

Raquel Arfelis Martin

**Escalas de Calidad de Vida: GENCAT y INICO-FEAPS
en población con discapacidad intelectual**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por Ester Solé Pijuan

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2022

Índice

1.	Introducción.....	2
2.	Fundamentación teórica	3
3.	Centro.....	13
4.	Experiencia de APS y estructuración del trabajo	15
5.	Objetivos	16
6.	Revisión de las herramientas de evaluación existentes	16
7.	El estudio	35
7.1.	Objetivos e hipótesis del estudio.....	35
7.2.	Metodología	36
7.3.	Muestra.....	39
7.4.	Resultados	40
7.4.1.	Escalas heteroinformadas: GENCAT y INICO-FEAPS.....	40
7.4.2.	Escala INICO-FEAPS Autoinformada.....	43
7.4.3.	Tipo de residencia y puntuaciones INICO-FEAPS	44
7.5.	Discusión de los resultados.....	48
8.	Conclusiones críticas y sobre los posibles cambios que se deberían hacer en el futuro	54
9.	Análisis de las limitaciones del trabajo.....	55
10.	Referencias	56
11.	Anexos.....	61

1. Introducción

El presente trabajo se presenta en la modalidad de Aprendizaje y Servicio (APS). Dicha modalidad tiene como objetivo unir el aprendizaje con un compromiso social dando respuesta a una necesidad existente en un organismo, institución, empresa o asociación. Esta modalidad permite participar activamente y observar desde un entorno natural las necesidades reales que existen favoreciendo a la adquisición de conocimientos e integrarlos en el currículum académico, a la vez que se cubren las necesidades sociales. Así pues, el modelo APS se trata de un modelo experiencial donde se combina la teoría, la investigación y la formación con el compromiso y la práctica con la realidad del mundo laboral (Rodríguez Gallego, 2014). En concreto, el trabajo se ha llevado a cabo en colaboración con el Taller Baix Camp, una entidad sin ánimo de lucro ubicada en Reus (Tarragona), que actúa para todas las personas con discapacidad intelectual adultas y sus familias. Tiene como objetivo ofrecer a las personas con discapacidad intelectual y sus familias los soportes necesarios para mejorar su calidad de vida (Taller Baix Camp, 2015). Así pues, el presente trabajo se ha centrado en dar respuesta a la necesidad que presentaba el Taller Baix Camp a través de una búsqueda bibliográfica de las herramientas de evaluación existentes que pueden ser de utilidad para la entidad y adaptadas a las personas con discapacidad intelectual. Por otro lado, se ha llevado a cabo un estudio comparativo de una nueva escala encontrada, que puede ser de utilidad para la entidad, con una escala que ya utilizaban. Además, la escala propuesta presenta un formato autoinformado útil para evaluar directamente la información que nos proporciona los usuarios. Finalmente, se establece un "feedback" a la entidad con el fin de compartir los resultados del estudio y ver si realmente se ha satisfecho dicha necesidad.

2. Fundamentación teórica

El concepto de Discapacidad Intelectual (DI), anteriormente conocida como retraso mental, ha sufrido múltiples cambios a lo largo de los años. Estas recurrentes modificaciones, han permitido que, actualmente, el concepto de DI contemple una visión social y multidimensional alejándose de la idea inicial del cociente intelectual (CI) como único criterio diagnóstico (Gutiérrez, *et al.* 2016). En el año 1992, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) propone una nueva definición de "retraso mental". Esta nueva definición pretende alejarse y transformar la postura tradicional, donde se concebía el "retraso mental" como un rasgo plenamente del individuo centrándose únicamente en las características de la persona (CI). En el nuevo paradigma se plantea que la interacción de la persona con el ambiente/contexto también presentaría cierta influencia, de este modo, el nuevo planteamiento se acerca a un modelo donde se contempla el estado del funcionamiento de la persona de una manera más global (Verdugo Alonso, 2012). Actualmente, la AAIDD describe la discapacidad intelectual como: *"una serie de limitaciones significativas tanto en el funcionamiento como en la conducta adaptativa, que se manifiestan en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas"* (Ke, Liu, 2017, p.2). Los sistemas de clasificación de enfermedades han permitido generar un lenguaje común entre los profesionales de la salud mental. Las dos clasificaciones más reconocidas son: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Recientemente, se ha producido un cambio en el sistema de clasificación de la OMS (CIE). En la CIE-10 (1996), la discapacidad intelectual se presentaba en un grupo propio

nombrado como "retraso mental". En la nueva publicación de la CIE-11 (2019), la OMS deja de lado el concepto de retraso mental substituyendo dicho concepto por trastorno del desarrollo intelectual e incorporándolo al grupo de los trastornos del neurodesarrollo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2019). La CIE-11 (OMS, 2019) considera que el trastorno del desarrollo intelectual es una afectación que se origina durante el desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2019) y lo clasifica en diferentes grados:

- Trastorno del desarrollo intelectual leve → El funcionamiento intelectual y el comportamiento adaptativo se encuentran por debajo de dos o más desviaciones típicas (percentil 0,1 - 2,3). Las personas con desarrollo intelectual leve pueden pasar inadvertidos y vivir de manera relativamente independiente dado que preservan la mayoría de actividades principales de autocuidado básico, tareas domésticas y prácticas, aunque podrían requerir de apoyo. Presentan dificultades en la adquisición y comprensión de conceptos de lenguaje complejo y habilidades académicas.
- Trastorno del desarrollo intelectual moderado → Cuando el funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo están de tres a cuatro desviaciones estándar por debajo de la media (percentil 0,003 - 0,1). Se encuentra afectado el lenguaje y la capacidad para la adquisición de habilidades académicas limitándose a las competencias básicas. El autocuidado básico, doméstico y práctico puede verse conservado, sin embargo, las personas con más afectación requerirán de un apoyo considerable para mantener una vida independiente.
- Trastorno del desarrollo intelectual grave → Cuando el funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo están de cuatro a más desviaciones estándar por debajo de la media (menos que el percentil

0,003). Presentan grandes dificultades en el lenguaje y la capacidad para la adquisición de habilidades académicas. También pueden presentar deficiencias motoras. Necesitan apoyo diario supervisado, sin embargo, pueden adquirir habilidades de autocuidado con un entrenamiento intensivo.

- Trastorno del desarrollo intelectual profundo → Cuando el funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo están de cuatro a más desviaciones estándar por debajo de la media (menos que el percentil 0,003). Presentan dificultad para la adquisición de herramientas académicas, haciendo que se limiten a aquellas más básicas y las habilidades de comunicación son muy limitadas. Pueden presentar deficiencias motoras y sensoriales requiriendo de apoyo diario en un entorno supervisado. Los trastornos graves y profundos se diferencian según el comportamiento adaptativo, dado que las pruebas estandarizadas no pueden distinguir entre personas con funcionamiento intelectual por debajo del percentil 0,003.
- Trastorno del desarrollo intelectual provisional → Se asigna cuando la persona es menor de 4 años y existe indicios de un trastorno del desarrollo intelectual o cuando no es posible una evaluación válida debido a factores sensoriales, físicos, motrices, de comunicación, de comportamiento y otros trastornos mentales.
- Trastorno del desarrollo intelectual sin especificación → Se asigna cuando hay indicios de trastorno del desarrollo intelectual pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los tests usuales.

En cuanto al DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), la discapacidad intelectual se encuentra dentro del grupo diagnóstico de

trastornos del neurodesarrollo. Para su diagnóstico se deben cumplir tres criterios fundamentales:

(1) Existencia de deficiencias de las funciones intelectuales (razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico y aprendizaje a partir de la experiencia). Estas dificultades deben ser evaluadas a través de un profesional mediante el uso pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

(2) Deficiencias del comportamiento adaptativo las cuales producen fracaso en los estándares del desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y responsabilidad social. Muestran dificultades en el funcionamiento de actividades de la vida diaria (la comunicación, participación social y vida independiente) si no se recibe un apoyo continuado. Estas dificultades se dan en múltiples entornos.

(3) El inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas se produce durante el periodo de desarrollo.

El DSM-5 especifica cuatro niveles de gravedad. Dichos niveles se definen según el funcionamiento adaptativo y no según las puntuaciones del cociente intelectual dado que es el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyo requerido (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

- **Leve** → dificultades de aprendizaje (lectura, escritura, aritmética). Alteración del pensamiento abstracto, de la función ejecutiva, planificación. El individuo es inmaduro en cuanto a relaciones sociales (lenguaje y conversación concretos) dificultades en la regulación emocional y del comportamiento de forma inapropiada según la edad. Comprensión limitada del riesgo en las situaciones sociales. El

individuo funciona de manera apropiada en el cuidado personal, pero necesita cierta ayuda en tareas complejas.

- **Moderado** → Habilidades conceptuales retrasadas en comparación con sus iguales. Necesita ayuda para el desarrollo de las aptitudes académicas; también necesita ayuda continua para completar las tareas y en su vida diaria. La persona puede responsabilizarse de sus necesidades personales, aunque necesita un aprendizaje largo y podría necesitar ayuda para que le recuerden qué debe hacer. Puede participar en las tareas domésticas, así como asumir encargos independientes que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, aunque también será necesario aprendizaje y supervisión.
- **Grave** → Poca comprensión del lenguaje escrito y de los conceptos que implican números. Lenguaje limitado, la comunicación se centra en el momento presente, presentan escaso vocabulario y una gramática pobre. La persona necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria; no puede tomar decisiones responsables sobre el bienestar propio o de otras personas. Las tareas domésticas, de ocio o de trabajo necesitan apoyo y ayuda constante.
- **Profundo** → La persona puede utilizar objetos específicos para su cuidado, el trabajo y el ocio. Comprensión muy limitada de la comunicación simbólica; puede comprender algunas instrucciones o gestos sencillos. La persona comunica su deseo y emociones, principalmente, con comunicación no verbal. La persona depende de otros para todos los aspectos de autocuidado, así como para participar en algunas actividades. Pueden participar en tareas sencillas con un alto nivel de ayuda.

Así pues se puede ver que, aunque la persona presente una DI grave, puede llegar a ser autónoma en relación a su cuidado personal con supervisión. Así pues, observamos que la capacidad que tiene la persona no se limita al cociente intelectual que presenta, sino que puede llegar a ser autónoma con una supervisión y/o ayuda adecuada.

Diversos estudios determinan que la prevalencia mundial de la DI oscila entre el 1% al 3%, existiendo una diferencia en cuanto a sexo, siendo esta mayor en hombres que mujeres tanto en adultos como en niños (Ke, y Liu, 2017; Gutiérrez, *et al.*, 2018; Abarca Barriga, 2021). También se ha visto que existe relación con el nivel socioeconómico. En los países con ingresos bajos y medios existe una tasa mayor en proporción a los países con altos ingresos (Ke, y Liu, 2017). En cuanto a clasificación diagnóstica, la mayor parte de casos corresponden a DI leve (85%). Seguidamente, un 10% corresponden a moderado mientras que el 4% y el 2% corresponden a severo y profundo (Gutiérrez, *et al.*, 2018).

Por lo que se refiere a la etiología, se considera muy heterogénea. Aproximadamente en el 40% de los casos no es posible identificar una causa específica, en especial en la DI leve. Sin embargo, se ha visto que la influencia ambiental puede causar o empeorar la DI, por ejemplo: la desnutrición y la privación emocional. Por otro lado, se ha visto que los factores genéticos se han vuelto la causa predominante. Según el autor Abarca Barriga (2021), la DI tiene un origen genético hasta en un 90% de los casos estudiados, dejando como causas menos frecuentes y relacionadas con el ambiente, el cuidado prenatal, lesiones, infecciones y toxinas (de los Angeles Peredo Videá, 2016; Ke y Liu, 2017). Se han descrito diversos factores causales o asociados a la DI que se agrupan en causas prenatales, perinatales y postnatales. Algunas causas frecuentes de la DI son las que se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Causas frecuentes de discapacidad intelectual

Categoría	Tipo	Ejemplos
Prenatal (antes del nacimiento)	Trastornos cromosómicos	Síndrome de Down Síndrome de X frágil Síndrome de Prader Willi Síndrome de Klinefelter
	Trastornos de un solo gen	Errores congénitos del metabolismo Fenilcetonuria Mucopolisacaridosis Hipotiroidismo Enfermedad de Tay-Sachs Síndromes neurocutáneos como la esclerosis tuberosa Malformaciones cerebrales (microcefalia genética, hidrocefalia y mielomeningocele)
	Otros de origen genético	Síndrome de Rubinstein-Taybi Síndrome de Comelia de Lange
	Influencias ambientales adversas	Deficiencia de yodo y ácido fólico Desnutrición grave en el embarazo Consumo de sustancias Exposición a químicos Infecciones maternas (rubeola, sífilis, toxoplasmosis, VIH, Zika, etc.) Exposición excesiva a radiación
Perinatal (alrededor del nacimiento)	Tercer trimestre (embarazo tardío)	Complicaciones del embarazo Enfermedad de la madre Disfunción de la placenta
	Parto	Prematuridad grave, bajo peso al nacer, trastornos respiratorios Parto difícil Trauma en el nacimiento
	Neonatal	Septicemia, ictericia grave, hipoglicemia
Postnatal (primera y segunda infancia)		Alteraciones por desmielización: trastornos post-infecciosos o post-inmunitarios Traumatismo craneal Trastornos tóxico-metabólicos: Exposición crónica a plomo o mercurio. Desnutrición grave y prolongada Carencias del entorno: baja estimulación

Nota: Extraído y adaptado de de Los Angeles Peredo Videz, 2016; Ke, y Liu, 2017

En cuanto a comorbilidad, existen pocos estudios que analicen la prevalencia de enfermedades mentales en personas con DI haciendo que exista un infradiagnóstico y poco consenso (Peña-Salazar *et al.*, 2017). En el estudio realizado por Peña-Salazar y colaboradores (2017), compararon los

resultados obtenidos en su estudio con la prevalencia de enfermedad mental en la población general en España siendo más prevalente la patología psiquiátrica en DI que en la población general. Según el DSM-5 (2014) el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, los trastornos depresivos y bipolar, trastornos de ansiedad, trastorno del espectro autista, trastorno de control de impulsos y trastorno neurocognitivo mayor son los que aparecen con más frecuencia juntamente con la DI. En cuanto a la depresión mayor, puede aparecer en cualquier nivel de gravedad, Peña-Salazar (2017), destaca que dicho trastorno se encuentra más prevalente en la población con DI leve/moderada. En cuanto al grupo con DI grave/profundo, concluye que el trastorno psiquiátrico más prevalente son los trastornos de ansiedad (por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada). Este resultado difiere con otros estudios donde observan una mayor prevalencia con trastornos psicóticos. Sin embargo, hay que destacar que en dicha población se presenta diagnósticos psiquiátricos múltiples (Peña-Salazar, *et al.* 2017). Como se ha comentado anteriormente, en la literatura no hay un consenso claro sobre la comorbilidad en la población con DI mostrando así una gran variabilidad. Este hecho muestra que la gran variedad de características que presenta esta población influye a la hora de determinar la prevalencia de enfermedad mental (Peña-Salazar, C. *et al.*, 2017). Dicha evaluación tiene como fin establecer los niveles de apoyos necesarios y apropiados para mejorar el funcionamiento de la persona. Dicho funcionamiento, no sólo depende de las condiciones del individuo, sino que también viene influido por las oportunidades que se encuentra en el entorno (Díaz Orgaz, *et al.* 2013). Durante los últimos años se ha producido cambios teóricos, legislativos y sociales que impulsan un cambio en el sistema de apoyos de las personas con discapacidad. Ya no se hablaría de integración o inclusión, sino que nos centraríamos en calidad de vida, derechos y autodeterminación, siendo estos conceptos los ejes para el cambio (Cobo Molina, *et al.* 2011). La transición

hacia la edad adulta requiere de un apoyo y acompañamiento para alcanzar la independencia y la autonomía. En el caso de las personas con discapacidad, este hecho puede dificultar si no cuentan con el apoyo de sus familias, el sistema y la comunidad dónde se desenvuelven (Ramírez Salazar, 2005).

En la actualidad, existen diferentes recursos dónde pueden acceder las personas con DI y cuyos objetivos son la mejora de la calidad de vida, así como la promoción de la autonomía en términos generales. Para acceder a estos recursos, la persona tiene que acreditar el grado de discapacidad correspondiente. Éste, se acredita con un documento que facilita el acceso a diferentes derechos, servicios programas y prestaciones que tienen como finalidad compensar las desventajas sociales que se derivan de la propia discapacidad o de las barreras sociales que limitan la participación en la sociedad (Departament de drets socials, 2014). En cuanto a la acreditación del grado de discapacidad, según el Real Decreto 1971/1999, del 23 de diciembre, en España se establecen cinco grados de discapacidad:

- Grado 1: discapacidad nula. Síntomas signos y secuelas mínimas. Estos síntomas y secuelas no interfieren en la capacidad de la persona en realizar las actividades de la vida diaria (AVD).
- Grado 2: discapacidad leve. Algunas dificultades para realizar las AVD son explicadas por los síntomas, signos y secuelas, aun así, son compatibles para el desarrollo total.
- Grado 3: discapacidad moderada. Se produce una disminución o imposibilidad para realizar las AVD debido a los síntomas y secuelas. Aun así, la persona es independiente en las actividades de autocuidado.
- Grado 4: discapacidad grave. Disminución importante o imposibilidad para realizar la mayoría de AVD y puede estar afectada algunas actividades de autocuidado debido a los síntomas y secuelas.

- Grado 5: disminución muy grave. Imposibilidad de la realización de las AVD debido a los síntomas y secuelas.

En la evaluación, el órgano competente emitirá un dictamen donde plasmará el diagnóstico, tipo y grado de discapacidad, así como las necesidades y dificultades que presenta la persona (Decreto 1971/1999, del 23 de diciembre). Con dicha acreditación y dependiendo del grado de dependencia, así como las necesidades que se muestran, la persona podrá acceder a un recurso u otro. Según describe la Generalitat de Catalunya, los servicios que existen actualmente son (Departament de Drets Socials. s.f):

- Servicio de centro de día de atención especializada temporal o permanente → servicio de acogida diurno para personas que no tienen independencia personal y necesitan controles médicos periódicos y una atención asistencial permanente. Estos centros tienen como función rehabilitadora y asistencial a nivel sanitario con el fin de que las personas consigan el máximo de autonomía personal e integración social dentro de sus limitaciones.
- Servicio de centro residencial temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual → Atención ininterrumpida durante todo el día. Las personas usuarias no tienen necesidad de utilizar un servicio de atención diurno. Se establece un nivel de atención diferente dependiendo de las necesidades.
- Servicio de soporte a la autonomía en el propio hogar → Orientado a personas con discapacidad intelectual que viven solas, en pareja o con otras personas y que presentan determinadas necesidades o carencias que no pueden satisfacer ellas mismas.
- Servicio de centros ocupacionales → Ofrecen atención rehabilitadora y habilitadora a personas con discapacidad intelectual en edad laboral.

El objetivo es conseguir la máxima integración social a través de la ocupación activa.

- Servicio de tiempo libre → organización de actividades de tiempo libre con el objetivo de fomentar la integración social. Estas actividades están orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

Habitualmente, los usuarios de los diferentes centros poseen un plan individualizado, desarrollado por los profesionales que se encuentran en contacto directo con ellos, donde se plasman diferentes objetivos a trabajar con el fin de desarrollar y mejorar la calidad de vida del usuario, así como fomentar su autonomía e independencia. Estos planes individualizados se adaptan a la persona y a las necesidades que presenta en el momento de la evaluación (Díaz Orgaz, *et al.* 2013).

3. Centro

Como se ha comentado anteriormente, el presente trabajo está vinculado a la asociación Taller Baix Camp ubicada en Reus. Se trata de una asociación sin ánimo de lucro que tiene como objetivo ofrecer los soportes necesarios a las personas con discapacidad intelectual y sus familias para mejorar su calidad de vida y conseguir la máxima integración social, laboral y personal de las personas con discapacidad (Taller Baix Camp. 2015). El Taller Baix Camp nació en el 1979 como una iniciativa de un grupo de padres y madres con hijos con discapacidad intelectual. Actualmente, el Taller Baix Camp atiende a más de 300 familias y aproximadamente 200 usuarios. Cuenta con cuatro servicios:

- Centro especial de trabajo → Proporcionar a las personas con discapacidad la realización de un trabajo productivo y remunerado, de

manera que se adapte a las características personales y que faciliten su integración en el mercado laboral.

- Centro ocupacional → Alternativa a la integración laboral de las personas con discapacidad intelectual que no pueden incorporarse al sistema ordinario de trabajo ni a un centro especial de trabajo. El objetivo es ofrecer terapia ocupacional con el fin de mejorar su calidad de vida.
- Punto de encuentro → Espacio de relación de las personas con discapacidad intelectual de la entidad y sus familiares. Se ofrecen diferentes actividades lúdicas en las que participan ambos.
- Hogar-Residencia → Es un recurso de vivienda 24 horas que da respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad intelectual todos los días del año. La residencia se convierte en su casa habitual orientado a atender las necesidades que presenta el usuario.

En concreto, dicho trabajo se centra exclusivamente en los usuarios del centro ocupacional. En la actualidad, la asociación tiene tres centros ocupacionales ubicados en Reus. El presente trabajo se ha centrado en dos de ellos "Victor Català" y "Masia Roig". Si nos centramos en el servicio ocupacional, podemos diferenciar tres grupos: Servicio de Terapia Ocupacional (STO), Servicio de Terapia Ocupacional con auxiliar (STO + aux.) y Servicio Ocupacional de Inserción (SOI).

El Servicio de Terapia Ocupacional (STO) es una alternativa para las personas con discapacidad intelectual que no se pueden incorporar en el mundo laboral ordinario. Presenta dos funciones principales, por un lado, tiene una orientación terapéutica y por otro un ajuste personal y social. En el caso del STO más auxiliar, sería para aquellas personas que necesitan de un apoyo un poco más intenso dado las limitaciones que presenta para desarrollar su labor (Departament de drets socials, 2009). El Servicio Ocupacional de Inserción

(SOI) es una alternativa para aquellas personas con discapacidad intelectual que, aun tener aptitudes laborales no se pueden incorporar a Centros Especiales de Trabajo ya sea por falta de formación o porque no se adecuan a la oferta de trabajo. Se podría decir que es un paso intermedio entre STO y Centros Especial de Trabajo (Departament de drets socials, 2009). Cabe destacar que, en todos los casos, las personas usuarias no reciben ningún salario ni tienen contrato laboral, dado que las actividades que realizan tienen como finalidad mantener y estimular las capacidades laborales (Departament de drets socials, 2009).

4. Experiencia de APS y estructuración del trabajo

El procedimiento seguido para el desarrollo de la experiencia de aprendizaje y servicio en el Taller Baix Camp de Reus ha sido el siguiente. Primero de todo, se estableció un primer contacto con la asociación con el fin de ver qué necesidades presentaba y cómo se podía desarrollar el trabajo y de establecer unos objetivos coordinados de trabajo. Este trabajo se ha estructurado de manera que, en un primer momento, se establecen y describen las necesidades de la entidad, seguidamente se detallan los objetivos que se han formulado de forma conjunta con la entidad teniendo en cuenta las necesidades de ésta. A continuación, se describe la búsqueda bibliográfica y se plantea y describe el estudio necesario para resolver la demanda de la entidad. Por último, se discuten los resultados y se extraen las conclusiones obtenidas. Además, como este trabajo se realiza dentro del marco de APS se proporcionará un feedback a la entidad sobre los resultados y conclusiones que se comunican mediante una reunión final y la entrega de una copia del trabajo.

5. Objetivos

En cuanto a las necesidades que presenta el centro, en las entrevistas realizadas con la psicóloga del servicio, se concluyó que los profesionales tenían dificultad a la hora de evaluar a los usuarios del centro y elaborar los planes de trabajo individualizados, así como a la hora de establecer los objetivos en dichos planes. Actualmente, la evaluación que se plantea desde el centro es puramente heteroinformada dejando a un lado la perspectiva del propio usuario. Además, expresan que les resulta difícil establecer objetivos dado que los test que utilizan suelen ser generales y poco claros. Así pues, ante esta necesidad se plantean tres objetivos principales:

- 1) Elaborar una revisión bibliográfica de las herramientas de evaluación existentes más utilizadas en la evaluación de la calidad de vida, habilidades y conductas adaptativas, sistema de apoyos y autodeterminación en personas con discapacidad intelectual que estuvieran traducidas y validadas al español/catalán para ser usadas con la población de la asociación Baix Camp.
- 2) Desarrollar un estudio que permita evaluar las propiedades psicométricas de algunas escalas de calidad de vida y valorar la utilidad e incorporación de una escala autoinformada para poder conocer el punto de vista del propio usuario. Los objetivos específicos del estudio serán descritos de forma detallada más adelante (ver página 35).
- 3) Proporcionar "feedback" con la intención de comunicar a la entidad las conclusiones del trabajo y del estudio realizado informando sobre las posibles herramientas útiles que puedan satisfacer sus necesidades.

6. Revisión de las herramientas de evaluación existentes

Como se ha comentado anteriormente, las finalidades que presentan los recursos destinados a las personas con discapacidad son la de mejorar la

calidad de vida, así como promover la autonomía y la autodeterminación (Díaz Orgaz, *et al.* 2013). Para conseguir estos objetivos, se elabora una evaluación del usuario con el fin de ver aquellos aspectos que necesitan trabajarse. En el caso del Taller Baix Camp, se elabora un plan de trabajo individualizado cada 4 años dónde se marcan unos objetivos a trabajar, aun así, cabe destacar que, como el contacto es directo con los usuarios la evaluación puede adelantarse si fuera necesario. Como se ha dicho con anterioridad, la calidad de vida es uno de los aspectos que se evalúa. Verdugo y Schalock (2013) definen la calidad de vida como un estado de bienestar deseado, multidimensional influenciado tanto por factores personales como ambientales. Los autores (Verdugo, *et al.* 2007; Verdugo y Schalock, 2013) plantean un modelo multidimensional compuesto por ocho dimensiones:

- Bienestar emocional (BE): Sentimiento de tranquilidad y seguridad, sin agobios y sin estar nervioso.
- Relaciones interpersonales (RI): Relación con distintas personas, tener amigos y mantener buena relación con gente.
- Bienestar material (BM): Tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados, tener suficiente dinero para mantenerse.
- Desarrollo personal (DS): Posibilidad de aprender, tener conocimientos y realizarse de manera personal.
- Bienestar físico (BF): Buena salud, mantenerse en buena forma física, mantener unos hábitos alimentarios saludables.
- Autodeterminación (AU): Decidir por uno mismo y escoger sus preferencias. Guiar su propia vida escogiendo el lugar de residencia, su trabajo y tiempo libre.
- Inclusión social (IS): Socializar en la ciudad o barrio donde participan otras personas. Sentimiento de pertenecer a una sociedad, estar integrado, contar con apoyo de otras personas.

- Derechos (DE): Trato igualitario, ser considerado como un igual que el resto de la gente, que respeten opiniones, deseos, derechos e intimidad.

En cuanto a instrumentos de evaluación, los instrumentos recientes que se han desarrollado en España han seguido el modelo de Verdugo y Schalock (2002). Uno de los instrumentos más utilizados es la Escala GENCAT, aun así, existen también otros instrumentos desarrollados por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad de la Universidad de Salamanca, como por ejemplo la escala INICO-FEAPS (Verdugo, et al. 2013) y la escala Sant Martín (Verdugo, et al. 2014). (Verdugo, et al. 2013).

Escala de Calidad de vida GENCAT

La Escala GENCAT (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009) se trata de un cuestionario que permite la evaluación multidimensional de la calidad de vida en colectivos vinculados en situación de vulnerabilidad (discapacidad, vejez, problemas de salud mental, etc.) de más de 18 años. Se trata de un heteroinforme dónde el informador debe trabajar directamente con el usuario un mínimo de 3 meses. El cuestionario consta de 69 ítems, que se distribuyen en 8 dimensiones (entre 8 y 10 ítems por dimensión), y con 4 opciones de respuesta ("siempre o casi siempre", "frecuentemente", "algunas veces" y "nunca o casi nunca"). Es una de las escalas más utilizadas en España con la finalidad de obtener información útil para la planificación de los programas individualizados en los servicios y programas de personas en situación de dependencia (Verdugo, Arias, Gómez, y Schalock, 2008. Verdugo y Shalock, 2013).

En cuanto a fiabilidad y validez, vemos que presenta una excelente consistencia interna total con un Alpha de Cronbach de .92. La consistencia interna es una de las formas básicas de fiabilidad de los instrumentos de evaluación, depende de la homogeneidad de los ítems. Observando la tabla

presentada (tabla 2), las dimensiones bienestar emocional y autodeterminación presentan una buena consistencia. Seguidamente, la dimensión desarrollo personal presenta una puntuación menor, aun así, se considera aceptable. Sin embargo, existen otras puntuaciones más bajas en comparación con las mencionadas anteriormente: encontramos que relaciones interpersonales, y derechos presentan una consistencia cuestionable; en cuanto a bienestar material e inclusión social, se considera que su consistencia es pobre. Por último, encontramos una puntuación muy baja en bienestar físico considerándose una consistencia inaceptable (Verdugo, *et al.* 2008).

Tabla 2. Consistencia interna y error típico

	Consistència interna	Error típic de mesurament
Benestar emocional	,83	2,03
Relacions interpersonals	,66	2,75
Benestar material	,57	1,87
Desenvolupament personal	,74	2,39
Benestar físic	,47	2,05
Autodeterminació	,88	2,41
Inclusió social	,57	2,52
Drets	,69	2,18
Total	,92	6,92

Nota: Extraído de Verdugo, Arias, Gómez, y Schalock, 2008

En cuanto a la validez del constructo, se realizó un análisis factorial confirmatorio con el fin de observar si los ocho factores del modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo se reflejaba en dicha escala (Verdugo, Schalock, Gómez, y Arias, 2007; Verdugo y Schalock, 2013). Vieron que, según los estadísticos, los valores se adecuaban para aceptar la hipótesis nula y concluir que la calidad de vida está compuesta por los ocho factores dado que el RMSEA (error cuadrático de aproximación) y el SRMR (raíz del residuo estandarizado cuadrático medio) presentan valores alrededor de .05. Por otro lado, vemos que los valores de NFI (índice de ajuste no formado) y CFI (índice de ajuste comparado) presentan valores superiores a .95. (Verdugo, *et al.* 2008).

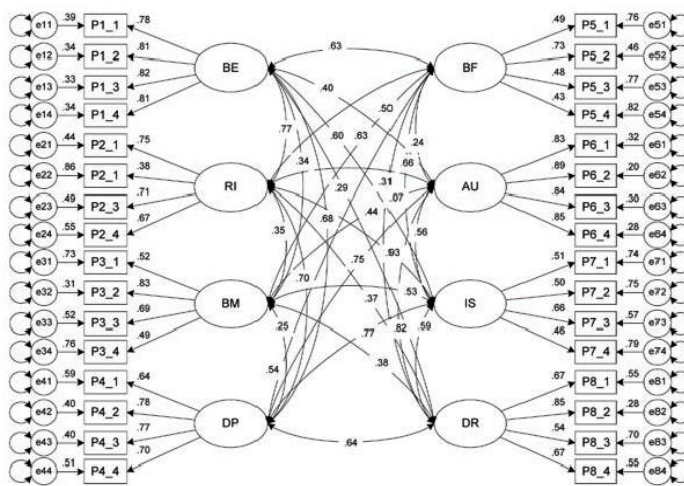
Tabla 3. Ajuste del modelo teórico de calidad de vida

	GL	S-B χ^2	p	χ^2/igl	RMSEA	Pclose	NFI	TLI	CFI	IFI	RFI	SRMR	GFI	AGFI	Fiabilidad
Model	436	1.251,16	,000	2,87	,058	,000	,95	,96	,97	,97	,94	,076	,96	,96	,97

Nota: Extraído de Verdugo, et al. 2008

En la siguiente imagen se puede observar como las ocho dimensiones se encuentran relacionadas entre sí, además se puede ver que el peso factorial más grande se encuentra en las dimensiones de inclusión social y relaciones interpersonales, mientras la menor se encuentra en las dimensiones de autodeterminación y bienestar emocional (Verdugo, et al. 2008).

Tabla 4. Correlación con las dimensiones de calidad de vida



Nota: Extraído de Verdugo, Arias, Gómez, y Schalock, 2008

Escala INICO-FEAPS

La escala INICO-FEAPS (Verdugo, et al. 2013) es una escala para evaluar la calidad de vida que proviene de la Escala Integral elaborada por Verdugo, Gómez, Arias y Schalock en 2009. La limitación que encontraron en la elaboración de la Escala Integral era que no permitía evaluar de una manera cuantitativa las dimensiones de la calidad de vida, los dos cuestionarios disponibles (heteroinforme y autoinforme) no mantenían una forma paralela, es decir, no contenían exactamente los mismos ítems y se producía un efecto techo dando lugar a puntuaciones muy elevadas en la mayoría de evaluados. Es por estos motivos, que los autores desarrollaron en 2013 la Escala INICO-FEAPS (Verdugo, et al. 2013), la cual mantiene el objetivo principal de la

escala anterior: la evaluación multidimensional de la calidad de vida desde perspectivas objetivas y subjetivas a usuarios mayores de 18 años con discapacidad intelectual y del desarrollo, con la diferencia que se ha mejorado el contenido y las propiedades psicométricas (Verdugo, *et al.* 2009; Verdugo, *et al.* 2013). La escala consta con dos subescalas. Por un lado, encontramos un autoinforme, el cual es completado por el propio usuario, y un heteroinforme completado por una tercera persona. De este modo, el instrumento permite obtener una puntuación más individualizada en relación a la calidad de vida del usuario, así como un perfil de resultados para la organización que lo administra. Las principales aportaciones de este instrumento es que, aparte de basarse en el modelo teórico de Schalock y Verdugo (2002), permite comparar y estudiar la relación entre el heteroinforme y autoinforme poniendo de manifiesto las similitudes y diferencias que pueden aparecer en la percepción de la calidad de vida (Verdugo, *et al.* 2013).

La versión heteroinformada consta de un total de 72 ítems divididos en ocho dimensiones (constando cada dimensión de 9 ítems) en formato de respuesta de cuatro puntos siendo las respuestas ("nunca", "algunas veces", "frecuentemente", "siempre"). El informador debe conocer bien a la persona, al menos desde hace tres meses. En cuanto al autoinforme, el cuestionario consta de los mismos 72 ítems con las mismas dimensiones y distribución de ítems, pero a diferencia del heteroinforme, el enunciado está en primera persona y presenta un lenguaje más sencillo y simplificado. El formato de respuesta es igual que la versión heteroinformada (cuatro opciones de respuesta). En cuanto al informante, como se menciona, es un autoinforme, por lo tanto, debe ser el propio usuario quien complemente el cuestionario, sin embargo, en el caso que la persona con discapacidad intelectual no presente las capacidades/habilidades de comunicación y/o expresiones necesarias, la versión puede ser cumplimentada por dos personas que

conozcan bien a la persona a evaluar (un mínimo de 6 meses). En relación a las propiedades psicométricas, se observa que la evaluación de la consistencia interna se llevó a cabo mediante el uso del estadístico Alfa de Cronbach obteniendo una puntuación de .94 en el heteroinforme y un .89 en el autoinforme, por lo tanto, obteniendo un nivel de fiabilidad excelente y bueno, respectivamente (Verdugo, *et al.* 2013). En cuanto a la consistencia de las subescalas de la versión heteroinformada, si se observa el Alfa Cronbach observamos que la subescala de autodeterminación presenta una buena consistencia. Seguidamente, las subescalas bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, relaciones interpersonales y bienestar emocional presentan una consistencia aceptable mientras que la subescala derechos presenta una consistencia cuestionable.

Tabla 5. Consistencia interna de la versión heteroinformada

	Autodeterminación	Derechos	Bienestar emocional	Inclusión social	Desarrollo personal	Relaciones interpersonales	Bienestar material	Bienestar físico
Alfa	0,804	0,694	0,792	0,723	0,703	0,798	0,703	0,659
Alfa ordinal	0,902	0,823	0,894	0,859	0,788	0,902	0,818	0,829
Correlación media	0,288	0,184	0,517	0,305	0,3	0,383	0,381	0,296
Theta ordinal	0,809	0,709	0,805	0,734	0,725	0,818	0,725	0,717
Omega	0,828	0,73	0,823	0,762	0,75	0,835	0,739	0,72

Nota: Extraído de Verdugo et al. 2013

En cuanto a la versión autoinformada, vemos que las puntuaciones son generalmente menores. Se observa que en las subescalas autodeterminación, bienestar emocional, desarrollo personal, relaciones interpersonales y bienestar emocional presentan una consistencia interna cuestionable. En las subescalas restantes, derechos, inclusión social y bienestar físico, la consistencia interna se considera pobre.

Tabla 6. Consistencia interna de la versión autoinformada

	Autodeterminación	Derechos	Bienestar emocional	Inclusión social	Desarrollo personal	Relaciones interpersonales	Bienestar material	Bienestar físico
Alfa	0,652	0,586	0,666	0,567	0,646	0,65	0,615	0,525
Alfa ordinal	0,809	0,758	0,826	0,772	0,797	0,809	0,778	0,751
Correlación media	0,216	0,116	0,446	0,267	0,275	0,35	0,37	0,288
Theta ordinal	0,656	0,606	0,686	0,575	0,689	0,659	0,655	0,537
Omega	0,69	0,633	0,717	0,621	0,706	0,691	0,675	0,585

Nota: Extraído de Verdugo et al. 2013

También se realizó el análisis factorial confirmatorio. De igual modo que ocurre con la Escala GENCAT, el modelo que se utiliza en la escala de INICO-FEAPS es el propuesto por Verdugo donde plantea que la calidad de vida está compuesta por 8 dimensiones que correlacionan entre sí (Verdugo, *et al.* 2007; Verdugo y Shalock, 2013). Observando los resultados de la tabla 7 vemos que generalmente, los resultados muestran un buen ajuste al modelo. En concreto, si observamos que el RMSEA es un punto superior a .05 en el heteroinforme pero en el autoinforme la puntuación ronda el .05. En cuanto al SRMR, se observa un valor por inferior a .05 en el heteroinforme, en el autoinforme, el valor ronda el .05. El CFI presenta valores alrededor de .95 en ambos casos. Así pues, los autores consideraron que la puntuación presentaba un buen ajuste.

Tabla 7. Ajuste del modelo

	Versión "Informe de Otras personas"	Versión "Autoinforme"
S-B χ^2	1809.91	1640.99
GL	224	224
p	.000	.000
RMSEA	.066	.056
(90%)	.063 ; .069	.053 ; .059
CFI	.94	.96
TLI	.93	.96
SRMR	.021	.052

Nota: Extraído de Verdugo et al. 2013

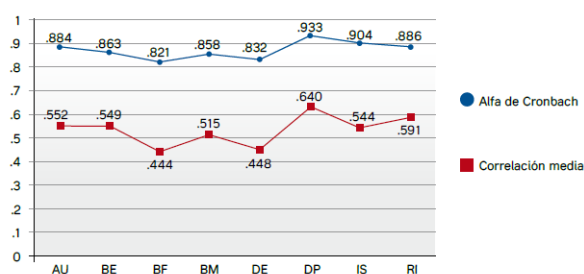
Escala San Martín

La Escala San Martín (Verdugo, *et al.* 2014) también permite evaluar la calidad de vida; en comparación con las otras escalas, la San Martín se centra en personas de más de 18 años con discapacidad significativa (DI grave y profunda), es decir aquellas personas que requieren de apoyos extensos y generalizados. Se trata de una escala heteroinformada de una duración aproximada de 30 minutos, así pues, el informante debe ser una tercera persona que conozca bien al usuario, un mínimo de 3 meses, y lo pueda observar en diversos contextos durante largos periodos de tiempo. Dada la

dificultad de encontrar una herramienta de evaluación con fiabilidad y validez centrada en personas con discapacidad significativa, la presente escala se presenta como el primer instrumento que permite a los profesionales que trabajan con este colectivo la evaluación de la calidad de vida con el fin de planificar la intervención y los apoyos centrados a la persona, así como proporcionar información de mejora y/o cambio en los programas ya establecidos (Verdugo, *et al.* 2014).

En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna se evaluó a través del Alfa de Cronbach. Para la escala total se obtuvo un valor de .97 siendo excelente, en cambio en las subescalas, las puntuaciones variaron entre .82 (bienestar físico) y .93 (desarrollo personal). Observando estos resultados se puede concluir que la consistencia interna es adecuada, excelente para la escala total y de desarrollo personal y buena para la escala de bienestar físico. El cuestionario consta de 95 ítems con enunciados en tercera persona. En cuanto a las respuestas, presenta un formato de cuatro opciones de respuesta ("nunca", "algunas veces", "frecuentemente", "siempre" (Verdugo, *et al.* 2014).

Tabla 8. Consistencia interna



Nota: Extraído de Verdugo et al. 2014

Además de la calidad de vida, se pueden evaluar **otros conceptos** con el fin de elaborar planes individualizados más adaptados a las necesidades de los usuarios, como por ejemplo la intensidad de apoyos, la conducta y las habilidades adaptativas y la autodeterminación.

Para evaluar la intensidad de apoyos encontramos la **Supports Intensity Scale (SIS; Thompson, et al. 2004)**. Los apoyos son entendidos como aquellos recursos y estrategias que fomentan el interés y bienestar de la persona dando como resultado una mayor independencia y productividad personal, así como una mejor calidad de vida (Thompson, et al., 2002, p.390). La SIS está pensada para promover la participación de las personas con discapacidad intelectual y mejorar su calidad de vida a través de la evaluación de los apoyos necesarios de la persona con el fin de estructurar mejor los recursos y estrategias. Así pues, la SIS tiene como finalidad identificar el perfil y la intensidad de apoyo que necesita la persona evaluada. Se administra a adolescentes de a partir de 16 años y adultos. Se trata de una escala heteroinformada donde el informador debe ser una persona que conozca al usuario por lo menos desde tres meses antes (Thompson et al. 2004).

Según sus autores, consta de tres escalas:

1. Escala de necesidades de apoyo: 49 actividades que la necesidad de apoyo (e.g. "preparar comidas", "interactuar con los miembros de la comunidad", "ir a visitar amigos y familia" que se agrupan en 6 subescalas: vida en el hogar, vida en la comunidad, aprendizaje a lo largo de la vida, empleo, salud y seguridad y social.
2. Escala suplementaria de protección y defensa: 8 ítems relacionados a actividades de protección y defensa como por ejemplo "defenderse ante los demás", "defender a otros", "hacer elecciones" y "tomar decisiones".
3. Necesidades excepcionales de apoyo médico y conductual: Esta escala recoge algunas condiciones médicas y problemas de conducta que pueden predecir si la persona requerirá de mayores niveles de apoyo. 15 para condiciones médicas (e.g. "alimentación parental, estimulación

oral o posicionamiento de la mandíbula”) y 13 para problemas de conducta (e.g. “prevención de asaltos o heridas a otros”, “prevención de rabietas o estallidos emocionales” y “prevención de intentos de suicidio”).

En cuanto a las propiedades psicométricas, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach siendo este excelente superando la puntuación de .90 en todas las subescalas en el cuestionario original. En cuanto a la adaptación española, Se observa que los coeficientes obtenidos siguen siendo muy elevados (más de .90) habiendo un rango de .903 a .995. De este modo, se puede concluir que la versión española cumple el criterio de consistencia interna de escala (Thompson *et al.* 2004).

Tabla 9. Consistencia interna SIS versión española

Punt. SIS	Edad						Promedio
	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	
VH	0,970	0,935	0,932	0,923	0,903	0,930	0,932
VG	0,985	0,968	0,963	0,963	0,963	0,966	0,968
AV	0,978	0,959	0,951	0,959	0,956	0,952	0,959
AE	0,969	0,954	0,947	0,944	0,955	0,944	0,952
SS	0,966	0,933	0,918	0,918	0,916	0,927	0,930
AS	0,980	0,939	0,938	0,933	0,936	0,953	0,947
Total	0,995	0,988	0,986	0,985	0,984	0,986	0,987

Nota: Extraído de Thompson et al. 2004

Los resultados que se obtienen con la SIS, pueden ayudar a orientar la toma de decisiones en cuanto a la intensidad de apoyos necesarios. Se debe especificar que la SIS no se trata de un test de diagnóstico (como los test de inteligencia o las escalas de conducta adaptativa) sino más bien de una herramienta de planificación. Así pues, debe ser utilizada una vez haya un diagnóstico previo. Además, debemos diferenciar entre la evaluación de las necesidades de apoyo (que en este caso sería la SIS) con la evaluación de la competencia personal. Se podría decir que, a mayor competencia personal menor necesidad de apoyo (Thompson *et al.* 2004).

Para evaluar la conducta y las habilidades adaptativas encontramos los siguientes cuestionarios:

Checklist of Adaptive Living Skills (CALs)

El Checklist of Adaptive Living Skills (CALs; Morreau y Bruininks, 1991) o inventario de destrezas adaptativas, es un instrumento donde se incluyen 800 destrezas relacionadas con el cuidado propio, la independencia personal y el funcionamiento adaptativo en diversos entornos. Muestra un amplio rango de aplicabilidad dado que puede administrarse desde la infancia hasta la madurez, así como a personas con o sin discapacidad. El CALS ofrece información útil para la elaboración de planes individualizados, así como realizar el seguimiento de los aprendizajes adquiridos. El inventario se divide en cuatro áreas: destrezas de vida personal, de vida en el hogar, de la vida en la comunidad y destrezas laborales. La organización de los ítems va en orden progresivo de dificultad, empezando por las destrezas más básicas hacia las más complejas. El informador para completar el inventario puede ser cualquier persona que haya tenido contacto con la persona evaluada un mínimo de tres meses (Morreau, Bruininks y Montero, 2002; del Campo, *et al.* 2005). En cuanto a las propiedades psicométricas, los coeficientes de fiabilidad Alpha de Cronbach se encontraron entre .86 y .98 en personas sin discapacidad mientras que en personas con discapacidad los coeficientes oscilaron entre .88 y .98. (Morreau, Bruininks y Montero, 2002; del Campo, *et al.* 2005).

Adaptive Behavior Scales-Residential and Community (ABS-RC:2)

La Adaptive Behavior Scales-Residential and Community (ABS-RC:2 Lambert, Nihira y Leland, 1993) es una escala que tiene como objetivos conocer el nivel de conducta adaptativa, lo cual permitirá clasificar esta conducta y seguir el progreso del usuario. Dicha escala se centra en personas adultas con discapacidad intelectual que viven en comunidad o en instituciones, así pues, los resultados no son comparados con la población normal, sino que las normas se establecen a partir de los resultados del

estudio en la elaboración de la escala con personas con discapacidad intelectual. Se trata de una escala heteroinformada, es decir, se cumplimenta por una persona que conoce bien a la persona evaluada (Medina-Gómez, García-Alonso, y Antolín Cernuda, 2015). La escala se divide en dos partes:

- Primera parte: incluye 10 áreas o dominios que miden las habilidades básicas de supervivencia y habilidades de afrontamiento importantes → funcionamiento independiente, desarrollo físico, actividad económica, desarrollo del lenguaje, números y tiempo, actividad doméstica, actividad prevocacional o vocacional, autodirección, responsabilidad y socialización.
- Segunda parte: incorpora 8 dominios de conducta inadaptada relacionados con existencia de trastornos de conducta o personalidad → conducta social, conformidad, confianza, comportamiento estereotipado e hiperactividad, conducta sexual, comportamiento autoabusivo, comportamiento de aislamiento social y comportamiento interpersonal molesto o perturbador (Medina Gómez, y García Alonso, 2011).

A Nivel psicométrico, se realizó el coeficiente Alfa de Cronbach cuya puntuación fue de .91 en el total de los dominios de la primera parte, considerando una consistencia interna excelente. Para la segunda parte se encuentra una puntuación total de .74 considerándose una consistencia interna aceptable.

Inventory for Client and Agency Planning (ICAP)

El Inventory for Client and Agency Planning (ICAP; Bruininks, *et al.* 1986) es considerada la herramienta que más se ha utilizado en España para la evaluación de la conducta y habilidades adaptativas (Medina-Gómez, García-Alonso, y Antolín Cernuda, 2015). Se trata de una escala heteroinformada (el informador es una persona que conoce bien a la persona a evaluar) que valora

diversas áreas del funcionamiento adaptativo (destrezas básicas, así como las limitaciones, problemas de conducta, servicios de rehabilitación y de apoyo, actividades sociales y de tiempo libre). El objetivo principal es el de ayudar en la evaluación inicial y permitir la orientación, seguimiento y planificación y evaluación de los servicios necesarios para la persona. Se puede administrar a toda la población, aunque la escala ha estado elaborada en concreto para personas con discapacidad intelectual. El ICAP se compone por dos partes, uno referido a la conducta adaptativa y otro para problemas de conducta. Así mismo, permite establecer el grado de apoyo, intervención y supervisión que la persona evaluada necesitará. Se estructura en cuatro escalas con 77 ítems en total (del Campo, *et al.* 2005; Piracés Calvo, 2017):

- Destrezas sociales y comunicativas
- Destrezas de la vida personal
- Destrezas de vida en la comunidad
- Destrezas motoras

A nivel psicométrico, en la adaptación española se observó que los niveles de consistencia eran adecuados, los cuales oscilaban entre .86 y .98 en personas sin discapacidad, en personas con discapacidad oscilaban entre .88 y .98. (Vera-Bachmann, *et al.* 2020).

Adaptive Behavior Assessment System-II (ABAS II)

La Adaptive Behavior Assessment System-II (ABAS II; Harrison y Oakland, 2008). Se trata de una escala heteroinformada o, si es posible, autoinformada aplicable desde el nacimiento hasta los 89 años y cuyo objetivo es el de proporcionar una evaluación completa de las habilidades funcionales de la persona en sus diversas áreas y contextos. La escala consta de un total de 239 ítems divididos en distintas subescalas: comunicación, social, utilización de recursos comunitarios, habilidades académicas

funcionales, vida en el hogar o vida en la escuela, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección, empleo y motora (Montero y Fernández, 2013). A nivel psicométrico, el cuestionario presenta una consistencia interna excelente que oscila entre .98 a .99. entre las subescalas. (Harrison y Oakland, 2008)

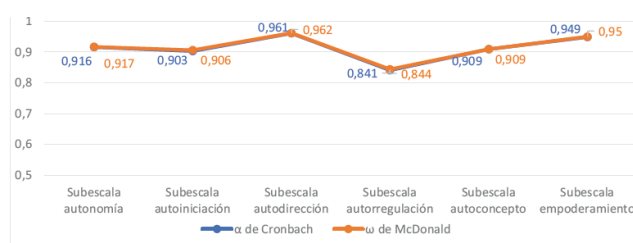
Un tipo específico de habilidad adaptativa es la **autodeterminación**. La autodeterminación se podría definir como la capacidad que tiene el individuo de elegir y hacer elecciones propias (Verdugo Alonso *et al.* 2021). La autodeterminación viene influida tanto por las características de la propia persona como por el contexto en el que se desarrolla, así como de las oportunidades que dicho contexto le proporciona para poder poner en marcha las conductas autodeterminadas. Se trata de un concepto que se puede ir adquiriendo a lo largo de la vida y puede aprenderse a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje (Verdugo Alonso *et al.* 2021). Recientemente, en el año 2021, se ha elaborado la escala AUTODDIS que permite evaluar la autodeterminación.

La escala **AUTODDIS** evalúa la autodeterminación de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual a través de un heteroinforme. Dicha escala tiene como objetivo identificar el perfil de autodeterminación con el fin de ayudar a los programas de intervención centrados en la persona y así mejorar el nivel de autodeterminación. Consta de un total de 46 ítems organizados en tres subescalas con cuatro opciones de respuesta siendo: "totalmente en desacuerdo", "en desacuerdo", "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo". La escala está distribuida en tres secciones (Verdugo Alonso *et al.* 2021):

- Sección 1: contempla las subescalas de autonomía y autoiniciación
- Sección 2: contempla las subescalas autodirección y autorregulación/ajuste
- Sección 3: contempla las subescalas autoconcepto y empoderamiento

En cuanto a las propiedades psicométricas, encontramos que, según el Alfa de Cronbach, todas las subescalas presentan buena consistencia interna siendo estas superiores a .80. En concreto, la subescala de autodirección presenta una mayor consistencia interna con un valor de .95 en cambio, la que presenta menor consistencia es la subescala autorregulación/ajuste siendo ésta de .85. (Verdugo Alonso *et al.* 2021).

Tabla 10. Consistencia interna de las subescalas de la Escala AUTODDIS



Nota: Extraído de Verdugo Alonso et al. 2021

A continuación, se presentan unas tablas resúmenes de las herramientas anteriormente expuestas. En ellas se especifica aquellas escalas que se están utilizando actualmente en el Taller Baix Camp (se encuentran en naranja).

Tabla 11. Resumen cuestionarios de calidad de vida

Escola	GENCAT (2008)	INICO-FEAPS (2013)	San Martín (2014)
Población	Adultos de a partir 18 años	Adultos de a partir 18 con discapacidad intelectual o del desarrollo	Adultos de a partir 18 años con discapacidad intelectual severa o profunda
Informador	Heteroinforme	Autoinforme y/o heteroinforme	Heteroinforme
Administración	Individual	Individual o colectiva	Individual
Dimensiones evaluables	8 dimensiones que pertenecen a la calidad de vida: <ul style="list-style-type: none"> o Bienestar emocional o Relaciones interpersonales o Bienestar material o Desarrollo personal o Bienestar físico o Autodeterminación o Inclusión social o Derechos 		
Propiedades psicométricas	Alfa de Cronbach: .916	Alfa de Cronbach: Heteroinforme .937 Autoinforme .893	Alfa de Cronbach: .97
	Validez de constructo (AFC): RMSEA: .058 SRMR: .076 NFI: .95 CFI: .97	Validez de constructo (AFC): RMSEA: .66 (HE)/.56 (AU) SRMR: .021 (HE)/ .96 (AU) CFI: .94 (HE)/.96 (AU)	Validez de constructo (AFC): RMSEA: .054 CFI: .984 SRMR: .044

Nota: Elaboración propia

Tabla 12. Escalas de intensidad de apoyos

Escola	SIS (2007)
Finalidad	Identificar el perfil y la intensidad de las necesidades de apoyo de una persona.
Población	Adolescentes a partir de 16 años y adultos con DI.
Informador	Heteroinforme
Administración	Puede haber más de un informante
Dimensiones evaluables	<ul style="list-style-type: none"> ○ Escala de necesidades de apoyo (49 actividades agrupadas en seis subescalas de apoyo) <ul style="list-style-type: none"> ○ Vida en el hogar ○ Vida en la comunidad ○ Aprendizaje a lo largo de la vida ○ Empleo ○ Salud y seguridad ○ Social ○ Escala Suplementaria de Protección y Defensa ○ Necesidades Excepcionales de Apoyo Médico y Conductual (15 condiciones médicas y 13 problemas de conducta)
Propiedades psicométricas	Alfa de Cronbach: .98 Validez de constructo a través de correlaciones de las subescalas y las estimaciones de las necesidades de apoyos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vida en el hogar: .73 ○ Vida en la comunidad: .87 ○ Aprendizaje en la comunidad: .79 ○ Aprendizaje a lo largo de la vida: .66 ○ Salud y seguridad: .84 ○ Social: .81

Nota: Elaboración propia

Tabla 13. Conducta y habilidades adaptativas.

Escola	CALS (2002)	ABS-RC:2 (1993)	ICAP (1996)	ABAS II (2013)
Población	Desde la infancia hasta la madurez. Con o sin discapacidad	Adultos (hasta 69a) con discapacidad que viven en instituciones o en entornos comunitarios	Población amplia, todas las edades. Más orientado a personas con DI	De 0 a 89 años. Personas con DI u otras patologías
Informador	Heteroinforme	Heteroinforme	Heteroinforme	Autoinforme/ Heteroinforme
Administración	Individual	Individual	Individual	Individual y colectiva
Dimensiones evaluables	800 destrezas distribuidas en cuatro áreas: <ul style="list-style-type: none"> ○ destrezas de vida personal ○ de vida en el hogar ○ de la vida en la comunidad ○ destrezas laborales 	10 dominios conducta adaptativa: <ul style="list-style-type: none"> ○ funcionamiento independiente ○ desarrollo físico ○ actividad económica ○ desarrollo del lenguaje, números y tiempo ○ actividad doméstica ○ actividad prevocacional o vocacional ○ autodirección ○ responsabilidad ○ socialización. 	Funcionamiento adaptativo. Necesidades de servicio. <ul style="list-style-type: none"> ○ Destrezas motoras ○ Destrezas sociales y comunicativas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comunicación ○ Social ○ Utilización de los recursos comunitarios ○ Habilidades académicas funcionales ○ Vida en el hogar ○ Salud y seguridad

		<p>8 dominios de conducta inadaptada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ conducta social ○ conformidad ○ confianza ○ comportamiento estereotipado e hiperactividad ○ conducta sexual ○ comportamiento autoabusivo ○ comportamiento de aislamiento social ○ comportamiento interpersonal molesto o perturbador 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Destrezas de la vida personal ○ Destrezas de vida en la comunidad ○ Problemas de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ocio ○ Autocuidado ○ Autodirección ○ Empleo ○ Motora
Propiedades psicométricas	Alfa de Cronbach: .88 - .98.	Alfa de Cronbach: .91	Alfa de Cronbach: 88 - .98	Alfa de Cronbach: .98
	La validez del criterio se determinó a través de correlaciones entre los módulos de destreza del CALS con la Puntuación de Independencia General del ICAP. Oscilaron entre: .58-.94 siendo correlaciones positivas significativas	<p>Validez de criterio comparando el ABS-RC:2 con ICAP. Correlaciones positivas y significativas entre las subescalas:</p> <p>Conducta adaptativa total: .807</p> <p>Conducta desadaptativa: .409</p>	<p>Validez de constructo con Análisis Factorial Confirmatorio:</p> <p>RMSEA: .057</p> <p>CFI: .939</p> <p>TLI: .933</p>	<p>Validez a través de test-retest.</p> <p>Índice CAG mayor a .90 en la mayoría de los casos.</p> <p>Conducta adaptativa igual o superior .80</p>

Nota: Elaboración propia

Tabla 14. Autodeterminación

Escala	AUTODDIS (2021)
Población	Personas con discapacidad de entre 11-40 años
Informador	Heteroinforme
Administración	Individual
Dimensiones evaluables	<p>Sección 1 (Característica Volitiva): Subescalas Autonomía y Autoiniciación.</p> <p>Sección 2 (Característica Agencial): Subescalas Autodirección y Autorregulación/Ajuste.</p> <p>Sección 3 (Creencias de control-acción): Subescalas Autoconcepto y Empoderamiento.</p>
Propiedades psicométricas	<p>Alfa de Cronbach:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Autonomía: .92 ○ Autoiniciación: .90 ○ Autodirección: .96 ○ Autorregulación: .84 ○ Autoconcepto: .91 ○ Empoderamiento: .95

	Validez de constructo con análisis factorial confirmatorio (AFC): RMSEA: .048 TLI: .976 CFI: .978
--	--

Nota: Elaboración propia

A modo de conclusión, vemos que existen diferentes herramientas que nos pueden ser de utilidad para desarrollar una evaluación amplia y exhaustiva de las necesidades, características y apoyos de la persona a evaluar. Sin embargo, la realidad es que las entidades que se dedican al sector no disponen del tiempo y los recursos necesarios para llevar a cabo una evaluación larga ni pueden invertir en nuevos cuestionarios, dado el coste económico que esto implica. Así pues, generalmente, se suelen utilizar aquellos cuestionarios que son de acceso libre, en concreto, para evaluar la calidad de vida la escala GENCAT es una de las más extendidas y utilizadas, ya no solo por ser gratuita sino porque también dispone de un programa que facilita la corrección y la interpretación y tiene propiedades psicométricas adecuadas como han quedado descritas en esta revisión. Además, en algunos casos se suele complementar con el ICAP y el ABS-RC:2. Como se ha comentado anteriormente, la Escala GENCAT es la más utilizada, sin embargo, la ESCALA INICO-FEAPS presenta una fiabilidad un poco más alta y un autoinforme para poder tener información del propio usuario. Este hecho hace que esta escala sea de gran interés.

En cuanto a la conducta y habilidades adaptativas, encontramos que el cuestionario más utilizado es el ICAP, aunque se debería considerar el ABAS-II, dado que permite una evaluación más detallada con el fin de planificar intervenciones. Además, un punto muy a favor del ABAS-II es que se encuentra totalmente informatizado aspecto que facilita la corrección e interpretación. Sin embargo, el ABAS-II no evalúa los problemas de conducta, aspecto que si evalúa el ICAP.

Relación a la autodeterminación, solo se ha encontrado un instrumento que evalúe puramente este constructo, dado que es reciente, aun hay pocos

estudios para compararlo con otros instrumentos parecidos en versión inglesa.

7. El estudio

7.1. Objetivos e hipótesis del estudio

Ante el objetivo principal vinculante al estudio (*Desarrollar un estudio que permita valorar las propiedades psicométricas de algunas escalas de calidad de vida y valorar la utilidad e incorporación de una escala autoinformada para poder conocer el punto de vista del propio usuario*) se plantean los siguientes objetivos e hipótesis:

1. Examinar si la Escala INICO-FEAPS funciona igual de bien que la Escala GENCAT en el formato heteroinformado.

Hipótesis:

1.1. Se esperaría encontrar una buena fiabilidad en ambas escalas. Según el estudio original, se esperaría una fiabilidad mayor en la Escala INICO-FEAPS que en la GENCAT

1.2. Se esperaría encontrar correlaciones significativas y positivas entre las subescalas de la INICO-FEAPS y la GENCAT que avalúan el mismo dominio, lo cual indicaría validez de constructo dado que las 2 escalas miden lo mismo.

2. Examinar las propiedades psicométricas de la escala autoinformada de INICO-FEAPS en muestra de personas con discapacidad intelectual en comparación con la escala INICIO-FEAPS heteroinformada.

Hipótesis:

2.1. Se esperaría encontrar una buena fiabilidad similar a la encontrada en el estudio original del instrumento.

2.2. Se esperaría encontrar una fiabilidad superior en la escala heteroinformada en comparación con la autoinformada.

2.3. Se esperaría encontrar correlaciones positivas y significativas en entre las subescalas de la versión autoinformada y las escalas del formato heteroinformado de la Escala INICO-FEAPS.

3. Comprobar si existe diferencias respecto al tipo de residencia (independiente con apoyo, hogar-residencia y familia) y las subescalas de la Escala INICO-FEAPS, versiones autoinformada y heteroinformada.

Hipótesis:

3.1 Se esperaría encontrar diferencias significativas entre las subescalas y el tipo de residencia en los dos cuestionarios de la Escala INICO-FEAPS. Si se cumpliera este supuesto, daría soporte a la validez de constructo de la escala, ya que se espera que las puntuaciones de calidad de vida presenten diferencias entre los usuarios que viven en diferentes grupos de residencias (Gil *et al.*, 2016).

7.2. Metodología

En el presente trabajo se ha administrado la Escala GENCAT (heteroinformada) y la Escala INICO-FEAPS (versiones heteroinformada y autoinformada) (anteriormente descritas en detalle en las páginas 18-23). Las versiones heteroinformadas de ambas escalas, se ha administrado al profesional referente del usuario, en concreto, a tres profesionales (dos psicólogos y una trabajadora social) que tienen contacto directo tanto con el usuario como con la familia. En los tres casos, son profesionales que llevan trabajando más de 15 años en el sector y que conocen al usuario desde hace más de 3 meses (requisito indispensable para la administración de ambos

cuestionarios). En el caso que ha sido necesario, se ha acudido al monitor que trabaja y da apoyo a los usuarios para resolver dudas que han podido ir surgiendo. En cuanto al cuestionario autoinformado, ha sido el propio usuario quien ha respondido al cuestionario con el apoyo del monitor y/o del profesional referente. Con el fin de que el usuario pudiera entender los ítems del cuestionario, se ha ido leyendo uno por uno y dando una explicación de cada ítem en todos los casos.

Una vez obtenida la aprobación y consentimiento de la dirección del centro, se llevó a cabo, en un primer momento, la administración de los cuestionarios heteroinformados a los profesionales del centro. Dado que ya estaban familiarizados con cuestionarios parecidos (ya que suelen utilizar el GENCAT y la Escala San Martín que mantienen una estructura muy similar), no fue necesaria una explicación y/o entrenamiento previo en el uso de los instrumentos. En cuanto a la administración del autoinforme, se llevó a cabo como una actividad realizada por el centro, sin embargo, antes de empezar el cuestionario, se informa a los usuarios el fin del cuestionario y se les pregunta si quieren o no participar. En este caso, la escala INICO-FEAPS tiene un pequeño apartado de explicación y entrenamiento con 4 ítems que se lee al usuario, explica y práctica antes de iniciar el cuestionario.

En relación a los análisis de los datos, en primer lugar, se obtuvieron medias y desviaciones típicas y porcentajes de las variables demográficas para realizar la descripción de la muestra. Respecto a la primera hipótesis de la fiabilidad de las escalas INICO-FEAPS heteroinformada y GENCAT, se obtuvieron los coeficientes de Alpha de Cronbach para evaluar la fiabilidad, concretamente la consistencia interna de cada subescala y su totalidad. En relación a la segunda hipótesis, para encontrar correlaciones significativas entre las subescalas de las Escalas INICO-FEAPS y GENCAT se realizó la correlación de Pearson, en el caso que las variables tuvieran una distribución

parecida y el valor de la asimetría y/o curtosis no superara un valor absoluto de 1, o Spearman para aquellos casos que el valor absoluto fuera superior a 1 en la asimetría y/o curtosis.

En relación a la tercera y cuarta hipótesis, se obtuvieron los coeficientes de Alpha de Cronbach para evaluar la consistencia interna de la Escala heteroinformada de INICO-FEAPS y la autoinformada en su totalidad y de cada subescala. Seguidamente y relacionando con la quinta hipótesis, se realizó la correlación de Pearson o Spearman dependiendo del valor absoluto que presentaba la asimetría y curtosis de cada subescala.

Los baremos utilizados para establecer la fiabilidad en el Alpha de Cronbach han sido baso en lo sugerido por George y Mallery (2003):

- Mayor o igual a 0.9 → Excelente
- De 0.8 a 0.9 → bueno
- De 0.7 a 0.8 → Aceptable
- De 0.6 a 0.7 → Cuestionable
- De 0.5 a 0.6 → Pobre
- Menos de 0.5 Inaceptable

En relación a la última hipótesis se elaborado una comparación de grupos a través del análisis de la varianza (para aquellos casos donde se daba una distribución normal) o la prueba de Kruskal-Wallis (en los casos en que la distribución no era normal). Concretamente, primero se ha realizado la ANOVA de la Escala INICO-FEAPS Heteroinformada con el fin de ver si existen diferencias entre el tipo de residencia y las subescalas del test. En el caso que la significación fuera menor a .05 ($p < .05$), se considera que existe diferencias de medias por lo menos en dos de los grupos analizados. Si el valor es superior a .05, se considera que no existe diferencias. Seguidamente se ha realizado la prueba de homogeneidad de las varianzas a través de la prueba de Levene. En este caso también se observa la significación, considerando que valores superiores a .05 implican que existe

homocedasticidad entre los grupos analizados y, por lo tanto, realizaremos la prueba de Tukey. Así pues, a continuación, se realiza una prueba post hoc, la prueba de Tukey con el fin de ver si existen diferencias entre los pares de grupos de tipología de residencia. En el caso de comparar el tipo de residencia con las subescalas del cuestionario INICO-FEAPS, se ha realizado el mismo procedimiento explicado anteriormente. Sin embargo, dado que existen subescalas que no presentan una distribución normal, se ha substituido la ANOVA por una prueba no paramétrica, la prueba de Kruskal-Wallis.

Para la realización de los análisis de este estudio se ha usado el programa SPSS (versión 28.0).

7.3. Muestra

En cuanto a la muestra, el análisis se ha centrado exclusivamente en aquellos usuarios que se encuentran en SOI dado que se consideran que son más autónomos y presentan una capacidad cognitiva mayor en comparación con los otros usuarios. En total 49 sujetos han participado en el estudio los cuales el 71% son hombres y el 29% mujeres. En cuanto a la media de edad se encuentra en 44,08 años (DE=12,26) con un rango de edad de 22 a 69 años. En cuanto al nivel de discapacidad, se observa que predomina el nivel de discapacidad leve con un 61,2% de participantes en el estudio, seguidamente del límite 20,4% y por último la moderada 18,4%. A nivel sociodemográfico, todos usuarios pertenecen a la demarcación de Tarragona y Reus. En cuanto a la tipología de residencia, encontramos que la gran mayoría de usuarios conviven en la residencia familiar 63%, seguidamente de un 33% que conviven en un hogar-residencia y una minoría vive de forma independiente con apoyos 4%. Por lo que respecta al nivel de discapacidad intelectual, en la muestra encontramos un 20% de usuarios con inteligencia límite, un 61% de discapacidad intelectual leve y un 18% de discapacidad moderada.

7.4. Resultados

7.4.1. Escalas heteroinformadas: GENCAT y INICO-FEAPS

Tabla 15. Fiabilidad Escala GENCAT Heteroinforme

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	TOTAL
Alfa de Cronbach	.68	.68	.72	.69	.67	.70	.70	.36	.87
N. ítems	8	10	8	8	8	9	8	10	69

Nota: BE (Bienestar emocional), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material), DP (Desarrollo personal), BF (Bienestar físico), AU (Autodeterminación), IS (Inclusión social) y DE (Derechos).

Encontramos que la Escala GENCAT presenta fiabilidad cuestionable en las subescalas BE ($\alpha=.68$), RI ($\alpha=.68$), DP ($\alpha=.69$) y BF ($\alpha=.67$). Por otro lado, vemos que presenta una fiabilidad aceptable para las subescalas BM ($\alpha=.72$), AU ($\alpha=.70$) e IS ($\alpha=.70$). Destaca la puntuación tan baja en DE ($\alpha=.36$) que corresponde a una fiabilidad inaceptable. Sin embargo, la puntuación total del cuestionario presenta una buena fiabilidad ($\alpha=.87$).

Tabla 16. Fiabilidad Escala INICO-FEAPS Heteroinforme

	AU	DE	BE	IS	DP	RI	BM	BF	TOTAL
Alfa de Cronbach	.72	.72	.75	.61	-.03	.55	.72	.46	.87
N. ítems	9	9	9	9	9	9	9	9	72

Nota: AU (Autodeterminación), DE (Derechos), BE (Bienestar emocional), IS (Inclusión social), DP (Desarrollo personal), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material) y BF (Bienestar físico).

Observando la tabla, vemos que destaca la puntuación negativa de DP ($\alpha= -.03$) esto indica que la subescala presenta un alto grado de inconsistencia interna. Encontramos que BF ($\alpha=.46$) tiene una fiabilidad inaceptable, mientras que RI ($\alpha= .55$) presenta una fiabilidad pobre. Seguidamente observamos que IS ($\alpha=.61$) presenta una fiabilidad cuestionable y AU ($\alpha=.72$), DE ($\alpha=.72$), BE ($\alpha=.75$) y BM ($\alpha=.72$) presentan una fiabilidad aceptable. En general, observando el Alfa de Cronbach total tiene una fiabilidad buena ($\alpha=.87$). Dado el valor muy bajo y negativo del Alpha de Cronbach en subescala de DP, se realiza la correlación de ítems de la subescala entre ellos y la puntuación total de la subescala y del test.

Tabla 17. Correlaciones entre ítems de DP, el total de la subescala y el total del test INICO de la versión heteroinformada

	Ítems								
	37	38	39	40	41	42	43	44	45

37	-	.03	.09	-.02	.05	.13	.27	-.04	-.21
38	.03	-	.07	-.41**	.17	-.14	-.29*	.17	-.11
39	.09	.07	-	.27	-.36*	-.24	.11	-.334*	-.07
40	-.01	-.41**	.27	-	-.37**	.24	.41**	-.07	.23
41	.05	.16	-.36*	-.36**	-	.24	-.21	.18	-.07
42	.13	-.14	-.24	.24	.24	-	.50**	.05	-.17
43	.27	-.29	.11	.41**	-.21	.50**	-	-.39	-.09
44	-.04	.17	-.33*	-.06	.18	.05	-.39**	-	.13
45	-.21	-.11	-.07	.23	-.07	-.17	-.09	.13	-
Total DP	.47**	.114	.17	.39**	.25	.64**	.58**	.19	-.02
Total test	.35*	-.17	.06	.48**	.06	.59**	.64**	.06	-.14

** Correlación significativa en el nivel .01

* Correlación significativa en el nivel .05

Nota: AU (Autodeterminación), DE (Derechos), BE (Bienestar emocional), IS (Inclusión social), DP (Desarrollo personal), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material) y BF (Bienestar físico).

En la tabla se observa que existen diversas correlaciones entre los ítems. Sin embargo, el ítem 37 y 45 no presentan ninguna correlación con otro ítem. Además, los ítems 38, 39, 41, 44 y 45 tampoco correlacionan con la puntuación total de la subescala y la puntuación total de la escala.

Tabla 18. Asimetría y curtosis Escala GENCAT

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	TOTAL
Asimetría	-.21	-.77	-1.19	-.47	-.83	-.13	-.18	.21	-.40
Error estándar de asimetría	.34	.34	.34	.34	.34	.34	.34	.34	.34
Curtosis	-.27	.62	1.32	-.85	-1.47	-.27	-.42	-.49	-.14
Error estándar de curtosis	.66	.67	.67	.67	.67	.67	.67	.67	.67

Nota: BE (Bienestar emocional), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material), DP (Desarrollo personal), BF (Bienestar físico), AU (Autodeterminación), IS (Inclusión social) y DE (Derechos).

En la tabla 18 se puede ver que en la escala GENCAT hay dos subescalas un valor absoluto superior a 1. Estos casos los encontramos en BM, dado que presenta una asimetría de -1.19 y una curtosis de 1.32 y en BF que presenta una curtosis de -1.47.

Tabla 19. Asimetría y curtosis Escala INICO-FEAPS Heteroinforme

	AU	DE	BE	IS	DP	RI	BM	BF	TOTAL
Asimetría	.05	-.78	-.31	-.36	-.35	.08	-.79	-.83	-.39
Error estándar de asimetría	.34	.34	.34	.34	.34	.34	.34	.34	.34
Curtosis	-.85	-.24	-.26	-.18	.01	-.54	-.06	.87	.12
Error estándar de curtosis	.67	.67	.67	.67	.67	.67	.67	.67	.67

Nota: AU (Autodeterminación), DE (Derechos), BE (Bienestar emocional), IS (Inclusión social), DP (Desarrollo personal), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material) y BF (Bienestar físico).

Por lo que hace las Escalas de INICO-FEAPS, la versión de heteroinforme vemos que ni la asimetría ni la curtosis presentan valores absolutos superiores a 1.

Tabla 20. Correlaciones de las subescalas de las escalas GENCAT y INICO-FEAPS Heteroinforme

INICO-FEAPS He								
BE	RI	DP	AU	IS	DE	BM	BF	Total
.81**	.62**	.51**	.78**	.58**	.66**	.59**	.51**	.87**

** Correlación significativa en el nivel .01

Nota: La mayoría de correlaciones son de Pearson a excepción de BM y BF que son de Spearman.

Nota: BE (Bienestar emocional), RI (Relaciones interpersonales), DP (Desarrollo personal), AU (Autodeterminación), IS (Inclusión social), DE (Derechos) BM (Bienestar material) y BF (Bienestar físico).

Observando las tablas podemos comprobar que todas las subescalas de la Escala GENCAT correlacionan de manera positiva y significativa con la escala que evalúa el mismo dominio de la Escala INICO-FEAPS del heteroinforme (rango: .51-.87; $p < .01$).

Tabla 21. Correlaciones de las subescalas GENCAT y el total del test.

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE
BE	-	.53**	.13	.25	.12	.46**	.06	.07
RI	.53**	-	-.02	.04	.05	.44**	.17	.07
BM	.20	.07	-	.37**	.46**	-.04	.33*	.19
DP	.25	.04	.44**	-	.42**	.33*	.61**	.47**
BF	.25	.26	.46**	.40**	-	.02	.51**	.16
AU	.46**	.44**	.10	.33*	.05	-	.35*	.54**
IS	.06	.17	.35*	.61**	.52**	.35*	-	.64**
DE	.07	.07	.28*	.47**	.22	.54**	.64**	-
Total escala	.59**	.56**	.50**	.67**	.52**	.66**	.73**	.62**

** Correlación significativa en el nivel .01

* Correlación significativa en el nivel .05

Nota: La mayoría de correlaciones son de Pearson a excepción de BM y BF que son de Spearman.

Nota: BE (Bienestar emocional), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material), DP (Desarrollo personal), BF (Bienestar físico), AU (Autodeterminación), IS (Inclusión social) y DE (Derechos).

Tabla 22. Correlaciones de las subescalas INICO-FEAPS Heteroinforme y el total del test

	AU	DE	BE	IS	DP	RI	BM	BF
AU	-	.49**	.18	.51**	.44**	.34*	.25	-.08
DE	.49**	-	.09	.65**	.47**	.27	.48**	.12
BE	.18	.09	-	.28	.44**	.30*	.11	.22
IS	.51**	.65**	.28	-	.46**	.41**	.23	.17
DP	.44*	.47**	.44**	.46**	-	.48**	.41**	.24
RI	.34*	.27	.30*	.41**	.48**	-	.34*	.26
BM	.25	.48**	.11	.23	.41**	.34*	-	.37**
BF	-.08	.12	.22	.17	.24	.26	.37**	-
Total escala	.68**	.70**	.53**	.74**	.75**	.67**	.59**	.40**

** Correlación significativa en el nivel .01

* Correlación significativa en el nivel .05

Nota: AU (Autodeterminación), DE (Derechos), BE (Bienestar emocional), IS (Inclusión social), DP (Desarrollo personal), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material) y BF (Bienestar físico).

7.4.2. Escala INICO-FEAPS Autoinformada

Respecto a la tercera hipótesis planteada, se ha comprobado la fiabilidad de la escala autoinformada de INICO-FEAPS.

Tabla 23. Fiabilidad Escala INICO-FEAPS Autoinforme

	AU	DE	BE	IS	DP	RI	BM	BF	TOTAL
Alfa de Cronbach	.41	.15	.66	.55	.41	.44	.58	.57	.79
N. ítems	9	9	9	9	9	9	9	9	72

Nota: AU (Autodeterminación), DE (Derechos), BE (Bienestar emocional), IS (Inclusión social), DP (Desarrollo personal), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material) y BF (Bienestar físico).

Observamos que las puntuaciones de fiabilidad son más bajas en comparación con el cuestionario heteroinformado (rango Alpha de Cronbach: -.03 - .87; $p < 0.01$). La subescala más baja es la de DE ($\alpha = .15$) que presenta una fiabilidad inaceptable juntamente con AU ($\alpha = .41$), DP ($\alpha = .41$) y RI ($\alpha = .44$). Seguidamente, las subescalas IS ($\alpha = .55$), BM ($\alpha = .58$) y BF ($\alpha = .57$) presentan una fiabilidad pobre mientras que BE ($\alpha = .66$) presenta una fiabilidad cuestionable. Sin embargo, la fiabilidad total se encuentra en un nivel aceptable ($\alpha = .79$).

Tabla 24. Asimetría y curtosis Escala INICO-FEAPS Autoinforme

	AU	DE	BE	IS	DP	RI	BF	BM	TOTAL
Asimetría	.10	-.09	-.26	-1.28	-.47	-.61	-.81	-1.17	.32
Error estándar de asimetría	.34	.34	.34	.34	.34	.34	.34	.34	.34
Curtosis	-.74	-.61	-.94	1.89	-.22	.49	.74	.57	-.64
Error estándar de curtosis	.67	.67	.67	.67	.67	.67	.67	.67	.67

Nota: AU (Autodeterminación), DE (Derechos), BE (Bienestar emocional), IS (Inclusión social), DP (Desarrollo personal), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material) y BF (Bienestar físico).

Las subescalas de IS y BM, superan los valores absolutos de 1 en la asimetría.

Por otro lado, IS también lo supera en la curtosis.

Tabla 25. Correlaciones de las Escalas INICO-FEAPS Heteroinformada y autoinformada

INICO-FEAPS He									
AU	DE	BE	DP	RI	BF	IS	BM	Total	
.36**	.05	.13	.29*	.29*	.01	.19	.14	.45**	
** Correlación significativa en el nivel .01 * Correlación significativa en el nivel .05									

Nota: La mayoría de correlaciones son de Pearson a excepción de IS y BM que son de Spearman.

Nota: AU (Autodeterminación), DE (Derechos), BE (Bienestar emocional), DP (Desarrollo personal), RI (Relaciones interpersonales) y BF (Bienestar físico).

Observando las tablas vemos que existen correlación en las escalas AU ($r=.36$; $p<.01$), DP ($r=.29$; $p<.005$) RI ($r=.29$; $p<.005$) y en la escala total ($r=.45$; $p<.01$). En cuanto a las escalas DE, BE, IS, BM y BF no presentan ninguna correlación significativa.

Tabla 26. Correlaciones de las subescalas INICO-FEAPS Autoinforme y el total del test.

	AU	DE	BE	IS	DP	RI	BF	BM
AU	-	.17	.21	.26	.14	.32*	.22	.35*
DE	.17	-	.22	.31**	.34*	.33*	.30*	.39**
BE	.21	.22	-	.13	-.00	.22	.30*	.29*
IS	.21	.41**	.05	-	.12	.57**	.20	.31
DP	.14	.34*	-.00	.08	-	.49**	.19	-.06
RI	.32*	.33*	.22	.50**	.49**	-	.26	.11
BF	.24	.41**	.30*	.23	.19	.26	-	.25
BM	.22	.30*	.26	.31*	-.11	-.05	.15	-
Total escala	.57**	.67**	.52**	.59**	.46**	.71**	.56**	.55**

** Correlación significativa en el nivel .01
* Correlación significativa en el nivel .05

Nota: La mayoría de correlaciones son de Pearson a excepción de IS y BM que son de Spearman.

Nota: BE (Bienestar emocional), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material), DP (Desarrollo personal), BF (Bienestar físico), AU (Autodeterminación), IS (Inclusión social) y DE (Derechos).

7.4.3. Tipo de residencia y puntuaciones INICO-FEAPS

Comparación entre grupos tipo de residencia de las puntuaciones en INICO-FEAPS Heteroinforme

Tabla 27. Diferencias en puntuaciones de la escala INICO-FEAPS Heteroinformada en función de la tipología de residencia

	AU	DE	BE	IS	DP	RI	BM	BF	Total
Sig	.00*	.97	.06	.69	.03*	.16	.23	.07	.08
F	7.68	.03	3.07	.36	3.78	1.88	1.52	2.86	2.60

Nota: AU (Autodeterminación), DE (Derechos), BE (Bienestar emocional), IS (Inclusión social), DP (Desarrollo personal), RI (Relaciones interpersonales), BM (Bienestar material) y BF (Bienestar físico).

Las subescalas AU ($F(2-46)= 7.68$, $p<.001$) y DP ($F(2-46)= 3.78$, $p<.001$) presentan una puntuación inferior a 005, por lo interpretamos que en ambos casos existen diferencias entre el tipo de residencia y las subescalas.

En cuanto al supuesto de homogeneidad o igualdad de las varianzas de los grupos, vemos que se cumplen el los dos casos: AU: (Levene $F(2,46)=.26$, $p>0.05$). DP: $F(2,46)= .46$, $p>.05$. Así pues, se observa que las puntuaciones

son superiores a .05 en ambos casos por lo que se puede concluir que existe homocedasticidad entre los grupos analizados.

Así pues, se plantea qué diferencias existen entre los diferentes grupos correspondientes a diferentes tipologías de residencia en ambas subescalas.

Tabla 28. Prueba de Tukey

Tipo de residencia		p	
AU	Independiente con apoyos	Hogar-residencia	.00*
		Familia	.09
	Hogar-residencia	Independiente con apoyos	.00*
		Familia	.01*
	Familia	Independiente con apoyos	.09
		Hogar-residencia	.01*
DP	Independiente con apoyos	Hogar-residencia	.13
		Familia	.56
	Hogar-residencia	Independiente con apoyos	.13
		Familia	.06
	Familia	Independiente con apoyos	.56
		Hogar-residencia	.06

* Correlación significativa en el nivel .05

Nota: AU (Autodeterminación) y DP (Desarrollo personal).

Tabla 29. Media y desviación típica de las subescalas AU y DP y los tipos de residencia

Tipo de residencia		Media	Desv. Estándar	Error estándar
AU	Independiente con apoyos	32.50	.70	.50
	Hogar-residencia	24.12	3.01	.75
	Familia	27.16	3.59	.65
	Total	26.39	3.81	.55
DP	Independiente con apoyos	29.50	.70	.50
	Hogar-residencia	26.94	1.88	.47
	Familia	28.19	1.67	.29
	Total	27.84	1.81	.26

Nota: AU (Autodeterminación) y DP (Desarrollo personal).

En los resultados de la prueba de Tukey se observa que, en la subescala de AU existen diferencias entre las puntuaciones medias en función del tipo de residencia, concretamente, entre los grupos independiente con apoyos y hogar-residencia y hogar-residencia y familia. En concreto, en la subescala AU se observa que el grupo de residencia independiente con apoyos (Media= 32.50, DE= .70). presenta puntuaciones mayores al grupo de hogar-residencia (Media= 24.12, DE= 3.01). Por otro lado, también se han encontrado que el grupo de usuarios que vivían con su familia (Media= 27.16,

DE= 3.59) presentaban puntuaciones más elevadas en las escalas de calidad de vida que las personas que vivían en el hogar-residencia (Media= 24.12 DE= 3.01). Para ver información más detallada sobre la prueba de Tukey ver Tabla 28.

Si analizamos las medias del tipo de residencia y las subescalas, observamos que las personas que viven de forma independiente presentan mayor puntuación (M=32.50, SE= .50) que los que viven en familia (M=27.16, SE=.64) como ya se ha comentado anteriormente.

Comparación entre grupos Tipo residencia – INICO-FEAPS Autoinforme

Seguidamente se realiza el mismo procedimiento, pero evaluándolo en el formato autoinformado.

Tabla 30. Diferencias en puntuaciones de la escala INICO-FEAPS Autoinformada en función de la tipología de residencia

	AU	DE	BE	DP	RI	BF	Total
Sig	.04*	.14	.29	.00*	.01*	.15	.00*
F	3.50	2.03	1.26	11.22	5.17	1.97	5.48

Nota: AU (Autodeterminación), DE (Derechos), BE (Bienestar emocional), DP (Desarrollo personal), RI (Relaciones interpersonales) y BF (Bienestar físico).

En este caso se observan que existen diferencias en las subescalas AU ($F(2-46)=3.50$ $p<.001$), DP ($F(2-46)= 11.22$, $p<.001$), RI ($F(2-46)= 5.17$ $p<.001$) y en el total de la escala ($F(2-46)= 5.48$, $p<.001$).

En cuanto al supuesto de homogeneidad o igualdad de las varianzas de los grupos, vemos que se cumplen en todos los casos: AU (Levene $F(2,46)=.25$, $p>0.05$), DP (Levene $F(2,46)=.25$, $p>0.05$), RI (Levene $F(2,46)=.07$, $p>0.05$) y total (Levene $F(2,46)=.18$, $p>0.05$). Así pues, se observa que las puntuaciones son superiores a .05 en todos los casos por lo que se puede concluir que existe homocedasticidad entre los grupos analizados.

Tabla 31. Prueba de Tukey

Tipo de residencia		p	
AU	Independiente con apoyos	Hogar-residencia	.04*

		Familia	.03*
	Hogar-residencia	Independiente con apoyos	.04*
		Familia	.99
	Familia	Independiente con apoyos	.03*
		Hogar-residencia	.99
DP	Independiente con apoyos	Hogar-residencia	.27
		Familia	.92
	Hogar-residencia	Independiente con apoyos	.27
		Familia	.00*
Familia	Independiente con apoyos	.92	
	Hogar-residencia	.00*	
RI	Independiente con apoyos	Hogar-residencia	.14
		Familia	.74
	Hogar-residencia	Independiente con apoyos	.14
		Familia	.01*
Familia	Independiente con apoyos	.74	
	Hogar-residencia	.01*	
Total	Independiente con apoyos	Hogar-residencia	.01*
		Familia	.04*
	Hogar-residencia	Independiente con apoyos	.01*
		Familia	.19
Familia	Independiente con apoyos	.04*	
	Hogar-residencia	.19	

* Correlación significativa en el nivel .05

Nota: AU (Autodeterminación), DP (Desarrollo personal) y RI (Relaciones interpersonales).

Tabla 32. Media y desviación típica de las subescalas AU, DP, RI y Total y los tipos de residencia

	Tipo de residencia	Media	Desv. Estándar	Error estándar
AU	Independiente con apoyos	34.00	1.41	1.00
	Hogar-residencia	26.56	3.58	.89
	Familia	26.42	4.17	.75
	Total	26.77	4.14	.59
DP	Independiente con apoyos	31.00	1.41	1.00
	Hogar-residencia	27.68	3.17	.79
	Familia	31.80	2.67	.48
	Total	30.43	3.37	.48
RI	Independiente con apoyos	31.00	.00	.00
	Hogar-residencia	25.25	4.65	1.16
	Familia	28.87	3.59	.64
	Total	27.77	4.26	.60
Total	Independiente con apoyos	268.00	1.41	1.00
	Hogar-residencia	230.81	14.18	3.54
	Familia	239.22	16.50	2.96
	Total	237.65	16.99	2.42

Nota: AU (Autodeterminación), DP (Desarrollo personal) y RI (Relaciones interpersonales).

En la tabla 31 se observa que, en AU, el grupo de residencia independiente con apoyos (Media= 34.00, DE= 1.41) presenta puntuaciones mayores al grupo de hogar-residencia (Media= 26.56, DE= 3.58) y al grupo que vive en

familia (Media= 26.42, DE= 4.17). En el caso de DP, se observa que el grupo que vive en familia (Media= 31.80, DE= 2.67) presenta puntuaciones mayores al grupo que vive en hogar-residencia (Media=27.68, DE= 3.17). Por lo que respecta RI, se observa que el grupo que vive en familia (Media= 28.87, DE= 3.59) también presenta puntuaciones mayores que al grupo que vive en hogar residencia (Media=25.25, DE= 4.65). En cuanto al total, vemos que el grupo que vive independiente con apoyo (Media= 268.00, DE= 1.41) presenta mayor puntuación que los que viven en hogar-residencia (Media=230.81, DE=14.18) y los que viven en familia (Media=239.22, DE=16.50). Para ver información más detallada sobre la prueba de Tukey ver Tabla 32, si analizamos las medias del tipo de residencia y las subescalas, observamos que las personas que viven de forma independiente presentan mayor autodeterminación (M=34, SE= 1.00) que los que viven en familia (M=26.56, SE=.89). También encontramos que la puntuación de DP se encuentra mayor en aquellos que viven en familia (M=31.80, SE=.48) en comparación con aquellos que viven. En el caso de las relaciones interpersonales, se observa que presentan significativamente mayor puntuación aquellos que viven de forma independiente con apoyos (M=31, SE=.00). En el total, vemos que presentan mayor calidad de vida aquellos que viven de forma independiente con apoyos (M=268.00, SE=1.00).

Respecto a las variables que no seguían la distribución normal (IS y BM), se usó la prueba de Kruskal-Wallis que indicó que en ambas subescalas no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de tipo de residencia, IS ($\chi^2 = .11$, $p > .05$) y BM ($\chi^2 = .18$, $p > .05$).

7.5. Discusión de los resultados

Observando los resultados obtenidos vemos que podemos aceptar la hipótesis que las escalas de calidad de vida permiten obtener puntuaciones con un buen nivel de fiabilidad. Concretamente, la Escala GENCAT y la Escala

heteroinformada de INICO-FEAPS presentan una buena fiabilidad superior a 0.8. Si nos centramos en las subescalas, la INICO-FEAPS presenta una mayor puntuación de fiabilidad en todas las subescalas a excepción de las subescalas RI, DP, BF, IS. También sorprende el valor negativo en el Alpha que presenta la subescala DP, esto puede indicar que la subescala presenta un alto grado de inconsistencia en las respuestas a esa subescala. Si analizamos las correlaciones de los ítems en la subescala DP, observamos que existen diversas correlaciones entre ellos, aunque destaca que los ítems 37 y 45 no presentan correlación con ningún otro ítem. Observando las respuestas que dieron los profesionales, ésta falta de correlación podría ser debido a que las respuestas del test son muy parecidas en los cuestionarios, dado que los profesionales respondieron en casi todos los casos "*algunas veces o frecuentemente*" en el ítem 37 y "*nunca*" en el ítem 45. Este diferente patrón de respuestas puede darse por el modo de interpretar los ítems que muestran los profesionales. Por otro lado, los ítems 38, 39, 41, 44 y 45 no correlacionan con la puntuación total de la subescala ni la puntuación total de la escala, parecer ser que estos ítems evaluarían algo diferente a lo que evalúa la subescala y la escala total. De igual forma que pasa con los ítems 37 y 45, los ítems que no correlacionan con la puntuación total, también presentan respuestas muy parecidas entre los profesionales, habiendo poca heterogeneidad en las respuestas en comparación con los otros ítems. Dado que estos ítems no correlacionan con el total, se podría decir que miden algo diferente en comparación con los otros ítems. Si compramos los estudios originales, en el caso de la Escala GENCAT observamos que en el estudio general se presentan valores más altos de consistencia interna en términos generales. Sin embargo, en RI, BM, BF e IS la consistencia interna es mayor en el presente estudio (Verdugo, *et al.*, 2009). En cuanto a la Escala INICO-FEAPS heteroinformada, encontramos que, generalmente el presente trabajo presenta puntuaciones más bajas en consistencia interna, seguramente

asociado a que la muestra es pequeña. También se han comparado los resultados del trabajo con la adaptación colombiana de INICO-FEAPS heteroinformada (Henao, Verdugo, y Córdoba, 2017), en este caso, se observa que las subescalas DE y BE presentan una puntuación menor en comparación a nuestro estudio. Así pues, según el presente estudio va en la línea de los resultados obtenidos en los estudios previos a excepción de una subescala.

En cuanto a la hipótesis esperada que las subescalas y la escala total de INICO-FEAPS y de la GENCAT correlacionarían dado que miden el mismo constructo (calidad de vida), se confirma ya que encontramos correlaciones positivas y significativas entre las subescalas de la escala INICO y la escala GENCAT en todos los dominios de las subescalas. Por otro lado, analizando las correlaciones de las subescalas de la escala GENCAT y el total del test y las correlaciones de las subescalas de INICO-FEAPS Heteroinformado y el total del test, vemos que en ambos casos todas las subescalas presentan correlaciones positivas y significativas, por lo que podemos decir que este patrón de correlaciones de subescalas y escala total es el mismo en los dos test y también se repite en los estudios de los instrumentos originales ((Verdugo, *et al.*, 2009; Verdugo *et al.* 2013), por lo cual podemos decir que las 8 subescalas evalúan parte del constructo general calidad de vida.

En relación a la escala autoinformada de INICO-FEAPS, se observa que presenta una fiabilidad aceptable. Era esperable encontrar, de igual modo que se presenta en el estudio original (Verdugo *et al.* 2013), que la fiabilidad total fuera inferior a la escala heteroinformada. En este caso, se acepta la hipótesis esperada de esta diferencia. Por otro lado, la escala la escala heteroinformada de INICO-FEAPS presenta valores de fiabilidad superiores que la autoinformada, ante la hipótesis planteada, se puede aceptar en parte, dado que hay casos donde si se da estos valores superiores, pero en otros

casos no. En general los valores son más bajos en el autoinforme, sin embargo, existen algunas subescalas donde esto no se cumple (DP y BF). En el caso de DP, los ítems se relacionan con aspectos que puede ofrecer el servicio ocupacional, como por ejemplo, ante la pregunta "tiene la posibilidad de aprender aquello que le interesa", el profesional puede interpretar que desde el servicio sí que se le ofrece pero el usuario puede interpretarlo de una manera distinta y como se ha comentado anteriormente. Así pues, puede haber diferido la interpretación y pensamiento del usuario con el profesional, dado que son preguntas susceptibles a interpretación. En el caso de BF, puede suceder lo mismo dado que el profesional debe de pensar aquello que puede ser o no, por ejemplo, ante la pregunta "descansa lo suficiente", el profesional puede pensar que sí, pero el usuario puede pensar que no dado que son preguntas un poco más personales. En cuanto a las correlaciones entre las subescalas y escalas total del cuestionario INICO heteroinformado y las del autoinformado, en este caso no se ha dado lo esperado, ya que se esperaba correlación entre todas las subescalas como también sucedía en el estudio original (Verdugo *et al.* 2013) y sólo se ha dado esta correlación en las subescalas RI, DP, AU y el total. Así pues, podríamos decir que, en las subescalas donde no se da correlación, existe diferencias entre las respuestas de los profesionales y los usuarios. Estas diferencias pueden deberse a la interpretación que puede hacer el usuario dado que en algunas ocasiones lo que piensa el profesional no coincide con lo que piensa el usuario como ya se ha comentado anteriormente. Aunque también puede depender del nivel de conocimiento del profesional del usuario, ya que algunas preguntas de carácter más personales puede que sean difíciles que las responda otra persona y no el propio usuario. Otro aspecto puede ser que el usuario no haya acabado de entender el ítem y el formato de respuesta y se equivoque, dado que en alguna ocasión el ítem está en negativo y esto le dificulta el entendimiento. Sin embargo, se ha de destacar que se han encontrado

correlaciones significativas y positivas entre todas las subescalas del cuestionario autoinformado y la puntuación global del test, de este modo podemos ver que las subescalas evalúan parte de la dimensión general de calidad de vida.

También se ha planteado que el tipo de residencia pueda tener relación con alguna subescala del cuestionario de INICO-FEAPS, así como comprobar si existe diferencias en cuanto al formato heteroinformado y autoinformado en relación al tipo de residencia. En un estudio realizado en 2016 (Gil *et al.*, 2016), observaron diferencias en cuanto al tipo de residencia y las subescalas de INICO-FEAPS. En el presente estudio se ha comprobado que existen diferencias significativas en dos de las subescalas del heteroinforme subescalas (AU y DP) según el tipo de residencia. Específicamente, los profesionales perciben que los usuarios que viven de forma independiente presentan mayores puntuaciones de autodeterminación en comparación con los que viven en hogar-residencia y en familia. En cuanto al formato autoinformado, en la puntuación total se ha observado que los usuarios que viven de forma independiente con apoyo presentan niveles más altos de calidad de vida en comparación con los que viven en familia. Por otro lado, también se encuentra que los usuarios que viven de manera independiente con apoyos presentan mayores puntuaciones en autodeterminación en comparación con los que viven en hogar-residencia. En el caso de DP y RI, los usuarios que viven en familia presentan una puntuación más elevada en desarrollo personal y relaciones interpersonales que los usuarios que viven en hogar-residencia. Comparando el estudio de Gil *et al.* (2016) con el nuestro observamos que ambos estudios no coinciden en sus resultados dado que el autor planteó que BE tiene relación con la residencia familiar y hogar-residencia tanto en el cuestionario heteroinformado como autoinformado, mientras que en el presente trabajo no se han encontrado relación en la subescala BE con el tipo de residencia, pero si se han encontrado en AU y DP

tanto en el cuestionario heteroinformado y autoinformado y RI y Total en el autoinformado. Esta diferencia puede ser debida a la pequeña muestra que se presenta en este estudio, dado que en el trabajo de Gil (2016), se presenta una muestra mucho más amplia de 463 personas con una división equitativa en el tipo de residencia.

Es importante mencionar que una de las limitaciones del estudio era precisamente que la muestra presentada era muy reducida (N=49), aspecto que ha podido influir en los resultados del estudio. Sería necesario elaborar el estudio con una muestra mayor y significativa para acabar de confirmar los resultados presentados incluyendo entonces nuevos análisis como el análisis factorial confirmatorio para confirmar la estructura que plantean los autores originales. Además, al ser un colectivo con discapacidad intelectual, ha sido necesario un acompañamiento y apoyo intenso durante la administración del cuestionario INICO-FEAPS autoinforme. En algunos casos a los usuarios les costaba entender qué era lo que se le preguntaba y era necesaria una explicación más extensa con ejemplos. Por otro lado, en el cuestionario se presentaban ítems inversos, es decir, en formato negativo. Esto hacía que los usuarios no entendieran y les resultara mucho más complicado contestar en una escala de 4 puntos, haciendo que se equivocaran o no acabaran de entender la pregunta.

En cuanto a dificultades que se han encontrado en la administración del heteroinforme (en ambos cuestionarios), los profesionales han informado que ciertos ítems eran difíciles de evaluar dado que desconocían la información necesaria. En concreto eran aquellos ítems relacionados con la intimidad del usuario, por ejemplo, a nivel sexual. Todo y que se realiza educación sexual desde el centro, los profesionales desconocen si mantienen una vida sexual satisfactoria en la mayoría de los usuarios, haciendo que pueda verse afectados los resultados del cuestionario. Además, algunos de los ítems se

relacionaban con la vida de pareja. En muchos casos, los usuarios no presentan interés en tener o mantener una pareja, haciendo que los profesionales se vieran un poco perdidos a la hora de evaluar estos ítems.

8. Conclusiones críticas y sobre los posibles cambios que se deberían hacer en el futuro

A nivel de conclusiones, se ha podido ver que existen diferentes herramientas de evaluación que pueden ayudar y complementar la elaboración de un plan individualizado. Uno de los principales inconvenientes encontrados es que la mayoría de las escalas que se utilizan actualmente son generales y poco específicas, haciendo que se tenga que complementar la evaluación con otras escalas más específicas y extensas. Así pues, el presente trabajo recopila aquellos instrumentos de evaluación útiles para población con discapacidad intelectual con el fin de complementar, si fuera necesario, la evaluación del usuario de la manera más exacta posible. En concreto, se ha planteado la utilización de la Escala INICO-FEAPS, dado que presenta un autoinforme que proporciona información directamente del propio usuario. Además de ser una escala gratuita presenta una aplicación que facilita el trabajo de los profesionales tanto en la administración como en la corrección e interpretación, dado que proporciona una gráfica con los resultados obtenidos.

Otro aspecto que me ha sorprendido durante la elaboración del trabajo es el cambio de perspectiva que se ha dado en el concepto de discapacidad intelectual. A menudo relacionamos la discapacidad intelectual con los test de inteligencia. Esta idea está tomando más distancia y recae la importancia en las capacidades que tiene la propia persona a modo de potenciarlas. El concepto de adaptar el entorno para que la persona pueda adaptarse, así como promover la autonomía con los apoyos necesarios hace que la persona

se sienta mejor. Esto lo he podido comprobar estando en la asociación, dónde se observa a los usuarios cómo desarrollan su trabajo de una manera competente y cómo pueden aprender otras tareas con apoyo y entrenamiento. El hecho de que los usuarios puedan hacer una tarea y sentir que su vida se encuentra más o menos normalizada genera un sentimiento de satisfacción. A nivel personal, cuando visité el taller ocupacional los usuarios me recibieron con un gran sentimiento de pertenencia y enseguida noté el orgullo que tienen al sentirse útiles elaborando velas y jabones y haciendo una tarea con un fin.

En cuanto a conclusiones del estudio presentado, vemos que las 2 escala INICO-FEAPS tanto heteroinformada como auto informada permiten obtener puntuaciones válidas y fiables para evaluar la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual. Pese a estos resultados, sería interesante establecer un nuevo estudio con una muestra más grande y representativa de la heterogeneidad del colectivo (de diferentes niveles de discapacidad). Otro aspecto a incorporar en este nuevo estudio sería el de añadir la Escala de calidad de vida San Martín, dado que también es una escala que utiliza la entidad para personas con discapacidad más grave y podría compararse con el formato heteroinformado de la Escala INICO-FEAPS. También, sería interesante desarrollar un instrumento junto con los profesionales del centro dónde no sólo se evalúe la calidad de vida, sino que se incorporen otras escalas en un mismo cuestionario como es la intensidad de apoyos o las habilidades adaptativas. De este modo no sería necesario complementar la evaluación con múltiples escalas, sino que una misma evaluaría todo.

9. Análisis de las limitaciones del trabajo

En cuanto a las limitaciones del trabajo, la principal limitación que se ha encontrado ha sido la muestra pequeña dado que esto ha podido influir en los resultados obtenidos. Otra dificultad que he encontrado durante la

elaboración del estudio, es que existen pocos estudios de las escalas de calidad de vida centrados únicamente en discapacidad intelectual. Generalmente, son estudios de los mismos autores y de elaboración de cuestionarios, por lo que me ha resultado difícil encontrar más estudios para establecer una comparativa. Otra de las limitaciones a tener en cuenta en el presente trabajo es el hecho de realizar un APS, dado que implica gestionar el tiempo, ya no solo personal sino con la asociación. Además, para conocer las necesidades de la entidad y poder establecer unos objetivos de trabajo ha sido necesario diversas reuniones y búsqueda de información previa. Este hecho hace que el trabajo sea un poco más lento y, en alguna ocasión, se deba de cambiar la dirección del estudio dado que pueden surgir nuevas necesidades o lo elaborado no se adecua a la entidad.

10. Referencias

- Abarca Barriga, H. H. (2021). *Avances genómicos de la última década y su influencia en el enfoque diagnóstico de la discapacidad intelectual*. Revista de Neuro-Psiquiatría, 84(1), 33–50.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5a Ed. Arlington,
- Bruininks, R.H., Hill, B.K., Weatherman, R.F. y Woodcock, R.W. (1986): *ICAP. Inventory for Client and Agency Planning. Examiner's Manual*. Allen, DLM Teaching Resources
- Cobo Molina, C., Álvarez Pérez, R., Bautista Dalama, Á., Cañestro Fernández, A., Collado Vallejo, D., García Maldonado, A., González Aguilar, J. A., Leal Gil, E., Marín Pérez de la Lastra, I., Martín Ramos, A., Olmedo Jiménez, J. A., Ortega Garzón, R., Parrado Román, M., Trillo Molina, L. J., Serrano Galán, A.A. y Vélez Mateos, C. (2011). Junta de Andalucía Consejería para la igualdad y bienestar social.
- de Los Angeles Peredo Videá, R. (2016). *Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones*. Revista de investigación psicológica, (15), 101-122.

- del Campo, J. B., Pastor, M. A., Zubizarreta, S. C., y Zubizarreta, A. C. (2005). *Enseñanza-aprendizaje de "destrezas adaptativas" en personas con discapacidad intelectual: un modelo de intervención psicopedagógica*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 71-89.
- Delgado Reyes, A.C. y Agudelo Hernández, A.F. (2021). *Trastornos del neurodesarrollo: una comparación entre el DSM-5 y la CIE-11*. *Psicoespacios*, 15(27), 1-15.
- Departament de drets socials (30 de diciembre de 2009). *Servei de Teràpia Ocupacional (STO)*. Gencat. https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_discapacitat/serveis_socials_per_a_persones_amb_discapacitat/serveis_per_a_persones_amb_discapacitat_intel_lectual/serveis_de_centres_ocupacionals/servei_de_terapia_ocupacional_sto/
- Departament de drets socials (30 de diciembre de 2009). *Servei Ocupacional d'Inserció (SOI)*. Gencat. https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_discapacitat/serveis_socials_per_a_persones_amb_discapacitat/serveis_per_a_persones_amb_discapacitat_intel_lectual/serveis_de_centres_ocupacionals/servei_ocupacional_dinsercio_soi/
- Departament de Drets Socials. (17 de febrero de 2014). *Reconeixement de la discapacitat*. Gencat. https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_discapacitat/que_es_i_com_es_reconeix_la_situacio_de_discapacitat/reconeixement_discapacitat/
- Departament de Drets Socials. (s.f). *Serveis per a persones amb discapacitat intel·lectual*. Gencat. https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_discapacitat/serveis_socials_per_a_persones_amb_discapacitat/serveis_per_a_persones_amb_discapacitat_intel_lectual/
- Díaz Orgaz, M., González-Simancas, A., Matía Amor, A., Vived Conte, E., Pérez Villaroya, E., Uyá Urrea, A., Betbesé Mullet, E. y Arranz Barcenilla, C. (2013). *Formación para la autonomía y la vida independiente. Guía general*. Down España.
- España. *Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía*. Boletín Oficial del Estado, 26 de enero de 2000, núm. 22

- Gil Llario, M.D, Morell Mengual, V., Díaz Rodríguez, I., Giménez-García, C., Ruiz Palomino, E. (2016). *Calidad de vida de los discapacitados intelectuales valorada por ellos mismos y los profesionales implicadas*. International Journal of Developmental and Educational Psychology, Revista de Psicología. 1(1), 265-274.
- Gutiérrez, D., Casas, J., March, M., y Pascual, J. (2018). *Epidemiología de la discapacidad intelectual en España EDAD08*. Máster en Atención Sanitaria y Práctica Colaborativa. Universidad de Barcelona. 1-16
- Harrison, P. L., y Oakland, T. (2013). *ABAS® II: Sistema para la evaluación de la conducta adaptativa: manual*. TEA Ediciones.
- Henao, C.P., Verdugo, M.A. y Córdoba, L. (2017). *Versión Colombiana de la Escala INICO-FEAPS para la evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual*. Publicaciones INICO, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad de Salamanca.
- Ke X, Liu J. (2017). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines
- Medina Gómez, B y García Alonso, I. (2011) *La Evaluación de la conducta adaptativa con la escala ABS-RC:2*. Desafíos y perspectivas actuales de la psicología en el mundo de la infancia 1(1), 341-352.
- Medina-Gómez, M.B, García-Alonso, M.I, y Antolín Cernuda, V. (2015). *Validación Preliminar de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC: 2 en España*. Acta de investigación psicológica 5(2), 2076-2086.
- Morreau, L.E. y Bruininks, R.H. (1991): *Checklist of Adaptive Living Skills. Manual*. Allen, DLM Teaching Resources.
- Morreau, L.E; Bruininks, R.H y Montero, D. (2002). *Inventario de Destrezas Adaptativas (CALs)*. Bilbao, Mensajero.
- OMS (1996). *ICD-10 Guide for Mental Retardation*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, WHO.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *CIE-11 Guía para la aplicación y la transición*, Ginebra.
- Peña-Salazar, C., Arrufat Nebot, F., Fontanet, A., García-León, N., Más, S., Roura-Poch, P., y Santos López, J. M. (2017). *Under-diagnosis of mental disorder in people with intellectual disabilities: Study of prevalence in population with different degrees of intellectual disability*. Siglo Cero, 48(3), 27-39.

- Piracés Calvo, E. (2017). *El ICAP (Inventario para la planificación de Servicios y Programación Individual): una herramienta en la mejora de la planificación y la intervención en servicios para personas con discapacidad*. Publicaciones didácticas 82, 711-713.
- Ramírez Salazar, D. (2005). *En busca de un estilo de vida más inclusivo para las personas adultas con discapacidad intelectual*. Educación y pedagogía. 17(41).
- Rodríguez Gallego, M. R. (2014). *El Aprendizaje-Servicio como estrategia metodológica en la Universidad*. Revista Complutense de Educación, 25(1), 95-113.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation
- Taller Baix Camp. (2015) *Qui Som*. <https://www.tallerbaixcamp.org/sobre-nosaltres/qui-som>
- Thompson, J.R., Bryant, B.R., Campbell, E.M., Craig, E.M., Hughes, C.M., Rotholz, D.A., Schalock R.L., Silverman W.P., Tassé M.J., Wehmeyer M.L (2004) *SIS. Escala de Intensidad de Apoyos*. adaptado por Verdugo Alonso M.A., Arias Martínez B. e Ibáñez García A. (2007). TEA Ediciones
- Thompson, J.R., Bryant, B.R., Campbell, E.M., Craig, E.M., Hughes, C.M., Rotholz, D.A., Schalock R.L., Silverman W.P., Tassé M.J. y Wehmeyer M.L (2004). *Manual escala de intensidad de apoyo SIS*. TEA Ediciones.
- Thompson, J.R., Hughes, C., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M.J., Bryant, B., Craig, E.M. y Campbell, E.M. (2002). *Integrating supports in assessment and planning*. Mental Retardation, 40, 390-405.
- Vera-Bachmann, D., Gálvez-Nieto, J. L., Trizano-Hermosilla, Í., y Álvarez-Espinoza, A. (2020). *Estudio psicométrico del Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual (ICAP), en población de estudiantes chilenos*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 1(54), 119-129.
- Verdugo Alonso, M. Á. (2012). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002*.
- Verdugo Alonso, M. Á., Gómez Sánchez, L. E., Arias Martínez, B., Santamaría Domínguez, M., Clavero Herrero, D., y Tamarit Cuadrado, J. (2013). *Escala INICO-FEAPS Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Publicaciones INICO, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad de Salamanca.

- Verdugo Alonso, M.A.; Gómez Sánchez, L.E.; Arias Martínez, B. y Schalock, R.L. (2009). *Escala Integral: Evaluación Objetiva y Subjetiva de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual*. Madrid: CEPE, D.L.
- Verdugo Alonso, M.A; Vicente Sánchez, E.; Guillén Martín V.M; Sánchez Fuentes, S.; Ibáñez García, A.; Fernández Pulido, R.; Gómez Sánchez, L.E.; Coma Roselló, T.; Bravo Álvarez, M.A. y Vived Conte, E. (2021). *Escala AUTODDIS: Evaluación de la autodeterminación de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual. Manual de aplicación y corrección*. Salamanca, Publicaciones INICO.
- Verdugo, M. Á., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Navallas, E., Fernández, S., y Hierro, I. (2014). *Escala San Martín Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas*. Fundación Obra San Martín, Santander.
- Verdugo, M.A. y Schalock, R.L. (2013). *Discapacidad e Inclusión* (pp 443-461). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez L.E. y Schalock, R.L. (2009). *Formulari de l'Escola Gencat de Qualitat de vida. Manual de aplicació de l'Escola Gencat de Qualitat de vida*. Departamento de Acció Social y Ciudadanía. Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M.A; Schalock, R.L.; Gómez, L.E y Arias, B. (2007). *Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la escala Gencat*. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 38(4), 57-72.

11. Anexos

Escala GENCAT

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. ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

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 _____

ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.

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 _____

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.

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 _____

ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.

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.

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.

ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

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 _____

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.

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 _____					

Escala INICO-FEAPS Heteroinforme

INFORME DE OTRAS PERSONAS

INSTRUCCIONES:

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

CLAVE DE RESPUESTA:

"N" = Nunca; "A" = Algunas veces; "F" = Frecuentemente; "S" = Siempre

AUTODETERMINACIÓN		N	A	F	S
1	Utiliza el transporte público (autobús, tren, taxi...) por sí mismo/a (sin supervisión)	1	2	3	4
2	Decide quién entra en sus espacios de intimidad	1	2	3	4
3	Participa en las decisiones que se toman en su casa	1	2	3	4
4	Elige la ropa que se compra	1	2	3	4
5	Otra persona decide la ropa que se pone cada día	4	3	2	1
6	Otras personas eligen las actividades que hace en su tiempo libre	4	3	2	1
7	Valora las posibles consecuencias antes de tomar una decisión	1	2	3	4
8	Carece de metas, objetivos e intereses personales	4	3	2	1
9	Expresa sus preferencias, de modo verbal o gestual, cuando le permiten elegir	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

DERECHOS		N	A	F	S
10	Le permiten participar en el diseño de su plan individual	1	2	3	4
11	Vulnera la propiedad y los derechos de otras personas	4	3	2	1
12	Las personas que le rodean respetan su intimidad (e.g., llaman a la puerta antes de entrar)	1	2	3	4
13	Dispone de un lugar donde puede estar solo/a si quiere	1	2	3	4
14	Cogen sus cosas sin pedirle permiso	4	3	2	1
15	En el centro se protege la confidencialidad de su información de forma adecuada (no está accesible a personas indebidas, no se difunde información privada, etc.)	1	2	3	4
16	Le proporcionan información acerca de las actividades de su programa individual	1	2	3	4
17	Se le ha informado sobre sus derechos	1	2	3	4
18	Le resulta difícil saber cuando sus acciones pueden causarle problemas legales	4	3	2	1
Puntuación Directa Total					

INFORME DE OTRAS PERSONAS

CLAVE DE RESPUESTA:

"N" = Nunca; "A" = Algunas veces; "F" = Frecuentemente; "S" = Siempre

BIENESTAR EMOCIONAL		N	A	F	S
19	Presenta síntomas de depresión	4	3	2	1
20	Se muestra sin ganas de nada	4	3	2	1
21	Presenta síntomas de ansiedad	4	3	2	1
22	Tiene problemas de comportamiento	4	3	2	1
23	Se muestra seguro/a de sí mismo/a	1	2	3	4
24	Se muestra satisfecho/a con lo que puede hacer en el futuro	1	2	3	4
25	Se muestra orgulloso/a de sí mismo/a	1	2	3	4
26	Manifiesta deseos de cambiar su modo de vida	4	3	2	1
27	Disfruta con las cosas que hace	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

INCLUSIÓN SOCIAL		N	A	F	S
28	Participa en conversaciones con otras personas sobre temas de interés compartido	1	2	3	4
29	Acude sin problemas a lugares de su comunidad (e.g., bares, tiendas, piscinas, etc.)	1	2	3	4
30	Tiene amigos/as que no tienen ninguna discapacidad	1	2	3	4
31	Está excluido/a en su grupo de trabajo, de ocio o de amigos/as	4	3	2	1
32	Le resulta difícil realizar actividades con personas sin discapacidad	4	3	2	1
33	Recibe los apoyos que necesita para hacer bien su trabajo/tarea	1	2	3	4
34	Hay pocas personas dispuestas a ayudarlo cuando lo necesita	4	3	2	1
35	Se reconocen sus méritos, capacidades, habilidades y aportaciones	1	2	3	4
36	Las personas que le rodean tienen una imagen negativa de él/ella	4	3	2	1
Puntuación Directa Total					

INFORME DE OTRAS PERSONAS

CLAVE DE RESPUESTA:

"N" = Nunca; "A" = Algunas veces; "F" = Frecuentemente; "S" = Siempre

DESARROLLO PERSONAL		N	A	F	S
37	Tiene posibilidad de aprender aquello que le interesa	1	2	3	4
38	Tiene un programa individual adaptado a sus preferencias	1	2	3	4
39	Se le proporcionan actividades de formación que fomentan su autonomía	1	2	3	4
40	Carece de oportunidades para aprender cosas nuevas	4	3	2	1
41	Desarrolla su trabajo/tarea de modo competente y responsable	1	2	3	4
42	Muestra dificultades para resolver problemas	4	3	2	1
43	Maneja su propio dinero	1	2	3	4
44	Se viste de forma apropiada, dependiendo de la ocasión	1	2	3	4
45	Carece de las ayudas técnicas personales que necesita	4	3	2	1
Puntuación Directa Total					

RELACIONES INTERPERSONALES		N	A	F	S
46	Muestra dificultades para tener o mantener una pareja	4	3	2	1
47	Manifiesta tener dificultades para mantener relaciones sexuales-afectivas	4	3	2	1
48	Tiene pocos amigos/as con los que salir a divertirse	4	3	2	1
49	Tiene amigos/as que le escuchan cuando tiene algún problema	1	2	3	4
50	Muestra emociones/sentimientos de manera apropiada	1	2	3	4
51	Sus relaciones con los compañeros del centro/trabajo son buenas	1	2	3	4
52	Tiene buena relación con personas de distintas edades	1	2	3	4
53	La mayoría de las personas disfrutan de su compañía	1	2	3	4
54	Llama, escribe o visita a las personas que aprecia	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

INFORME DE OTRAS PERSONAS

CLAVE DE RESPUESTA:

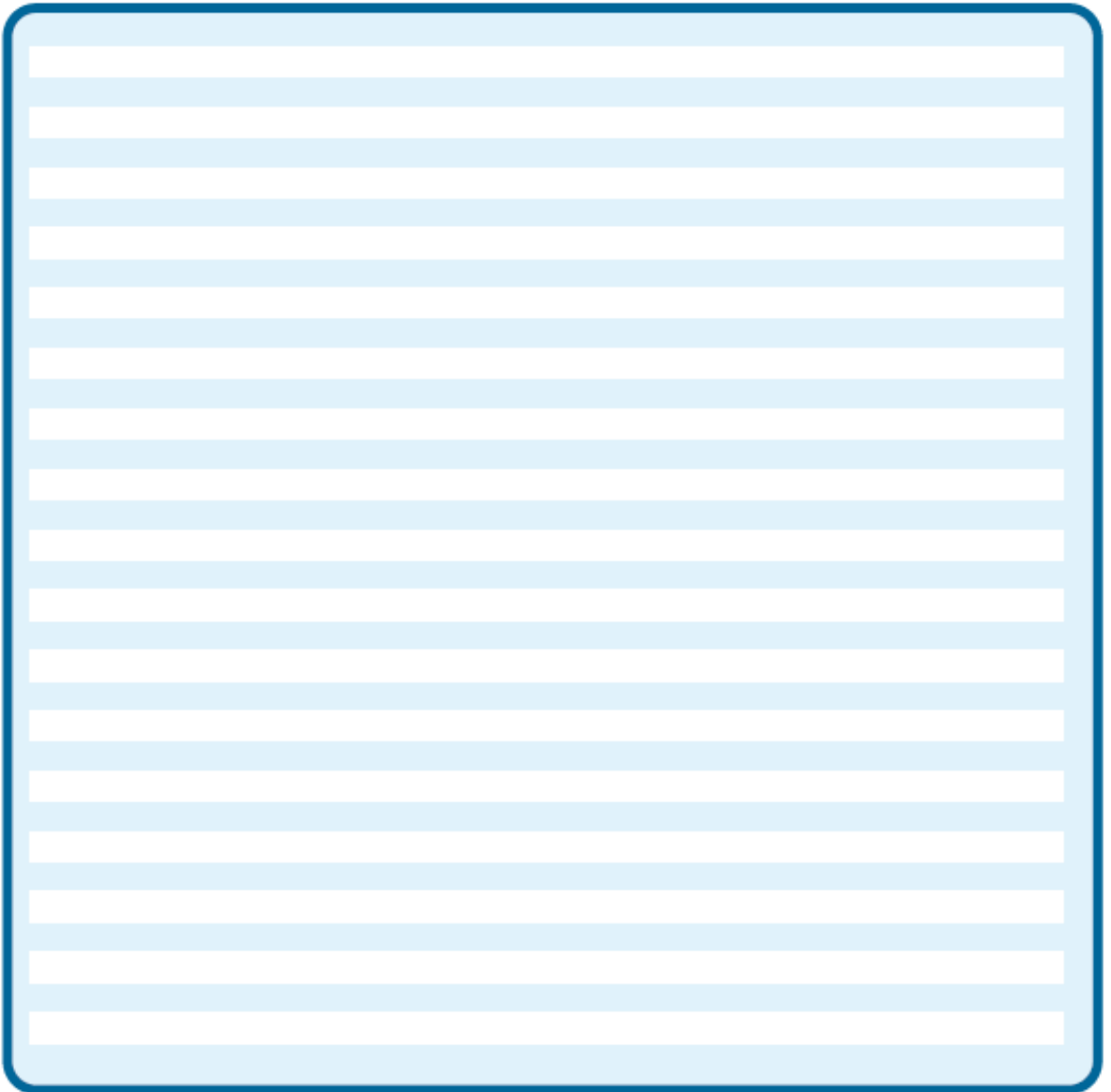
"N" = Nunca; "A" = Algunas veces; "F" = Frecuentemente; "S" = Siempre

BIENESTAR MATERIAL		N	A	F	S
55	Carece de dinero para comprar las cosas que necesita	4	3	2	1
56	Ahorra para poder comprar cosas especiales (e.g., un regalo, ropa especial, etc.)	1	2	3	4
57	El lugar donde vive es incómodo o peligroso	4	3	2	1
58	El lugar donde trabaja (o donde realiza algún tipo de actividad, por ejemplo, ocupacional) es incómodo o peligroso	4	3	2	1
59	Tiene acceso a la información que le interesa (periódico, televisión, internet, revistas, etc.)	1	2	3	4
60	Tiene acceso a las nuevas tecnologías (e.g., teléfono móvil, internet)	1	2	3	4
61	Tiene las cosas que necesita para desarrollar sus aficiones	1	2	3	4
62	Carece de lo necesario para vivir de forma digna	4	3	2	1
63	Dispone de los servicios y apoyos que necesita	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

BIENESTAR FÍSICO		N	A	F	S
64	Descansa lo suficiente	1	2	3	4
65	Lleva ropa sucia	4	3	2	1
66	Tiene malos hábitos de higiene	4	3	2	1
67	Realiza deporte o actividades de ocio	1	2	3	4
68	Toma la medicación como se le indica	1	2	3	4
69	Cuando no se encuentra bien, se lo dice a otras personas	1	2	3	4
70	Recibe una atención adecuada en los servicios de salud	1	2	3	4
71	Se realiza reconocimientos médicos (e.g., dentista, oculista...)	1	2	3	4
72	Cuida su peso	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

INFORME DE OTRAS PERSONAS

Si desea hacer constar algún dato de la evaluación que considere relevante, hágalo a continuación:



Escala INICO-FEAPS Autoinforme

AUTOINFORME

INSTRUCCIONES:

Hola (nombre de la persona), quiero que pienses sobre tu vida en general, en los lugares en los que vives, trabajas y te diviertes, sobre tu familia, tus amigos y los profesionales que conoces. Después me vas a decir cómo te sientes en relación con todo ello. Ten en cuenta que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo quiero saber cómo te sientes y qué piensas sobre estos aspectos y que respondas sinceramente.

Antes de comenzar con las preguntas, vamos a dedicar algo de tiempo a las opciones de respuesta que puedes utilizar. Para responder a cada pregunta, puedes elegir entre cuatro posibilidades:

'**Nunca**' si ningún día te ocurre lo que se dice en la pregunta.

'**Algunas veces**' si lo que se dice en la frase te ocurre alguna vez, pero no la mayoría de las veces (es decir, con poca frecuencia; por ejemplo, algún día que otro).

'**Frecuentemente**' si lo que dice en la frase te ocurre la mayoría de las veces (es decir, con mucha frecuencia; por ejemplo, casi todos los días).

'**Siempre**' si lo que dice la pregunta te ocurre siempre (por ejemplo, todos los días).

CLAVE ICÓNICA:

Nunca

Algunas veces

Frecuentemente

Siempre



ITEMS PARA PRACTICAR:

"Me gusta escuchar música".

"Tengo problemas para dormir".

"Leo el periódico".

AUTOINFORME

Una vez entendidas las opciones de respuesta, te presentamos una serie de preguntas acerca de tu vida. Tacha con una cruz la respuesta que consideras que mejor te describe. Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas, y que tus respuestas se utilizarán solo con el objetivo de tratar de mejorar aquellas cosas que te disgustan. Por favor, no dejes ninguna pregunta en blanco.

CLAVE DE RESPUESTA:

"N" = Nunca; "A" = Algunas veces; "F" = Frecuentemente; "S" = Siempre

AUTODETERMINACIÓN		N	A	F	S
1	Utilizo el transporte público (autobús, tren, taxi...) por mí mismo/a (sin supervisión)	1	2	3	4
2	Decido quién entra en mis espacios de intimidad (e.g., mi habitación, mi cuarto de baño, etc.)	1	2	3	4
3	Participo en las decisiones que se toman en mi casa	1	2	3	4
4	Elijo la ropa que me compro	1	2	3	4
5	Otra persona decide la ropa que me pongo cada día	4	3	2	1
6	Otra persona elige las actividades que hago en mi tiempo libre	4	3	2	1
7	Valoro las posibles consecuencias antes de tomar una decisión	1	2	3	4
8	Hago planes para llevar a cabo los proyectos que me interesan	1	2	3	4
9	Expreso mis preferencias cuando me permiten elegir	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

DERECHOS		N	A	F	S
10	Me permiten participar en el diseño de mi plan individual	1	2	3	4
11	Respeto la propiedad y los derechos de otras personas	1	2	3	4
12	Las personas que me rodean respetan mi intimidad (e.g., llaman a la puerta antes de entrar)	1	2	3	4
13	Dispongo de un lugar donde puedo estar solo/a si quiero	1	2	3	4
14	Cogen mis cosas sin pedirme permiso	4	3	2	1
15	Mis monitores cuentan a otras personas las cosas que les digo (comentarios privados que les hago)	4	3	2	1
16	Me proporcionan información acerca de las actividades de mi programa individual	1	2	3	4
17	Me han explicado cuáles son mis derechos	1	2	3	4
18	Me resulta difícil saber cuándo mis acciones pueden causarme problemas legales	4	3	2	1
Puntuación Directa Total					

AUTOINFORME

CLAVE DE RESPUESTA:

"N" = Nunca; "A" = Algunas veces; "F" = Frecuentemente; "S" = Siempre

BIENESTAR EMOCIONAL		N	A	F	S
19	Tengo ganas de llorar	4	3	2	1
20	Me siento sin ganas de nada	4	3	2	1
21	Me encuentro demasiado inquieto/a o nervioso/a	4	3	2	1
22	Tengo problemas de comportamiento	4	3	2	1
23	Me siento seguro/a de mi mismo/a	1	2	3	4
24	Me siento bien cuando pienso en lo que puedo hacer en el futuro	1	2	3	4
25	Me siento orgulloso/a de mi mismo/a	1	2	3	4
26	Me gustaría cambiar mi modo de vida	4	3	2	1
27	Disfruto con las cosas que hago	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

INCLUSIÓN SOCIAL		N	A	F	S
28	Participo en conversaciones con otras personas sobre temas interesantes	1	2	3	4
29	Acudo sin problemas a lugares de mi comunidad (e.g., bares, tiendas, piscinas, etc.)	1	2	3	4
30	Tengo amigos/as que no tienen ninguna discapacidad	1	2	3	4
31	Me siento excluido en mi grupo de trabajo, de ocio o de amigos/as	4	3	2	1
32	Me resulta difícil realizar actividades con personas sin discapacidad	4	3	2	1
33	Recibo los apoyos que necesito para hacer bien mi trabajo (tareas o actividades)	1	2	3	4
34	Hay pocas personas dispuestas a ayudarme cuando lo necesito	4	3	2	1
35	Cuando hago las cosas bien, me lo dicen	1	2	3	4
36	Las personas que me rodean tienen una imagen negativa de mí	4	3	2	1
Puntuación Directa Total					

AUTOINFORME

CLAVE DE RESPUESTA:

"N" = Nunca; "A" = Algunas veces; "F" = Frecuentemente; "S" = Siempre

DESARROLLO PERSONAL		N	A	F	S
37	Me enseñan cosas que me interesan	1	2	3	4
38	Tengo un programa individual adaptado a mis preferencias	1	2	3	4
39	Aprendo cosas que me hacen ser más independiente	1	2	3	4
40	Tengo oportunidades para aprender cosas nuevas	1	2	3	4
41	Desarrollo mi trabajo (tareas o actividades) de forma competente y responsable	1	2	3	4
42	Soy incapaz de resolver problemas	4	3	2	1
43	Manejo mi propio dinero	1	2	3	4
44	Me visto de forma apropiada, dependiendo de la ocasión	1	2	3	4
45	Tengo los apoyos técnicos (teclado adaptado, ratón adaptado, pictogramas, etc.) que me hacen falta	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

RELACIONES INTERPERSONALES		N	A	F	S
46	Tengo problemas para tener o mantener una pareja	4	3	2	1
47	Me resulta difícil mantener relaciones sexuales-afectivas	4	3	2	1
48	Tengo pocos/as amigos/as con los que salir a divertirme	4	3	2	1
49	Tengo amigos/as que me escuchan cuando tengo algún problema	1	2	3	4
50	Expreso mis emociones y sentimientos delante de mis amigos/as	1	2	3	4
51	Me llevo bien con mis compañeros/as de trabajo (o centro al que acudo)	1	2	3	4
52	Tengo buena relación con personas de distintas edades	1	2	3	4
53	A la mayoría de las personas les disgusta estar conmigo	4	3	2	1
54	Llamo, escribo o visito a las personas que aprecio	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

AUTOINFORME

CLAVE DE RESPUESTA:

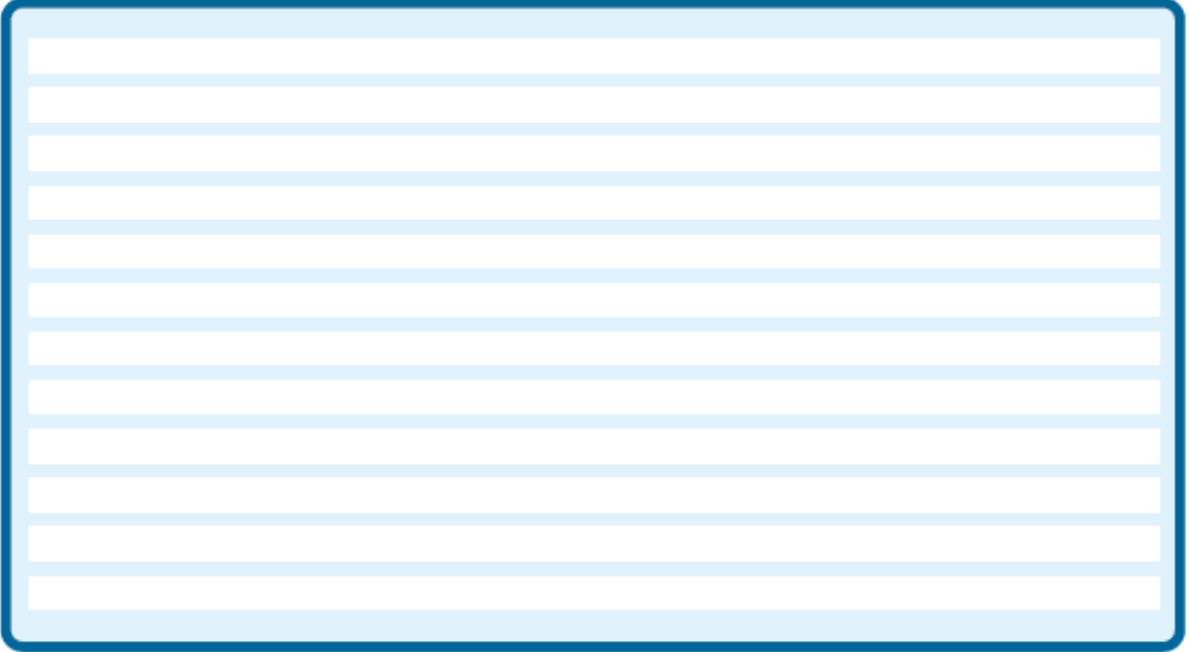
"N" = Nunca; "A" = Algunas veces; "F" = Frecuentemente; "S" = Siempre

BIENESTAR MATERIAL		N	A	F	S
55	Tengo dinero para comprar las cosas que necesito	1	2	3	4
56	Ahorro para poder comprar cosas especiales (e.g., un regalo, ropa especial, etc.)	1	2	3	4
57	El lugar donde vivo es incómodo o peligroso	4	3	2	1
58	El lugar donde trabajo (o donde realizo algún tipo de actividad o tarea) es incómodo o peligroso	4	3	2	1
59	Tengo acceso a la información que me interesa (periódico, televisión, internet, revistas, etc.)	1	2	3	4
60	Es imposible para mí acceder a las nuevas tecnologías (e.g. teléfono móvil, internet)	4	3	2	1
61	Tengo las cosas que necesito para desarrollar mis aficiones	1	2	3	4
62	Tengo lo necesario para vivir de forma digna	1	2	3	4
63	Dispongo de los servicios y apoyos que necesito	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

BIENESTAR FÍSICO		N	A	F	S
64	Descanso lo suficiente	1	2	3	4
65	Llevo ropa sucia	4	3	2	1
66	Tengo malos hábitos de higiene	4	3	2	1
67	Realizo deporte o actividades de ocio	1	2	3	4
68	Tomo la medicación como se me indica	1	2	3	4
69	Cuando no me encuentro bien, se lo digo a otras personas	1	2	3	4
70	Estoy contento/a con la atención que recibo en los servicios de salud	1	2	3	4
71	Me hago reconocimientos médicos (dentista, oculista...)	1	2	3	4
72	Cuido mi peso	1	2	3	4
Puntuación Directa Total					

AUTOINFORME

Tengo más cosas que decir



Si la escala se ha completado por medio de un entrevistador, y el entrevistador desea hacer constar algún dato de la evaluación que considere relevante, hágalo a continuación

