
		% dentro de SERVICIO	10,0%	46,2%	38,8%
Total		Recuento	10	39	49
		% dentro de SERVICIO	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,382 ^a	1	,036	,066	,037
Corrección por continuidad ^b	2,992	1	,084		
N de casos válidos	49				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,88.

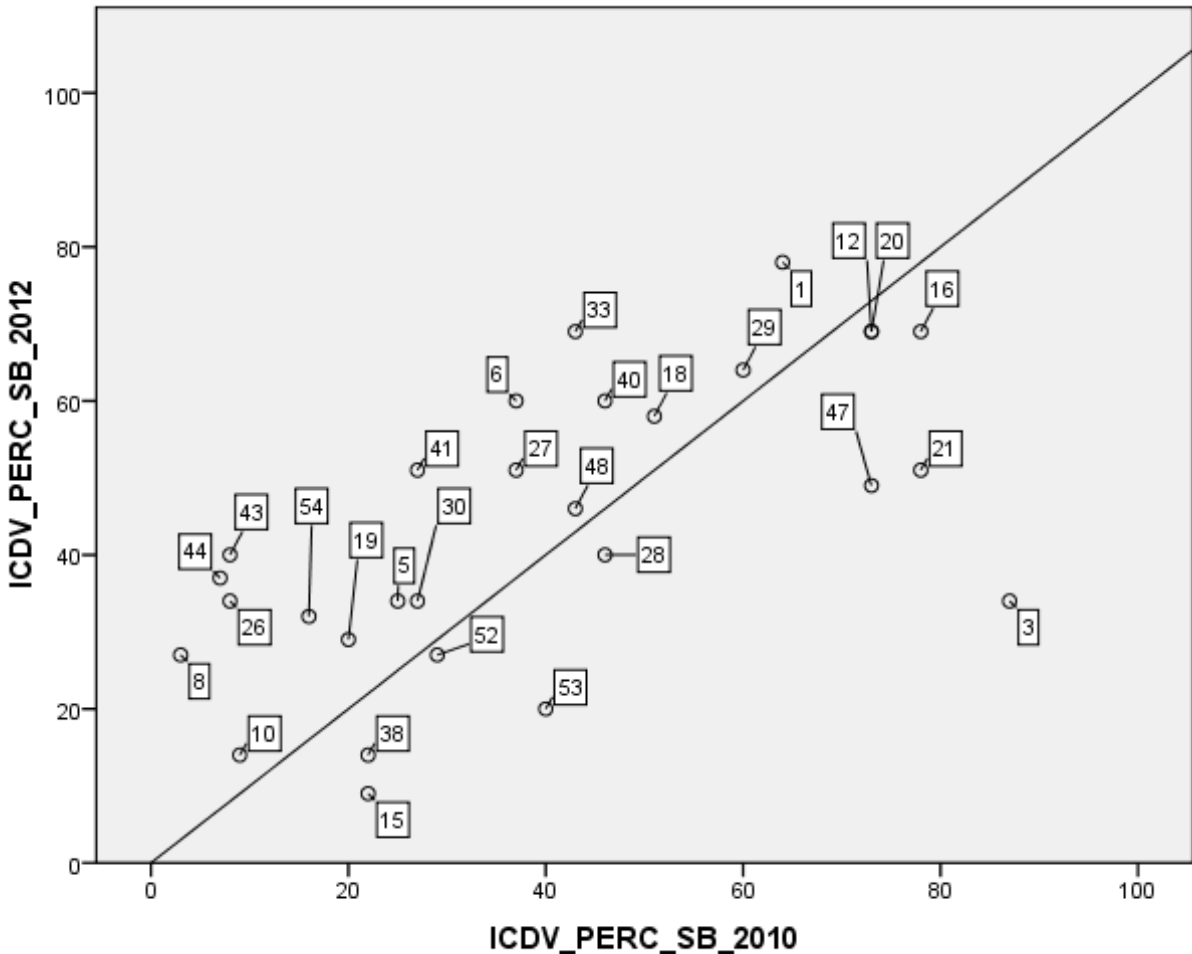
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Relaciones Interpersonales. Percentil Escala GENCAT. Gráfica 26

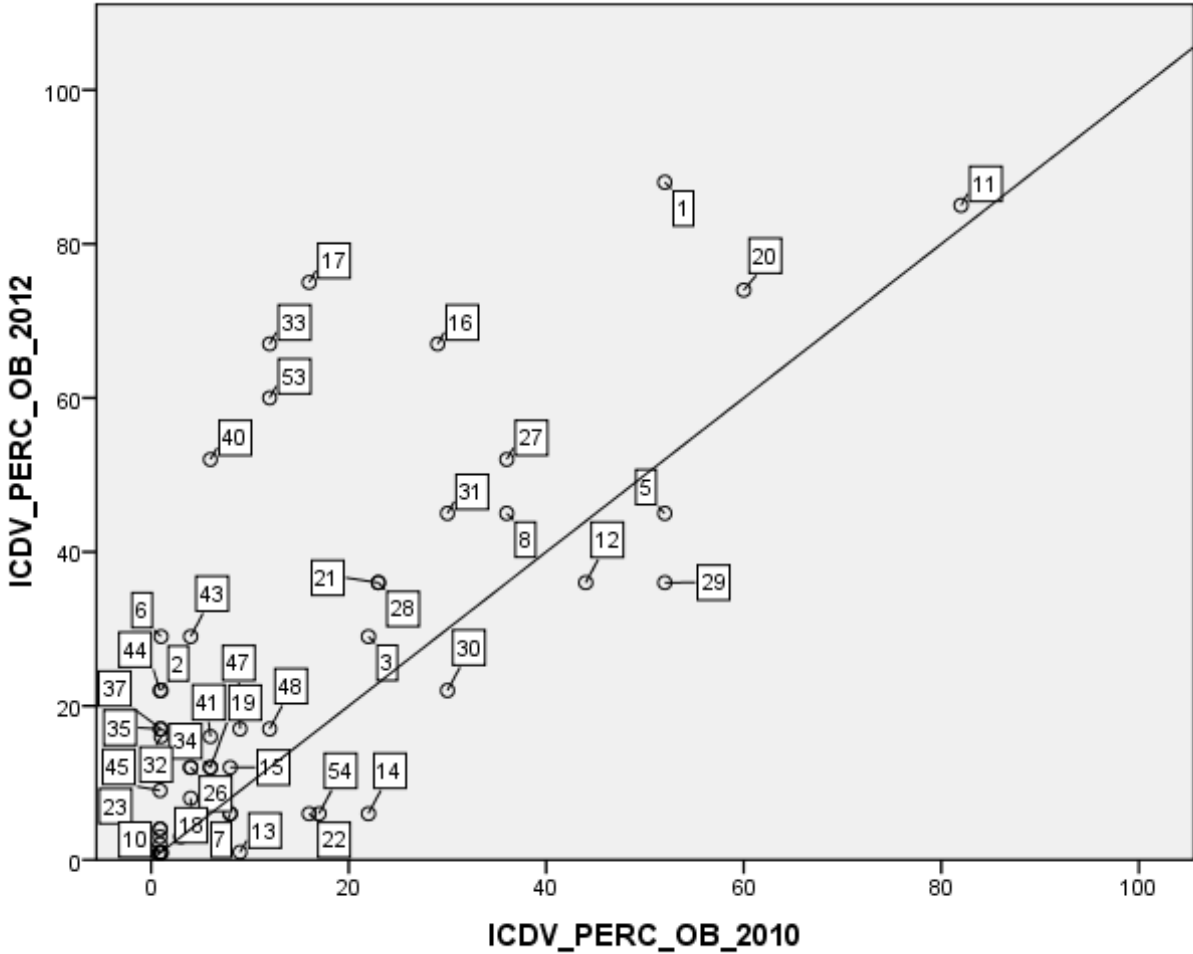


9.3 Evolución del percentil del ICDV 2010-2012

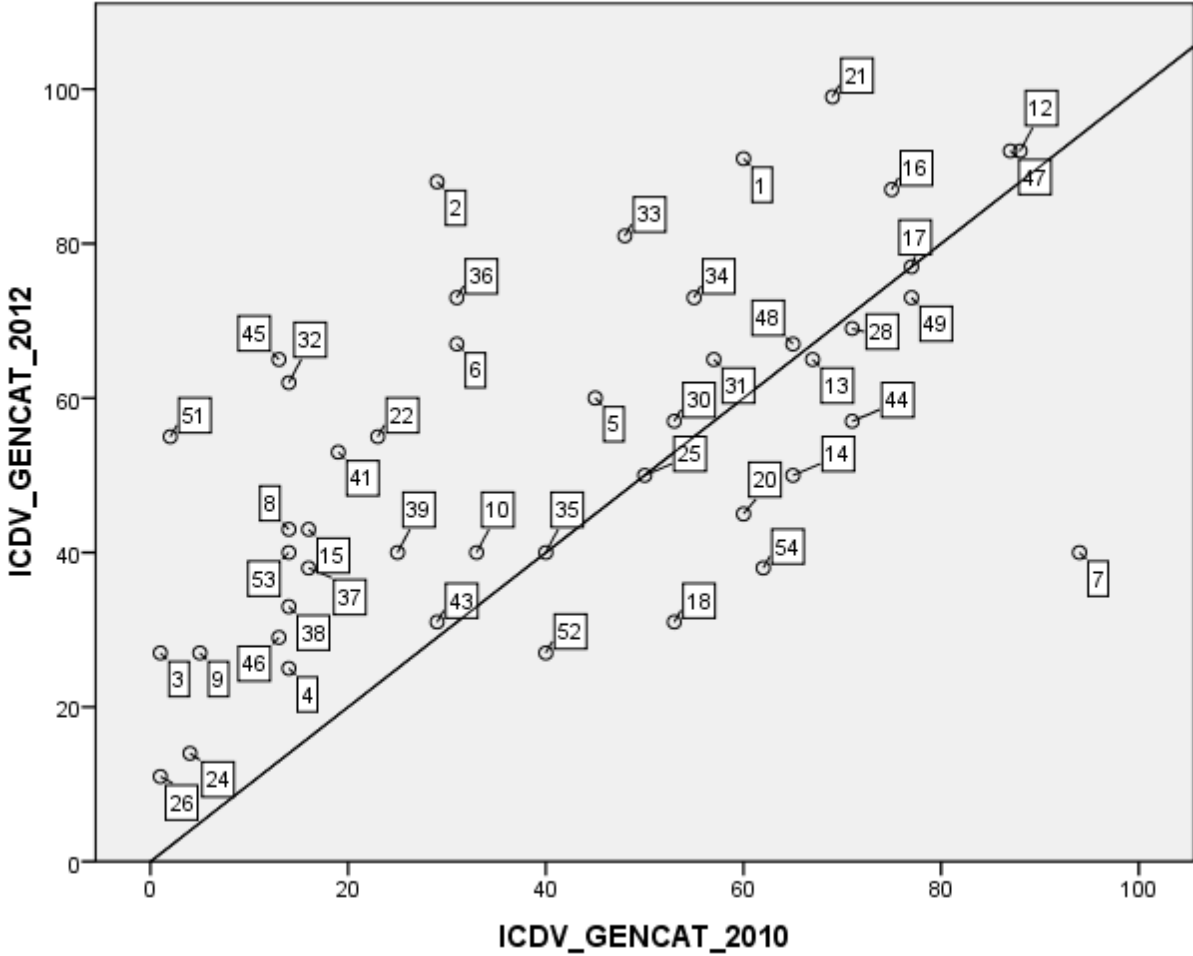
Evolución de percentil en el ICDV de los usuarios. Sub-escala SUBJETIVA. Gráfica 27



Evolución de percentil en el ICDV de los usuarios. Sub-escala OBJETIVA. Gráfica 28



Evolución de percentil en el ICDV de los usuarios. Escala GENCAT. Gráfica 29



Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y más)

Número de identificación:

Nombre

Apellidos

Sexo

Varón

Mujer

Dirección

Localidad/Provincia/CP

Teléfono

Lengua hablada en casa

Servicio

Colectivo

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____
Edad cronológica	_____	_____	_____

Datos de la persona informante

Nombre de la persona que completa el cuestionario

Puesto de trabajo

Agencia/Afiliación

Lengua hablada en casa

Dirección

Correo electrónico

Teléfono

Nombre de otros informantes

Relación con la persona

Lengua hablada en casa

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

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

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

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.</p> <p>ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.</p>					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.</p>					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.</p> <p>ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.</p> <p>ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.</p> <p>ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".</p>					

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.</p>					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

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

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

GENCAT. Escala de Calidad de vida

<p>Número de identificación:</p> <div style="background-color: #ADD8E6; height: 15px; width: 100%;"></div> <p>Nombre y apellidos</p> <div style="background-color: #ADD8E6; height: 15px; width: 100%;"></div> <p>Informante</p> <div style="background-color: #ADD8E6; height: 15px; width: 100%;"></div> <p>Fecha de aplicación</p> <div style="background-color: #ADD8E6; height: 15px; width: 100%;"></div>	<p>Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT</p> <p>1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles 3. Introducir el Índice de Calidad de vida</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <th style="width: 25%;">Dimensiones de Calidad de vida</th> <th style="width: 25%;">Puntuaciones directas totales</th> <th style="width: 25%;">Puntuaciones estándar</th> <th style="width: 25%;">Percentiles de las dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bienestar emocional</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr style="background-color: #D3D3D3;"><td>Relaciones interpersonales</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar material</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr style="background-color: #D3D3D3;"><td>Desarrollo personal</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar físico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr style="background-color: #D3D3D3;"><td>Autodeterminación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Inclusión social</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr style="background-color: #D3D3D3;"><td>Derechos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">Puntuación estándar TOTAL (suma)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Percentil del Índice de Calidad de vida</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones	Bienestar emocional				Relaciones interpersonales				Bienestar material				Desarrollo personal				Bienestar físico				Autodeterminación				Inclusión social				Derechos				Puntuación estándar TOTAL (suma)				ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)				Percentil del Índice de Calidad de vida			
Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones																																														
Bienestar emocional																																																	
Relaciones interpersonales																																																	
Bienestar material																																																	
Desarrollo personal																																																	
Bienestar físico																																																	
Autodeterminación																																																	
Inclusión social																																																	
Derechos																																																	
Puntuación estándar TOTAL (suma)																																																	
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)																																																	
Percentil del Índice de Calidad de vida																																																	

<p>Baremo usado</p> <p><input type="checkbox"/> A Baremo para la muestra general</p> <p><input type="checkbox"/> B Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)</p> <p><input type="checkbox"/> C Baremo para personas con discapacidad intelectual</p> <p><input type="checkbox"/> D Baremo para personas de otros colectivos (Personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)</p>
--

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida

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

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

A. Baremo para la muestra general

Puntuaciones directas

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

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DR= Derechos.

B. Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)

Puntuaciones directas

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

Nota: BE= Bienestar emocional, RI= Relaciones interpersonales, BM= Bienestar material, DP= Desarrollo personal, BF= Bienestar físico, AU= Autodeterminación, IS= Inclusión social, DR= Derechos.

C. Baremo para personas con discapacidad intelectual

Puntuaciones directas

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

Nota: BE= Bienestar emocional, RI= Relaciones interpersonales, BM= Bienestar material, DP= Desarrollo personal, BF= Bienestar físico, AU= Autodeterminación, IS= Inclusión social, DR= Derechos.

D. Baremo para personas del resto de colectivos

(Personas con drogodependencias, VIH/SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

Puntuaciones directas

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

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DR= Derechos.

Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida

Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil	Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil	Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil
120	138	>99	88	107	69	57	78	8
119	137	>99	87	107	67	56	78	7
118	135	>99	86	106	65	55	77	6
117	135	99	85	105	62	54	76	5
116	134	99	84	104	60	53	75	5
115	133	99	83	103	57	52	74	4
114	132	98	82	102	55	51	73	4
113	131	98	81	101	53	50	72	3
112	130	98	80	100	50	49	71	3
111	129	97	79	99	48	48	70	2
110	128	97	78	98	45	47	69	2
109	127	97	77	97	43	46	68	2
108	126	96	76	96	40	45	67	1
107	125	95	75	95	38	44	66	1
106	124	95	74	94	35	43	65	1
105	123	94	73	93	33	42	64	1
104	122	93	72	92	31	41	63	1
103	122	93	71	92	29	40	62	1
102	121	92	70	91	27	39	61	1
101	120	91	69	90	25	38	60	<1
100	119	89	68	89	23	37	60	<1
99	118	88	67	88	21	36	59	<1
98	117	87	66	87	19	35	58	<1
97	116	86	65	86	17	34	57	<1
96	115	84	64	85	16	33	57	<1
95	114	83	63	84	14	32	56	<1
94	113	81	62	83	13	31	56	<1
93	112	79	61	82	12	30	55	<1
92	111	77	60	81	11	29	54	<1
91	110	75	59	80	9	28	53	<1
90	109	73	58	79	8	27	52	<1
89	108	71						

Nota: PE= Puntuaciones estándar; ICV= Índice de Calidad de vida

9.5 Escala INTEGRAL – Subescala SUBJETIVA

(M. A. Verdugo, Gómez, et al., 2009 adaptada por González, E. y Urizarna, S., 2010)

TOTALMENTE DESACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1	2	3	4
4	3	2	1

A		AUTODETERMINACIÓN	
1		Hago compras en tiendas y supermercados	
2		Me dejan elegir el trabajo que más me gusta desempeñar	
3		Puedo conseguir lo que me propongo sin esfuerzo	
4		Participo en mi barrio como cualquier otro	
5		Participo en las asociaciones que me interesan	
6		Si alguien me roba, sé cómo denunciarlo a la policía	
7		Hago las tareas necesarias para mantener mi habitación ordenada y limpia	
8		He decorado mi habitación a mi gusto y mismo	
			0

B		INCLUSIÓN SOCIAL	
9		Las personas que me rodean respetan mi intimidad	
10		Tengo pocos amigos con los que salir a divertirme	
11		Tengo los mismos derechos que cualquier otra persona	
12		Me siento excluido de la sociedad	
13		Los demás me tratan como a cualquier otra persona	
14		Tengo personas que me enseñan a hacer aquello que no sé	
15		Tengo buena relación con personas de distintas edades	
16		Me dejan defender mis ideas y opiniones	
			0

C		BIENESTAR LABORAL	
17		Mis compañeros de trabajo me admiten como a cualquier otro	
18		Mis relaciones en el trabajo son buenas	
19		Estoy contento con el lugar en que trabajo	
20		El lugar en que trabajo es limpio y seguro	
			0

D		BIENESTAR MATERIAL	
21		Tengo dinero para comprar las cosas que necesito	
22		Estoy contento con las cosas que poseo	
23		En los servicios sanitarios (p.e., hospital, ambulatorio) me proporcionan los cuidados que necesito	
24		Elijo las actividades que hago en mi tiempo libre	
25		Mi casa es cómoda y confortable	
26		Estoy satisfecho con la atención que recibo en los servicios sanitarios	
27		Estoy contento con el dinero que gano	
28		Las cosas que me han enseñado son importantes	
29		Me gustan las condiciones de mi casa	
			0

E	BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	
30	Duermo bien	
31	Estoy contento con mi vida	
32	Me encuentro lleno de energía	
33	Estoy contento con migo mismo	
34	Me encuentro bien físicamente	
35	Estoy contento con mi salud	
36	Estoy contento con la apariencia de mi cuerpo	
		0

F	BIENESTAR FAMILIAR	
37	Tengo buena relación con mis padres	
38	La comunicación entre los miembros de mi familia es buena	
39	Estoy tan integrado en mi familia como cualquier otro miembro	
		0

DIMENSIONES CdV	P. DIRECTA TOTAL	P. ESTÁNDAR TOTAL	PERCENTILES DIMENSIONES	ORDEN DIMENSIONES
AUTODETERMINACIÓN				1
INCLUSIÓN SOCIAL				2
BIENESTAR LABORAL				3
BIENESTAR MATERIAL				4
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO				5
BIENESTAR FAMILIAR				6
				7
				8
	Puntuación Estándar Total (suma)			
	Índice de CdV (Puntuación Estándar Compuesta)			
	Percentil del Índice de CdV			

Baremos de la
Subescala
SUBJETIVA

AUTODET			INCL. SOC			B. LABORAL			B. MATERIAL			B. EMOC FIC			B. FAMILIAR			INDICE CgV		
ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL
8	1	0,9	8	1	0,9	4	1	0,9	9	1	0,9	7	1	0,9	3	1	0,9	1	34	0,9
9	1	0,9	9	1	0,9	5	1	0,9	10	1	0,9	8	1	0,9	4	1	0,9	2	34	0,9
10	1	0,9	10	1	0,9	6	1	0,9	11	1	0,9	9	1	0,9	5	3	1	3	34	0,9
11	1	0,9	11	1	0,9	7	1	0,9	12	1	0,9	10	1	0,9	6	4	2	4	34	0,9
12	2	0,9	12	1	0,9	8	2	0,9	13	1	0,9	11	1	0,9	7	5	5	5	34	0,9
13	2	0,9	13	1	0,9	9	3	1	14	1	0,9	12	1	0,9	8	7	16	6	34	0,9
14	3	1	14	2	0,9	10	5	5	15	1	0,9	13	1	0,9	9	8	25	7	34	0,9
15	4	2	15	2	0,9	11	6	9	16	1	0,9	14	2	0,9	10	10	50	8	34	0,9
16	4	2	16	3	1	12	7	16	17	1	0,9	15	3	1	11	11	63	9	34	0,9
17	5	5	17	4	2	13	9	37	18	1	0,9	16	4	2	12	13	84	10	34	0,9
18	6	9	18	5	5	14	10	50	19	2	0,9	17	4	2				11	34	0,9
19	6	9	19	5	5	15	12	75	20	2	0,9	18	5	5				12	34	0,9
20	7	16	20	6	9	16	13	84	21	3	1	19	16	9				13	34	0,9
21	8	25	21	7	16				22	4	2	20	7	16				14	34	0,9
22	8	25	22	8	25				23	4	2	21	8	25				15	34	0,9
23	9	37	23	8	25				24	5	5	22	8	25				16	34	0,9
24	10	50	24	9	37				25	6	9	23	9	37				17	34	0,9
25	10	50	25	10	50				26	7	16	24	10	50				18	34	0,9
26	11	63	26	11	63				27	7,5	21	25	11	63				19	55	0,9
27	12	75	27	11	63				28	8	25	26	12	75				20	55,5	0,9
28	13	84	28	12	75				29	9	37	27	12	75				21	58	0,9
29	14	91	29	13	84				30	9	37	28	13	84				22	59,0	0,9
30	14	91	30	14	91				31	10	50							23	60,0	0,9
31	14	91	31	15	95				32	11	63							24	61	0,9
32	15	95	32	15	95				33	12	75							25	62	1
									34	12	75							26	63	1
									35	13	84							27	64	1
									36	14	91							28	65	1
																		29	66	1
																		30	67,5	1
																		31	69	2
																		32	69	2
																		33	71	3
																		34	72	3
																		35	73	4
																		36	74	4,5
																		37	75	5
																		38	76	5
																		39	77	7
																		40	78	8
																		41	79	8
																		42	80	9
																		43	82	11
																		44	83	12
																		45	84	14
																		46	85	16
																		47	86	18
																		48	87	20
																		49	88	20
																		50	89	22
																		51	90	25
																		52	91	27
																		53	92	29
																		54	93	32
																		55	94	34
																		56	95	37
																		57	96	40
																		58	97	43
																		59	98	46
																		60	100	49
																		61	101	51
																		62	102	55
																		63	103	58
																		64	104	60
																		65	105	64
																		66	106	66
																		67	108	69
																		68	109	73
																		69	110	75
																		70	111	78
																		71	112	78
																		72	113	80
																		73	114	82
																		74	115	84
																		75	116	86
																		76	117	87
																		77	118	89
																		78	120	91
																		79	121	91
																		80	122	93
																		81	123	94
																		82	124	94
																		83	125	95

SUBJETIVA

9.6 Escala INTEGRAL – Subescala OBJETIVA

(M. A. Verdugo, Gómez, et al., 2009 adaptada por González, E. y Urizarna, S., 2010)

A	AUTODETERMINACIÓN	
1	Manifiesta intereses y objetivos propios y hace planes para alcanzarlos	
2	Se mueve de forma independiente por su comunidad	
3	Decide por sí mismo en qué gastar su dinero.	
4	Elige por sí mismo las actividades y lugares donde pasa su tiempo libre	
5	Si alguien le roba sabría cómo denunciarlo a la policía	
6	Le dejan votar cuando hay elecciones.	
7	Participa en asociaciones de su comunidad y en actividades de ocio normalizadas	
8	Mantiene su habitación limpia y ordenada.	
		0

B	INCLUSIÓN SOCIAL	
9	Tiene amigos con los que realizar actividades de su agrado	
10	Es tratado por los demás como cualquier otra persona	
11	Los demás respetan su intimidad	
		0

C	BIENESTAR LABORAL	
12	Realiza su trabajo de forma competente y responsable.	
13	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	
14	Está compenetrado con sus compañeros de trabajo.	
		0

D	BIENESTAR MATERIAL	
15	Puede invitar a sus amigos a casa cuando quiere.	
16	Dispone de dinero suficiente para comprar lo que necesita.	
17	Con el dinero que tiene puede comprar las cosas que le apetecen o le gustan.	
18	Tiene las cosas que necesita.	
		0

E	BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	
19	Se muestra satisfecho consigo mismo.	
20	Se muestra satisfecho con su vida.	
21	Habitualmente está alegre y de buen humor.	
22	Su estado general de salud es bueno.	
23	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	
		0

DIMENSIONES CdV	P. DIRECTA TOTAL	P. ESTÁNDAR TOTAL	PERCENTILES DIMENSIONES
AUTODETERMINACIÓN			
INCLUSIÓN SOCIAL			
BIENESTAR LABORAL			
BIENESTAR MATERIAL			
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO			
	Puntuación Estándar Total (suma)		
	Índice de CdV (Puntuación Estándar Compuesta)		
	Percentil del Índice de CdV		

Baremos de la Subescala
OBJETIVA

AUTODET			INCL. SOC			B. LABORAL			B. MATERIAL			B. EMOC FIC			INDICE CIV		
ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL	ESTANDAR	ESTANDAR	PERCENTIL
0	3	1	0	2	0,9	0	2	0,9	0	1	0,9	0	1	0,9	1	23	0,9
1	5	5	1	5	5	1	6	9	1	4	2	1	2	0,9	2	23	0,9
2	6	9	2	9	37	2	9	37	2	7	16	2	7	16	3	23	0,9
3	7	16	3	12	75	3	12	75	3	9	37	3	7	16	4	23	0,9
4	9	37							4	12	75	4	10	50	5	23	0,9
5	10	50										5	12	75	6	23	0,9
6	11	63													7	23	0,9
7	12	75													8	23	0,9
8	14	91													9	23	0,9
															10	23	0,9
															11	40	0,9
															12	41,5	0,9
															13	43	0,9
															14	45,3	0,9
															15	47,6	0,9
															16	49,9	0,9
															17	50	0,9
															18	51	0,9
															19	52	0,9
															20	53,0	0,9
															21	55	0,9
															22	58,0	0,9
															23	59,0	0,9
															24	60	0,9
															25	61	0,9
															26	63	1
															27	64	1
															28	67	1
															29	69	1
															30	70,0	2
															31	71	3
															32	73	4
															33	73	4
															34	76	6
															35	77	6
															36	79	8,0
															37	80	9
															38	82	12
															39	82	12
															40	85	16
															41	85	17
															42	88	22
															43	89	23
															44	92	29
															45	92	30
															46	94	36
															47	95	36
															48	98	44
															49	98	45
															50	101	52
															51	101	52
															52	104	60
															53	104	60
															54	107	67
															55	107	68
															56	110	74
															57	110	75
															58	113	80
															59	114	82
															60	116	85
															61	117	86,5
															62	118	88
															63	120	91

OBJETIVA