

**Universidad
Del
Aconcagua**

**Facultad
De psicología**

TESIS DE LICENCIATURA

**Calidad de Vida:
“Evaluación objetiva y
subjetiva en personas con
discapacidad intelectual”**

Alumna: Arenas Franco, Carla
Elizabeth

Director: Licenciado Daniel
Venturini

Mendoza, mayo de 2011

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL DE EVALUACIÓN:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Daniel Venturini

RESUMEN

En la presente Tesina se tiene como objetivos profundizar el conocimiento de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual que se encuentran institucionalizadas a través de su medición, indagar cómo es la calidad de vida en sus dimensiones para elaborar estrategias de acción eficaces, conocer que herramientas resultarían adecuadas para trabajar y así incrementar el bienestar y analizar si existen diferencias entre la perspectiva objetiva y subjetiva.

La metodología utilizada es cualitativa y cuantitativa, y el tipo de estudio es descriptivo. Debido a la escasez de investigaciones podemos considerar que la misma es de carácter exploratorio. Se utilizará un diseño transversal.

El instrumento utilizado en la investigación es el cuestionario llamado: "Escala Integral. Evaluación Objetiva y Subjetiva de la Calidad de Vida en Personas con Discapacidad Intelectual". Dicha escala proporciona información de la calidad de vida desde la perspectiva profesional y la de la persona con discapacidad intelectual.

Con el trabajo realizado se puede decir que la calidad de vida de los residentes de THADI es de nivel alto y medio. Es importante el afianzamiento de dimensiones como la autodeterminación y la inclusión social, que una vez desarrolladas y mantenidas pueden beneficiar al resto de las dimensiones.

ABSTRACT

This research is aimed to understand and measure the quality of life in institutionalized people with intellectual disability. To do so, their quality of life will be analyzed in different dimensions to later develop action strategies. This would allow starting individualized plans to increase their wellbeing and to realize if there are differences between the objective and subjective perspectives.

Qualitative and quantitative methodologies are used, and the type of study is descriptive. Due to the scarce research on this topic, we can also consider that it is exploratory. Its design is transversal.

The instrument used to carry out the research is a questionnaire called "Integral Scale. Objective and Subjective Evaluation of the Quality of Life in People with Intellectual Disabilities". This provides information about the most important areas of life from the professional and from the intellectually disabled person's perspective, so that both views can be compared and appropriate programs developed to fulfil these people's real needs.

After the research it is possible to conclude that the quality of life of THADI's residents is of a high and medium level. Self-determination and social inclusion are vital aspects that once developed and maintained may benefit other aspects of life.

ÍNDICE

Hoja de Evaluación -----	Pág. 3
Resumen -----	Pág. 4
Abstract -----	Pág. 4
Índice -----	Pág. 5
Agradecimientos-----	Pág. 8
Introducción -----	Pág. 9

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Calidad de Vida

1. Concepto de calidad de vida -----	Pág. 18
1.1 Definición de calidad de vida -----	Pág. 18
1.2 Dimensiones e indicadores de calidad de vida -----	Pág. 19
1.3 Medición de la calidad de vida -----	Pág. 21
1.3.1 Datos obtenidos -----	Pág. 22
1.4 Calidad de vida en personas con discapacidad intelectual -----	Pág. 23
1.5 Calidad de vida en la vejez -----	Pág. 23

Capítulo 2: Vejez

2. Vejez-----	Pág. 26
2.1 Biología de la vejez -----	Pág. 26
2.1.1 Manifestaciones de la vejez -----	Pág. 26
2.1.2 Paradigmas del desarrollo y teorías del envejecimiento -----	Pág. 27

2.2 Psicología de la vejez	Pág. 29
2.2.1 Factores que inciden en el envejecimiento	Pág. 29
2.2.2 Factores relacionados con la edad	Pág. 29
2.2.3 Factores relacionados con la historia y la cultura	Pág. 30
2.2.4 Factores aleatorios	Pág. 30
2.3 Los tiempos	Pág. 31
2.3.1 El tiempo funcional	Pág. 31
2.3.2 Dimensiones temporales	Pág. 32
2.4 El duelo	Pág. 32
2.5 El autoestima	Pág. 33
2.6 La sexualidad en la vida adulta	Pág. 34
2.7 La familia	Pág. 34
2.8 Ámbito laboral y social	Pág. 34

Capítulo 3: Discapacidad Intelectual

3. Discapacidad intelectual	Pág. 37
3.1 Deficiencia mental y su evolución conceptual	Pág. 37
3.2 Retraso mental	Pág. 38
3.2.1 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)	Pág. 38
3.2.2 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)	Pág. 39
3.2.3 Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR)	Pág. 43

Capítulo 4: Trabajo de Campo

4. Trabajo de campo	Pág. 46
4.1 Materiales	Pág. 46
4.2 Método	Pág. 48
4.3 Procedimiento	Pág. 49

Capítulo 5: Presentación de Datos

5. Presentación de datos	Pág. 51
5.1 Gráficos	Pág. 51
5.1.1 Gráficos a nivel individual	Pág. 51
5.1.2 Gráficos a nivel general	Pág. 100
5.2 Análisis de los datos	Pág. 109
5.3 Discusión de resultados	Pág. 110
5.4 Conclusiones	Pág. 113
Bibliografía	Pág. 115
Anexos	Pág. 117

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecerle a mis padres, Pedro y Elsa, que siempre me apoyaron en todo lo que quise emprender y por darme la libertad para llevarlo a cabo. Gracias porque nunca dudaron de mis potencialidades y me brindaron su cariño incondicionalmente. Además a Gladys que me conoce desde que naci y que cada vez que necesito cualquier cosa siempre esta ahí para ayudarme.

En segundo lugar quiero agradecerle a Santiago por estar conmigo en todo momento, por todo su amor más allá de la distancia, sin él se hubiera vuelto más complicado todo el camino recorrido, me lo hiciste más sencillo, ¡GRACIAS!

Gracias al Licenciado Venturini por traspasarme sus saberes y conocimientos, y lo más importante por su calidad de ser humano. Sin él este trabajo no hubiese sido posible, gracias por confiar en mi.

No puedo dejar de nombrar a la familia Babugia, en especial a Paola que me abrió las Puertas de THADI, y me brindo sus conocimientos, su gran vocación y su ayuda para poder aprender más sobre las personas con discapacidad. Y al hablar de THADI, tengo que referirme a la directora, a los profesionales que contribuyeron con la realización de la investigación y a las personas con discapacidad que residen allí, que más allá de colaborar respondiendo a mis preguntas, de ellos pude aprender muchas cosas importantes para la vida, porque las capacidades varían de persona a persona, todos somos distintos, además me brindaron muchísimo cariño y afecto, eso a uno le llena el corazón y lo hace mejor persona, que en definitiva es lo esencial en la vida.

A mis compañeros: Virginia, Ariel, Julián, Abel, que puedo decir, ustedes si que me hicieron el estudio más llevadero, cuantos momentos lindos, ¡sin ustedes chicos se me hubiese hecho cuesta arriba! Los adoro.

Muchas gracias a todos los que estuvieron ahí apuntalándome en todos estos años de carrera, sin ustedes no se si lo hubiera logrado, me permitieron seguir adelante a pesar de los obstáculos y las dificultades que son propias de vivir. Los quiero mucho.

INTRODUCC IÓN

En la presente tesina se abordará la temática de la calidad de vida en adultos mayores con discapacidad intelectual leve y moderada, los cuales asisten a la institución THADI (Taller Hogar de Actividades Diferenciales) dedicada a aquellas personas que poseen discapacidad intelectual. Para ello se definirán brevemente algunos conceptos.

Cuando se habla de calidad de vida se hace referencia a un concepto multidimensional, que está influido por factores personales, ambientales y por la interacción entre ambos. Las dimensiones que conforman dicha concepción reflejan los valores positivos y las experiencias de vida. Cabe considerar que las mismas son sensibles a la diversidad cultural y vital que normalmente incluye estados deseados relativos al bienestar personal. Dentro del contexto de discapacidad, salud y rehabilitación, la calidad de vida se puede entender como la ampliación o el incremento de la igualdad para todas las personas, independientemente de su condición.

Con respecto a la discapacidad intelectual la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) define tres términos dentro de la experiencia de la salud:

- Deficiencia: “Es toda pérdida o anomalía de una estructura o una función psicológica, fisiológica o anatómica” (OMS, 1994,54).
- Discapacidad: “Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (OMS, 1994, 56).
- Minusvalía: “Es la situación desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)” (OMS, 1994, 57).

Por lo que se refiere al campo de la vejez; Timiras y Hudson (1993, citado en Vega J. L. y Bueno, B. 2000, 75) refieren que “las definiciones generales consideran el envejecimiento biológico como una disminución en la competencia fisiológica”.

De Febrer de los Ríos, A. y Soler Vila, A. (2004) señalan que: “a lo largo de la vida nuestro organismo va sufriendo una serie de cambios o modificaciones que afectan a aparatos órganos y sistemas que empiezan a hacerse más patentes a partir de una determinada edad. Esos cambios se manifiestan en la apariencia física - disminución en la estatura, acumulación de grasa, deformación de articulaciones, flacidez de pechos, calvicie, aparición de arrugas, etc.- y en la capacidad de respuesta motriz e intelectual, ya que se produce una ralentización en las funciones nerviosas que afectan a la recepción de estímulos y a la elaboración y emisión de respuestas.

Cada individuo aceptará estos cambios según su personalidad, su nivel de integración en la sociedad y el rol socio-económico que desempeñe en ella (...). La no aceptación y reconocimiento de estos cambios puede influir en la psicología del envejeciente y provocar en

él actitudes de rechazo, introversión y aislamiento que, a la larga, conllevara una progresiva desintegración social”.¹

Cinco características son mencionadas por Cristofalo (1991, citado en Vega, J. L. y Bueno, B., 2000, 75-76) con respecto al envejecimiento:

- 1) *Los cambios en la composición química del cuerpo* con la edad incluyen una disminución en la masa muscular del cuerpo y un aumento en las grasas.
- 2) *Los progresivos cambios degenerativos* incluyen modificaciones en el ritmo de filtración glomerular, en el ritmo cardiaco máximo, en la capacidad vital y en otras medidas de capacidad funcional. Todas estas capacidades disminuyen linealmente a partir de los 30 años.
- 3) Estos cambios *reducen la capacidad para responder adaptativamente* a las variaciones que se producen en el medio ambiente.
- 4) Hay un *incremento en la vulnerabilidad a muchas enfermedades* con la edad.
- 5) Hay un *aumento en la mortalidad* con la edad, que puede detectarse fácilmente a través de los datos demográficos sobre epidemiología y mortalidad.

A través de la evaluación de la calidad de vida en las personas con discapacidad lo que se intentará es que con los resultados obtenidos a partir de la aplicación de una escala de medición de dicho termino se conozca cual es el perfil del mismo en cada uno de los sujetos, tanto a nivel objetivo como subjetivo, y a partir de esto poder elaborar planes individualizados de apoyo para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas e incrementar otros aspectos como por ejemplo: el desarrollo personal, la autodeterminación, la integración social, así también como el respeto en relación a la igualdad de derechos.

Por todo lo expuesto anteriormente es que esta investigación sería un importante aporte a la psicología y al ámbito de la salud mental ya que el poseer un mayor conocimiento con respecto a la temática de la calidad de vida dentro de la discapacidad posibilitaría el planteamiento de las posibles intervenciones, estrategias y tratamientos a tener en consideración para mejorar el bienestar de las personas.

El estudio sobre la calidad de vida en relación a las personas con discapacidades intelectuales o retraso mental se ha incrementado en los últimos tiempos, en la actualidad para muchos investigadores es un tema central. Se han producido cambios en la concepción de discapacidad y esto ha planteado el estudio más comprensivo de las necesidades y apoyos de estas personas. Los cambios ocasionados se han ido centrando más en la personas que en los servicios y programas que ellas reciben.

¹ De Febrer de los Ríos, A. & Soler Vila, A. (2004). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. España: INDE Publicaciones, p. 20-21.

La calidad de vida es un concepto útil para realizar planificaciones y evaluaciones entorno a la persona con discapacidad. Este concepto da lugar a que se hable en primer lugar de las personas, pudiendo así favorecer las prácticas profesionales dentro del área de la salud, la educación y los servicios sociales logrando planteamientos más positivos para la persona, más allá de las limitaciones que esta pueda tener.

En las últimas tres décadas las investigaciones e innovaciones prácticas con respecto a la discapacidad intelectual han posibilitado que el concepto de calidad de vida se convierta en uno de los principales instrumentos para el cambio social y organizacional. La búsqueda de la calidad es un objetivo que organizaciones, administraciones y las personas con discapacidad comparten. Esto manifiesta una nueva mirada con respecto a los servicios destinados a los usuarios, centrándose en sus posibilidades de cambio y en las variables de contexto que ejercen influencia en su funcionamiento. Es por lo explicitado con anterioridad que la calidad de vida posee una gran relevancia y debe orientar las prácticas profesionales y los servicios destinados a la discapacidad.

Con respecto a la temática de la discapacidad intelectual o retraso mental en los últimos años ha tenido gran relevancia debido a la creación de servicios que prestan atención individualizada y a la elaboración de un cuerpo de conocimientos. Se ha buscado mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad intelectual y es por esto se tuvo mayor interés en elaborar sistemas clasificatorios que resulten de utilidad y respalden a los profesionales de los diferentes ámbitos.

En 1999, Gómez Vela, M.; Canal Bedia, R. y Verdugo Alonso, M. A. en “Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Retraso Mental desde su propia percepción”², a través de un instrumento elaborado por ellos previamente para la medición del concepto Calidad de Vida, plantean que ninguna de las personas expresó que su calidad de vida fuera baja, un 42% expresó que su calidad de vida era media y el 58% expresó que su calidad de vida era alta. Y con respecto a las dimensiones mejor valoradas por estas personas fueron: bienestar material y físico, y las peores valoradas fueron integración en la comunidad, derechos y desarrollo personal.

Arostegi, I. en “Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental”³ refiere que los resultados del estudio indican que las personas con retraso mental tienen unas condiciones objetivas de vida aceptables. Resultaron más altas en los dominios de seguridad y bienestar emocional, y se pudieron observar niveles aceptables en intimidad y salud. En relación a los dominios de bienestar material y presencia en la comunidad, las condiciones de vida se ubican por debajo de la media. Con respecto a las variables como el territorio de residencia, la edad, la situación laboral y el grado de retraso tienen incidencia en las

² Verdugo Alonso, M. A., de Borja Jordan de Urries Vega, F. (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad: actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amaru.

³ Verdugo Alonso, M. A., de Borja Jordan de Urries Vega, F. (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad: actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amaru.

condiciones de vida de la población vasca con retraso mental. La Calidad de Vida subjetiva es percibida de manera bastante alta, se sitúa por encima de la media en todos los dominios. Los que se perciben con una calidad de vida más alta son el bienestar material y el emocional. Además la intimidad ha sido percibida con una buena calidad de vida y le sigue la productividad y seguridad. Los dominios percibidos como más bajos son lo de salud y presencia en la comunidad, aunque ambos se sitúan en niveles aceptables.

Gómez Vela, M., Verdugo Alonso, M. A., y Canal, R. en "Evaluación de la Calidad de Vida de Adultos con Discapacidad Intelectual en Servicios Residenciales Comunitarios"⁴ refieren que el nivel de calidad de vida bajo estuvo representado por el 0%, el nivel medio de calidad de vida estuvo representado por un 28% y por último el nivel alto por un 71%. En cuanto a las dimensiones, las que resultaron con la mayor puntuación fueron las de bienestar material y desarrollo personal, y las puntuaciones más bajas las obtuvieron las dimensiones de integración social y derechos. Es por estos datos arrojados que se concluyó que los servicios residenciales se encuentran en una línea de actuación correcta. Estos servicios constituyen una alternativa que garantiza un alto nivel en las dimensiones consideradas dentro del concepto de calidad de vida, y aquellas en las cuales las puntuaciones fueron bajas, estos disponen de herramientas para optimizar el nivel de dichas dimensiones.

Verdugo Alonso, M.A., en "Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad"⁵ plantea que las necesidades y preocupaciones percibidas por personas con discapacidad que envejecen están relacionadas con la salud personal, aquellas relacionadas con la existencia de barreras (arquitectónicas, de transportes, de viviendas), la falta de recursos de servicios sociales, de recursos sanitarios y por último los recursos económicos. Con respecto a los soluciones propuestas se refieren: el aumento de las pensiones propuesta por un 47, 3% de los sujetos, apoyo al ocio y al tiempo libre propuesta por el 30, 9 %, ayuda para los cuidados personales el 29, 1 %, la supresión de barreras arquitectónicas el 28, 7 %, la presencia de más y mejores instalaciones sanitarias el 26, 2 %, la calidad de este tipo de asistencia 24, 9 %, y la ayuda de profesionales más especializados el 23, 8 %, entre otras.

En otra investigación mencionada por Verdugo Alonso, M.A., en "Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad"⁶ con referencia a personas con discapacidad intelectual que se encuentran desarrollando actividades de capacitación y laborales en centros ocupacionales uruguayos, la calidad de vida experimentada por los participantes es de niveles medios.

Las motivaciones personales que me llevaron a interesarme en este tema en particular fueron una serie de experiencias vividas durante el cursado de la materia de Psicología Comunitaria en mi licenciatura, en donde concurrí a THADI (Taller Hogar de Actividades

⁴ Gómez Vela, M., Verdugo Alonso, M. A., y Canal, R. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida de Adultos con Discapacidad Intelectual en Servicios Residenciales Comunitario. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(4), 591-602.

⁵ Verdugo Alonso, M.A. (2006). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca: Amaru, p. 349-350-351.

⁶ *Ibid.*, p. 187

Diferenciales), una institución dedicada a adultos mayores con discapacidad intelectual a realizar pasantías. Es allí que donde pude observar y vivenciar la falta de conocimientos a nivel teórico - práctico para realizar intervenciones dentro de la misma, lo cual generó en mi la necesidad de interiorizarme en lecturas correspondientes a dicha temática. Posteriormente atravesando el último año de la carrera y con la realización del Anteproyecto de la Tesina es que tome la decisión de realizar la misma en base a la discapacidad.

Además de la investigación sobre calidad de vida, lo que me incentivó fue la posibilidad de obtener herramientas para poder mejorar la vida de los sujetos que se encuentran asistiendo y viviendo en dicha institución a través de este proyecto personal y el poder brindar a THADI la oportunidad de elaborar estrategias de acción que resulten eficaces para incrementar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Considero también de vital importancia para la realización de la tesina la experiencia lograda en todos los años en los que paulatinamente concurrí a la institución y esto me brindó la posibilidad de entablar una asidua relación con cada una de las personas integrantes de la misma, tanto directivos como terapeutas, personal auxiliar y residentes.

Los objetivos de la Tesina serán:

- A nivel general:
 - Profundizar en el conocimiento de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual a través de la medición de este concepto.
- A nivel específico:
 - Indagar cómo es la calidad de vida en sus diferentes dimensiones para poder elaborar estrategias de acción eficaces.
 - Conocer que tipo de herramientas resultarían adecuadas para trabajar con personas con discapacidad, implementando planes individualizados y así lograr incrementar la calidad de vida de las mismas.
 - Analizar si es que existen diferencias entre la perspectiva objetiva y la subjetiva, con respecto a la calidad de vida, en las personas con discapacidad intelectual.

La metodología que será utilizada en la investigación es cualitativa y cuantitativa, y el tipo de estudio es descriptivo ya que se van a describir situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. En este caso en particular el objetivo es medir una serie de características de las personas con discapacidad: la calidad de vida y sus diferentes dimensiones, y a raíz de los resultado se pondrán describir diferentes fenómenos de interés como por ejemplo que indicadores aparecen más bajos para así poder realizar intervenciones individualizadas adecuadas, que apunten a cada necesidad en particular. Debido a la escasez de investigaciones con respecto a esta temática, también podemos considerar que la misma es de carácter exploratorio.

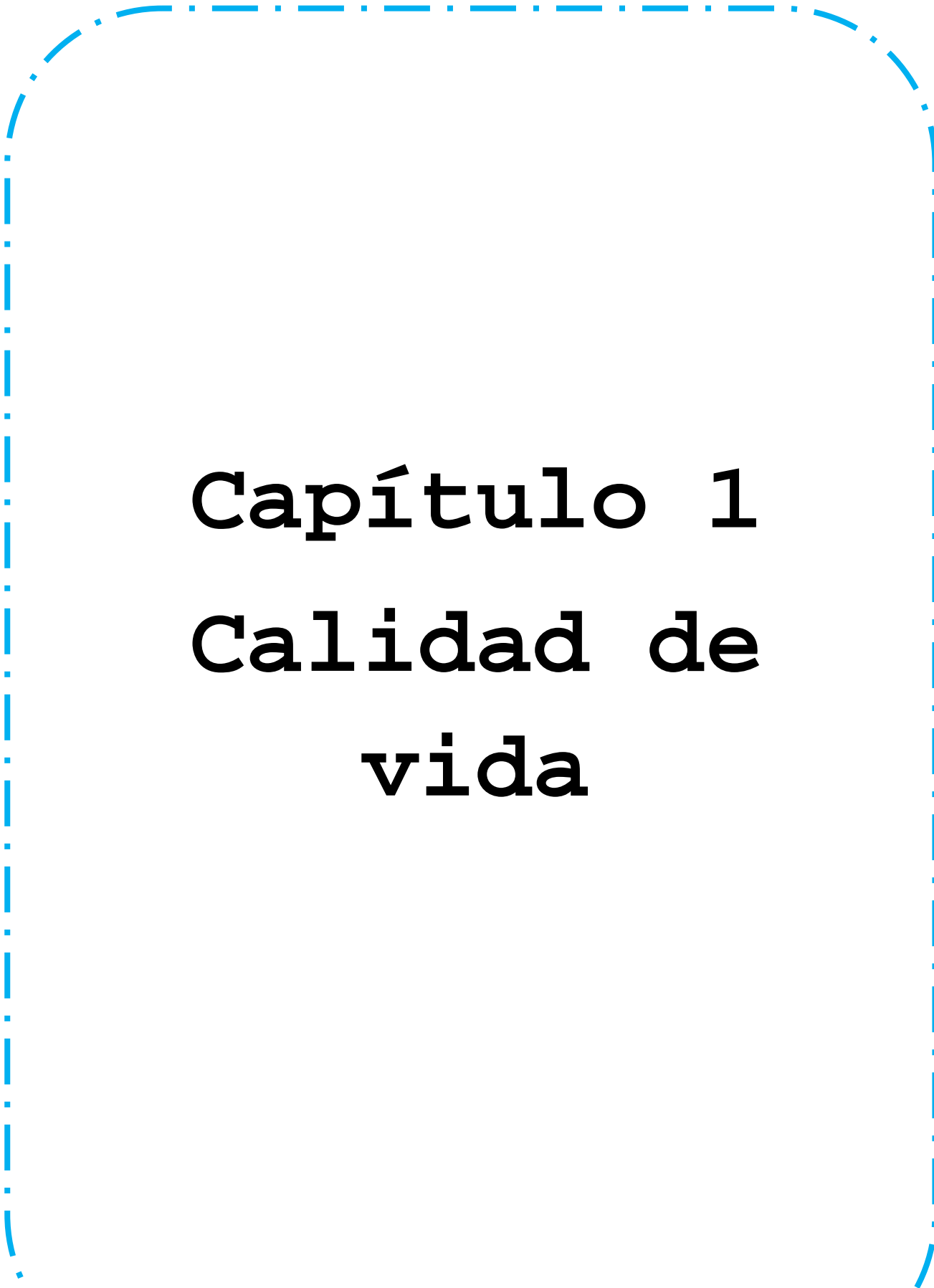
Se utilizará en esta investigación un diseño transversal ya que se van a describir a las personas con discapacidad en un momento dado y se establecerán diferencias y semejanzas entre las variables que representen mayor importancia, sobre la base de una muestra de

carácter intencional, la cual estará conformada por doce sujetos, los cuales son adultos mayores que se encuentran institucionalizados. Es decir que los sujetos que componen la misma fueron elegidos intencionalmente dadas sus características que reúnen los requisitos de la investigación.

El instrumento que se utilizará para llevar a cabo dicha investigación es un cuestionario llamado "Escala Integral. Evaluación Objetiva y Subjetiva de la Calidad de Vida en Personas con Discapacidad Intelectual". El autor de la misma es: Verdugo Alonso, Miguel Ángel (2009).

La escala se desarrolló sobre la base del modelo multidimensional de calidad de vida que consta de ocho dimensiones de Schalock y Verdugo (2002/2003). Estas dimensiones cuando se toman en conjunto constituyen el concepto calidad de vida, ellas son: Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación, Integración Social y Derechos. La finalidad de esta escala es identificar el perfil de calidad de vida objetiva y subjetiva de una persona para realizar planes individualizados de apoyo, estudiar la relación o discrepancia entre ellas y proporcionar una medida fiable para la supervisión de progresos y los resultados de los planes. Proporciona información a cerca de las áreas de vida más importantes desde la perspectiva del profesional y desde la de la persona con discapacidad intelectual, es así que se puede confrontar ambos puntos de vista y planificar programas adecuados a las verdaderas necesidades de estas personas.

Marco teórico



Capítulo 1

Calidad de vida

1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

1.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Actualmente la concepción de calidad de vida (CDV) ha adquirido un especial interés para la educación, la educación especial, la salud, los servicios sociales y las familias.

Según Verdugo Alonso, en torno a la importancia del concepto de calidad de vida, sostuvo que esta radica en que es:

- Una noción sensibilizadora que nos proporciona referencia y guía desde la perspectiva del individuo, centrada en las dimensiones centrales de una vida de calidad.
- Un marco conceptual para evaluar resultados de calidad.
- Un constructo social que guía estrategias.
- Un criterio para evaluar la eficacia de dichas estrategias.⁷

Continuando con este autor destaca la necesidad de describir el significado y la importancia que posee la CDV en relación a sus dimensiones e indicadores. El término *calidad* hace referencia a “la excelencia, asociada a características humanas y a valores positivos, por ejemplo: la felicidad, el éxito, la salud y la satisfacción; *de vida* indica que el concepto atañe a la esencia o a aspectos de la existencia humana”.⁸

La calidad es buscada por las propias personas que anhelan una vida de calidad, por las organizaciones que desean dar productos de calidad que provea mejores resultados y por políticos que quieren resultados apreciados para los usuarios de estos servicios.

Este paradigma centrado en la calidad muestra una forma diferente de concebir la discapacidad, ahora centrada en la persona, en las variables del entorno que influyen sobre el funcionamiento de la misma y la posibilidad de cambio de dicho sujeto, de las organizaciones y de los sistemas. El interés está enfocado en la inclusión, la igualdad, la capacitación, y los apoyos de la comunidad.

Este autor propone una tabla que contiene doce principios de la conceptualización, medida y aplicación de la calidad de vida:

⁷ Ibid., p. 29.

⁸ Ibid., p. 30.

CONCEPTUALIZACIÓN	MEDIDA	APLICACIÓN
La calidad de vida es multidimensional y esta influida por factores personales y ambientales, y su interacción	La medida en calidad de vida implica el grado en que las personas tienen experiencias de vida que valoran.	La aplicación del concepto calidad de vida mejora el bienestar dentro de cada contexto cultural.
La calidad de vida tiene los mismos componentes para todas las personas.	La medida en calidad de vida refleja las dimensiones que contribuyen a una vida completa e interconectada.	Los principios de calidad de vida deben ser la base de las intervenciones y los apoyos.
La calidad de vida tiene componentes subjetivos y objetivos.	La medida en calidad de vida considera los contextos de los ambientes físico, social, y cultural que son importantes para las personas.	Las aplicaciones de calidad de vida han de estar basadas en evidencias.
La calidad de vida se mejora con la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida, y un sentido de pertenencia.	La medida en calidad de vida incluye medidas de experiencias tanto comunes a todos los seres humanos como aquellas únicas a las personas.	Los principios de calidad de vida deben tener un sitio destacado en la educación y formación profesional.

1.1 DIMENSIONES E INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

Las dimensiones de CDV son denominadas por Verdugo Alonso, M. A. como: *“El conjunto de factores que componen el bienestar personal. El conjunto representa el rango sobre el cual el concepto de CDV se extiende y de este modo define la calidad de vida”*.⁹

Estas dimensiones están referidas a: relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, bienestar material, bienestar emocional y derechos. La valoración de las mismas va a diferir entre las personas y a lo largo del transcurso de vida de cada una.

⁹ Ibid., p. 32.

Verdugo Alonso, M.A., Gómez Sánchez, L. E., Arias Martínez, B. & Schalock, R. definen brevemente dichas dimensiones:

- **Bienestar Emocional:** hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: satisfacción con la vida, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos.
- **Relaciones Interpersonales:** relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, y otros). Se mide con los siguientes indicadores: relaciones sociales y relaciones familiares.
- **Bienestar Material:** tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: ingresos, posesiones, condiciones de la vivienda, y condiciones del lugar de trabajo.
- **Desarrollo Personal:** se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: trabajo, educación y actividades de la vida diaria.
- **Bienestar Físico:** tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: atención sanitaria, sueño, consecuencias en la salud y salud general.
- **Autodeterminación:** decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones.
- **Integración Social:** ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: inclusión, participación y apoyos.
- **Derechos:** ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Evaluado por los indicadores: derechos humanos, y derechos legales.¹⁰

En cuanto a los indicadores de desarrollo de calidad son definidos por el autor como: *“Percepciones, conductas y condiciones relativas a la calidad de vida que dan indicio del bienestar personal”*.¹¹ A través de estos indicadores las dimensiones antes nombradas se operacionalizan.

Se pueden resumir los indicadores citados con mayor frecuencia en relación a las dimensiones de CDV (Schalock y Verdugo, 2002 citado en Verdugo Alonso, M. A., 2006)¹²:

DIMENSIONES	INDICADORES
BIENESTAR EMOCIONAL	Alegría, autoconcepto, ausencia de estrés

¹⁰ Verdugo Alonso, M., A., Gómez Sánchez, L. E., Arias Martínez, B. & Schalock, R. *Escala Integral: Evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual*. España: CEPE, p. 10-11.

¹¹ Verdugo Alonso, Op. cit., p. 33.

¹² Ibid., p. 34.

RELACIONES INTERPERSONALES	Interacciones, relaciones de amistad, apoyos
BIENESTAR MATERIAL	Estado financiero, empleo, vivienda
DESARROLLO PERSONAL	Educación, competencia personal, realización
BIENESTAR FÍSICO	Atención sanitaria, estado de salud, actividades de la vida diaria, ocio
AUTODETERMINACIÓN	Autonomía/control personal, metas y valores personales, elecciones
INCLUSIÓN SOCIAL	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
DERECHOS	Legales y humanos (dignidad y respeto)

1.3 MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La relevancia de la evaluación de CDV reside en la necesidad de comprender el nivel en el que se experimenta una buena vida por parte de las personas. Además se demuestra el interés que se tiene en el mantenimiento o incremento de aquello que lleva a tener esta vivencia de bienestar.

Para poder realizar la medición de este concepto como señala Verdugo Alonso “se parte de la base de que todas las personas comparten juntas la experiencia humana y de que cada ser humano tiene derecho a vivir una buena vida dentro de su sociedad”¹³.

Continuando con Verdugo Alonso (2006) en el momento en que se quiere medir la CDV resulta necesario respondernos una serie de cuestiones: qué se va a medir, cómo se va a medir, quién va a estar implicado en esa medición y por último en qué lugar se llevará a cabo.

- QUÉ MEDIR: hace referencia a las dimensiones de CDV y a sus indicadores.
- CÓMO MEDIR: va a tener que ver tanto con el objetivo de la investigación como a la orientación que se le de a la medida empleada.

¹³ Schalock, R. & Verdugo Alonso, M.A. (2002). *Calidad de Vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios social*. Madrid: Alianza Editorial, p. 282

- Objetivo: este puede estar enfocado en la satisfacción experimentada en torno a las dimensiones e indicadores de la CDV (componente subjetivo de CDV) o los indicadores objetivos de sucesos o acontecimientos vitales vinculados con esas dimensiones e indicadores (componente objetivo de CDV). La evaluación de dichos componentes es muy importante, su medición va a depender si se quiere investigar si las personas están satisfechas con sus vidas o si se quiere evaluar el entorno o los programas de servicios.
- Orientación de la medida: existen varios enfoques en relación a la medida de CDV, entre los cuales encontramos las escalas tipo Likert, escalas de actitudes y cuestionarios. La utilización de cada uno de estos va a depender del objetivo de la investigación.
- QUIÉN VA A ESTAR IMPLICADO: apunta a la importancia de que las personas con discapacidad intelectual estén implicados en la medición de su CDV, que no sean reemplazados los informes proporcionados por las mismas por los de terceros sino que se complementen con la información brindada por estas personas significativas.
- DÓNDE SE VA A MEDIR: la evaluación debe ser realizada en lugares que resulten cotidianos para las personas con discapacidad, salvo en situaciones en donde se necesite de un control para obtener una medida adecuada.¹⁴

1.3.1 DATOS OBTENIDOS

Tal como lo explica Verdugo Alonso (2006), a partir de los resultados obtenidos en la medición de CDV se puede tener una perspectiva íntegra de cómo es la vida de la persona con discapacidad, esto posibilita la percepción de necesidades de la misma. A la vez y con respecto a las organizaciones, servicios y profesionales va a hacer posible la planificación de estrategias de acción en base a estas necesidades identificadas, siempre teniendo en cuenta y

¹⁴ Verdugo Alonso, M. A., p. 45-47-48-49-50-51.

centrándose en la persona y en el poder proporcionarle una asistencia sustentada en la calidad, en la ética.

1.4 CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Schalock, R. & Verdugo Alonso (2002), manifiestan que las investigaciones sobre CDV en la discapacidad se han elevado en los últimos tiempos, se presta mayor atención al estudio de las necesidades y apoyos de las personas con discapacidad. Estas modificaciones se han centrado en el sujeto más que en los servicios.

Este concepto de CDV permite la transformación y la planificación de los programas que prestan este tipo de servicios. Además otorga la posibilidad de identificar dimensiones e indicadores para poder ejercer la actuación necesaria sobre los mismos, para poder incrementar el estado de bienestar de los individuos.

1.5 CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

Los autores antes mencionados expresan que la CVD va a ser evaluada en las personas mayores empleando indicadores como la salud, habilidades funcionales, situación financiera, relaciones sociales, actividad física, servicios de atención sanitaria y social, comodidades en el propio hogar, satisfacción con la vida y oportunidades de aprendizaje y culturales.

Un factor determinante para la calidad de vida de las personas de edad es la recepción de apoyo social. El desgaste y deterioro en el funcionamiento conlleva la necesidad de ayuda por parte de terceras personas para poder continuar con la vida en el hogar. Mientras más apoyo posea el sujeto existe menos probabilidad de que se enferme.

Con respecto a las personas con discapacidad que envejecen, el entorno familiar y social que le proporciona los cuidados no han sido adaptados para ello es por esto que se vivencia una gran falta de apoyo.

CAPÍTULO 2

VEJEZ

2.1 BIOLOGÍA DE LA VEJEZ

Tal como lo explica De Febrer de los Ríos, A. y Soler Vila, A. (2004) la vejez esta caracterizada por un decrecimiento de los organismos vivos, que se produce como consecuencia de una disminución progresiva de las funciones vitales. Esta disminución se va haciendo más marcada con el paso del tiempo, como resultado de este proceso se puede observar:

- Una disminución en la capacidad de adaptabilidad, es decir que el organismo posee menos recursos para poder adaptarse al ambiente y a los cambios que se producen en el mismo; y para accionar frente a algún tipo de impacto producido por esto.
- Una disminución en la capacidad de respuesta, es decir que el mantenimiento de un buen funcionamiento corporal se hace complejo y la capacidad de respuesta frente a conflictos va decreciendo.¹⁵

2.1.1 MANIFESTACIONES DE LA VEJEZ

Con el paso del tiempo el funcionamiento del organismo va experimentando modificaciones las cuales se manifiestan a nivel interno y externo.

¹⁵ De Febrer de los Ríos, A. & Soler Vila, A. (2004). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. España: INDE Publicaciones, p. 46.

Internamente el organismo va sufriendo un desgaste que se produce de manera progresiva. Esto trae como consecuencia la disminución de las habilidades motrices, menor agilidad corporal y mental, dificultades respiratorias, complicaciones digestivas, detrimento perceptivo y sensorial, trastornos en el sueño, pérdida de memoria y disminuye la capacidad de aprender.

Externamente y a raíz de los cambios descritos anteriormente la imagen exterior también se modifica: el cuerpo pierde su firmeza, aparecen arrugas en la piel, la columna vertebral se curva, el caminar se vuelve más impreciso, hay pérdida dentaria y el cabello se torna blanco.

Cabe aclarar que el proceso de envejecimiento se manifiesta de manera diferente de un individuo a otro. Hay algunos sujetos que aceptan estos cambios y se adaptan a ellos, y otros que lo experimentan negativamente.

2.1.2 PARADIGMAS DEL DESARROLLO Y TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Como lo explican Vega, J. L. & Bueno, B. (2000) existen diferentes visiones del hombre y del mundo en relación a su desarrollo. Podemos encontrar diferentes paradigmas con respecto a estos modelos teóricos:

- **Paradigma Mecanicista:** el cual tiene como metáfora a la máquina, es decir que compara al ser humano con una máquina, asignándole un papel pasivo en su relación con el medio que lo rodea. La explicación de esta teoría en torno al comportamiento es mediante aspectos observables. En el organismo es en donde se acumulan los aprendizajes y en cuanto al desarrollo refiere que este se reduce al concepto de cambio, es por esto que conociendo los estímulos que producen y refuerzan los cambios es que se podrían programar estos cambios de la evolución.
- **Paradigma Organicista:** su metáfora es la del organismo vivo, en donde el sujeto participa activamente con su entorno y en la construcción de su realidad. El desarrollo se relaciona con una modificación de estructuras, las cuales se vuelven más diferenciadas en cada etapa del mismo. Según este modelo los cambios poseen solo una dirección, no pueden revertirse y se dirigen hacia una meta final.

- **Paradigma contextual:** que tiene como metáfora la de un suceso que se está realizando. Esta teoría explica el comportamiento a través de la interacción del individuo y su entorno, el cual es continuo. Resultado de esta interacción va a ser el envejecimiento. Dentro de este paradigma se encuentra el **enfoque dialéctico** cuya metáfora es la de la interacción dialogal. Esta perspectiva expone que en el desequilibrio y en la inestabilidad es en donde se origina lo nuevo y se produce el desarrollo. El desarrollo humano es un proceso multidimensional, multidireccional y los cambios que se producen son continuos.

En cuanto a las teorías del envejecimiento estos autores mencionan las siguientes:

- **Teorías Biológicas:**
 - **Bases genéticas del envejecimiento:** postula que la vida de los individuos esta determinada por procesos que se llevan a cabo en la célula o por un programa que habita en los genes. Además plantea la existencia de un límite máximo de vida de una especie el cual esta programado a nivel genético. Dicha programación se encuentra contenida en la información de las moléculas de ADN de la persona.
 - **Programación del crecimiento:** según otras teorías la información de los genes promueve el crecimiento y la reproducción. Una vez asegurada la supervivencia de la especie, el organismo ya no posee información genética y muere. Se expresa también que podría ser que el envejecimiento se produzca sólo en animales en cautiverio y en el ser humano.
 - **Acumulación de errores:** hace referencia a que con el paso del tiempo las células utilizan información errónea. El envejecimiento se puede considerar como el producto del cúmulo de cambios accidentales que se producen en la vida.
 - **Teoría de las interconexiones:** lo que postula este modelo es que hay ciertos lazos o conexiones entre moléculas celulares que son las causantes del envejecimiento.
 - **Los radicales libres:** esta teoría sostiene que hay radicales libres, es decir electrones sin aparearse que producen una disminución en la eficacia de la célula y como resultado de esto se van acumulando desechos. La acumulación de radicales libres va a dañar a la célula ocasionando el proceso de envejecimiento.
 - **El uso y el desgaste:** manifiesta que hay en el organismo un desgaste producido de manera natural que es lo que se observa en el envejecimiento. Más allá de esto hay ciertos aspectos como la actividad y el ejercicio que pueden prolongar la muerte.

- **Gerodinámica:** es una teoría del envejecimiento biológico en general y explica el mismo por una acumulación de desorden frente al orden. Dicho desorden es una fuerza, una energía negativa que produce el envejecimiento.
- **Teorías Fisiológicas:** estas teorías complementan a las biológicas y se basan en los múltiples cambios ocasionados en el organismo.
- **Teoría inmunológica:** dicho modelo explica que el sistema inmune puede perder su selectividad y comenzar a atacar a células normales del cuerpo y como consecuencia se produce un aumento en las enfermedades e infecciones.

2.2. PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ

2.2.1 FACTORES QUE INCIDEN EN EL ENVEJECIMIENTO

Existen diversas concepciones a cerca del proceso de envejecimiento y según quien las defina el enfoque sobre la vejez hará énfasis en lo social o en lo biológico.

Se pueden identificar diversos factores que intervienen en dicho proceso, de acuerdo con Vega, J. L., & Bueno, B.:

- Factores relacionados con la edad
- Factores relacionados con la historia y la cultura
- Factores aleatorios

2.2.2 FACTORES RELACIONADOS CON LA EDAD

Hace referencia a determinantes ambientales y biológicos que tienen consecuencias tanto madurativas como degenerativas, que se vinculan a la edad cronológica y que se manifiestan de la misma forma en todas las personas, aisladamente de su cultura o su generación.

En el proceso del envejecimiento el cuerpo experimenta una serie de modificaciones a nivel físico y biológico, las cuales conllevan a que el funcionamiento general del organismo cambie. Dichos cambios se presentan tanto en la apariencia física como en la capacidad de dar respuesta a las diferentes circunstancias que se le presentan al sujeto.

2.2.3 FACTORES RELACIONADOS CON LA HISTORIA Y LA CULTURA

Este tipo de factores se relaciona con determinantes históricos y bioculturales los cuales puede causar efectos a nivel continuo sobre los sujetos, tal como los efectos generacionales.

El término generación según Veja, J. L. & Bueno, B. hace referencia “al conjunto de personas que ha nacido en el mismo año del calendario”¹⁶. Debido a esto puede presumirse que las personas con una edad similar han experimentado los mismos hechos y estos les han afectado de la misma forma.

2.2.4 FACTORES ALEATORIOS

¹⁶ Vega, J. L. & Bueno, B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. España: Síntesis, p. 36

Hacen mención a sucesos biológicos, culturales y ambientales que se manifiestan de manera aleatoria en algunos sujetos, es decir que no se originan en la vida de todos los seres humanos y si esto sucede no se presentan de forma similar. A saber: el desempleo, enfermedades, circunstancias vitales.¹⁷

2.3 LOS TIEMPOS

2.3.1 EL TIEMPO FUNCIONAL

Se debe considerar a la vejez como un proceso único y diferente para cada persona, en donde se van a producir cambios paulatinos que ejercen diversos efectos o resultados en los sujetos con la misma edad cronológica.

Se pueden integrar los factores que influyen en la vejez a través del tiempo o de las edades funcionales, estas últimas se componen de una serie de dimensiones del comportamiento y funcionan como marcadores de ciclos a lo largo de la vida.

El tiempo funcional corresponde a una alternativa del tiempo físico, se refiere a la sincronización de los diversos niveles de funcionamiento del sujeto y del ambiente que lo circunda y de cómo esto va sufriendo modificaciones a lo largo de la vida.

¹⁷ Ibid., p. 35-36-37.

2.3.2 DIMENSIONES TEMPORALES

Se pueden distinguir diversas dimensiones temporales en el ser humano:

- **Tiempo biológico:** son los cambios ocasionados en el funcionamiento del organismo, estos se presentan con el paso del tiempo. Este tiempo es unidireccional y no se relaciona de manera lineal con el tiempo físico, puede suponer intervalos diferentes ya sea para un adulto o para un joven.
- **Tiempo psicológico:** apunta a la capacidad de adaptación de los sujetos a los requerimientos del ambiente en el que habita, esto confrontado con las demás personas con su misma edad cronológica u otras edades. Se encuentran tantas edades psicológicas como entornos que los humanos deban enfrentar, es decir que esta edad no es única.
- **Tiempo social:** conformado por el conjunto de estatus y roles los cuales va a adjudicarse el sujeto en su vida y sucesos de vital importancia que experimenta y que estructuran su existir. Cada sociedad o grupo de pertenencia va a estar constituido por expectativas y normas que constituyen esta edad social, a modo de ejemplo se puede citar la vestimenta, criterios morales, la toma de decisiones.

Dentro del tiempo social se puede incluir al **tiempo legal**, el cual se estaría refiriendo a los límites de la edad de los sujetos para poder ejercer determinados derechos y contraer ciertos deberes, como por ejemplo la edad laboral, la edad en la cual los individuos se jubilan.

2.4 EL DUELO

En todas las etapas de la vida los seres humanos atraviesan pérdidas, de las cuales se deben realizar los respectivos procesos de duelo, es decir la elaboración del mismo. Con esto se hace referencia a una separación del objeto que se perdió, retirando la libido en él depositada y así colocarla en nuevos objetos.

El duelo se lleva a cabo de manera paulatina y este será mayor o menor dependiendo de la relevancia que tenga el objeto que se perdió para el sujeto.

Se pueden distinguir diferentes fases dentro del proceso de duelo entre las que encontramos en una primera instancia una etapa en donde predominan conductas defensivas, de negación de la pérdida; posteriormente se comienza a experimentar una sensación de resignación y aceptación de la pérdida del objeto y esto posibilita que la libido se dirija hacia nuevos objetos.

Los adultos mayores experimentan en este momento vital diferentes pérdidas. Como por ejemplo:

- La pérdida del rol laboral: esto ocasiona un desequilibrio emocional ya que nos encontramos inmersos en una sociedad en donde se sobrevalora la actividad, la productividad y cuando el sujeto deja de trabajar se convierte en un ser pasivo que es excluido por el entorno.
- La pérdida de las amistades: con la jubilación, las relaciones establecidas con personas significativas como lo son los compañeros laborales se pierden. Esto va a producir que el sujeto se aisle progresivamente.
- La pérdida de la familia: se teme perder los vínculos familiares, esto se vincula con la internación de las personas adultas en geriátricos por parte de sus allegados.

Estas continuas pérdidas que sufre el individuo referidas a personas significativas, roles laborales y familiares producen angustia, vacío, sentimientos de soledad y abandono.

2.5 EL AUTOESTIMA

En párrafos anteriores se había hablado acerca de cómo la sociedad asociaba la vejez a la inutilidad, a la improductividad, lo que ocurre es que esta asociación comienza a ser aceptada por los adultos mayores, esto va a producir en ellos que se haga más dificultosa la aceptación del paso de los años. Todo este proceso va a causar una disminución de la propia estima y esto a su vez puede provocar dos actitudes diferentes: sentimientos de abandono, de indefensión o actitudes agresivas, las mismas son con la finalidad común de conseguir atención hacia el propio sujeto.

Al haberse disminuido ciertas capacidades durante esta etapa vital, resulta necesario la presencia de otros y esto no es asumido fácilmente, va a depender de la personalidad de cada individuo, más allá de esta situación se hace imprescindible la presencia de una red de contención para disminuir la angustia causada por el sentimiento de desamparo.

2.6 LA SEXUALIDAD EN LA VIDA ADULTA

Por lo general se tiene la creencia de que los adultos mayores no tienen vida sexual, esta no sólo se expresa por medio de la genitalidad sino que se puede manifestar a través de cariño, afecto, proximidad. Además estos pensamientos que vinculan la satisfacción de manera inmediata con lo sexual lleva a que aflore sentimientos de frustración y de descontento, y esto ocasiona la represión de la sexualidad.

Resulta de gran importancia que las personas mayores puedan aceptar su sexualidad, puedan desarrollarla y disfrutarla, así como también tener la posibilidad de acceder a lugares en donde experimentar la intimidad sea algo habitual.

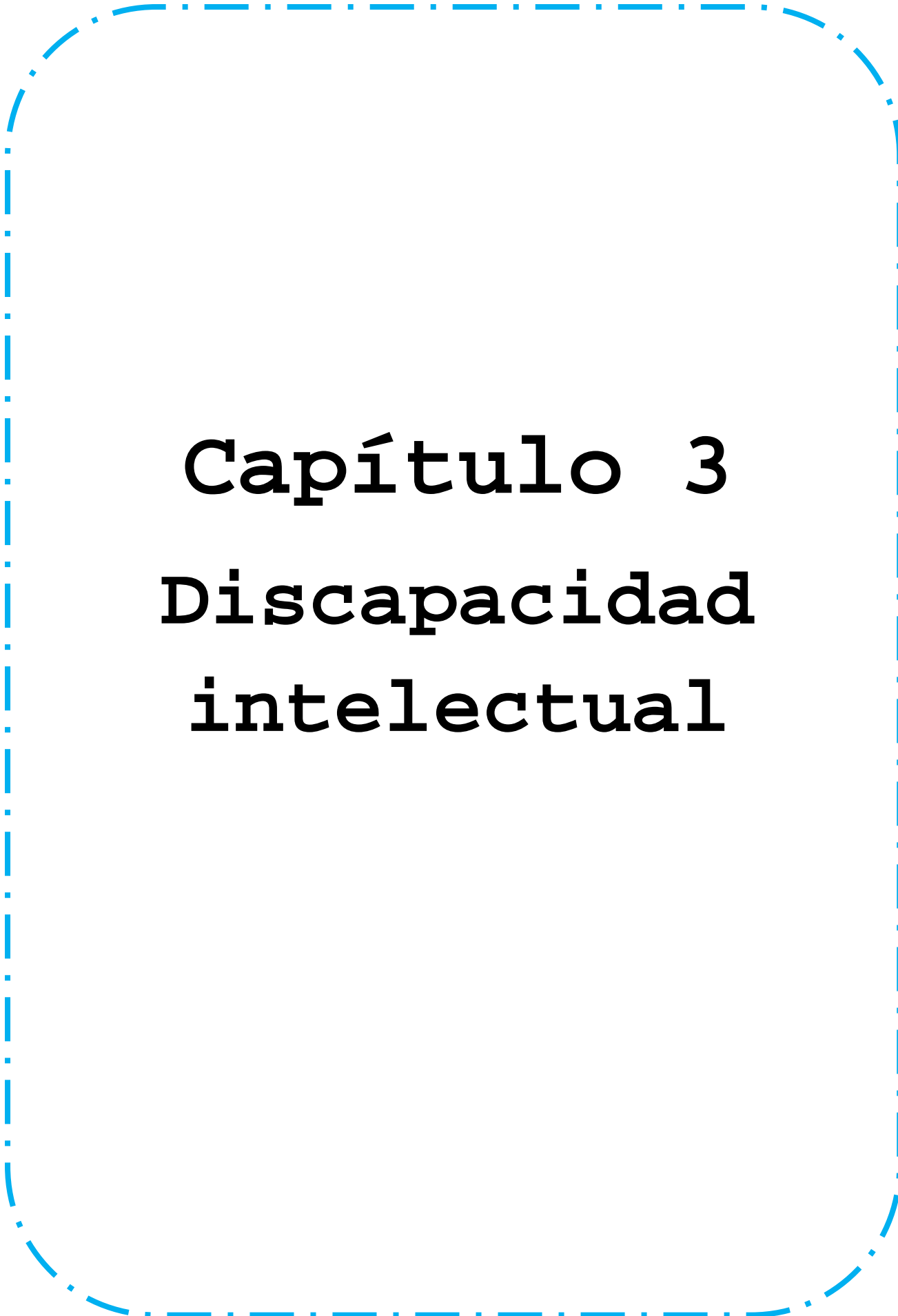
2.7 LA FAMILIA

En la actualidad han ido variando los vínculos establecidos con los mayores, debido a las modificaciones que la familia de la modernidad ha experimentado, el cambio producido en su estructura. El Estado e instituciones privadas son las encargadas de salvaguardar la vida de los ancianos. Hay ciertos factores como la distancia de un domicilio al otro, la falta de medios económicos y de espacio habitacional entre otros que ha derivado en el aislamiento del adulto mayor con respecto a su entorno familiar.

2.8 ÁMBITO LABORAL Y SOCIAL

Luego de atravesar la infancia y la adolescencia comienza el período laboral, el cual ocupa un lugar muy importante en la vida de los sujetos, se vincula directamente con su bienestar y con la satisfacción de necesidades.

Durante la vejez y con la jubilación del trabajo, el ocio y el tiempo libre adquieren vital relevancia, se tornan esenciales para la satisfacción personal. Son importantes aquellas actividades que se asocian al disfrute de la persona, como por ejemplo actividades turísticas, recreativas, culturales



Capítulo 3

Discapacidad intelectual

3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

3.1 DEFICIENCIA MENTAL Y SU EVOLUCIÓN CONCEPTUAL

Como lo exponen García Fernández, J. M., Pérez Cobacho, J. & Berruezo Adelantado, P. P. (2002) la significación de la deficiencia mental ha sufrido variaciones según la teoría dominante ya sea: psicométrica, biológica, cognitiva. Además en el área de la discapacidad se ha ido modificando la terminología en nombres, etiquetas, entre estos se pueden nombrar por ejemplo:

- **Referidos a personas con limitaciones psíquicas:** idiotas, imbeciles, débiles mentales, oligofrénicos.
- **Referidos a las personas con limitaciones físicas y/o sensoriales:** lisiados, impedidos, inútiles, inválidos, desvalidos, minusválidos.
- **Referidos al proceso de atención:** asistencia, prevención, reeducación, readaptación, rehabilitación, habilitación, tratamiento, educación.

Con respecto al retraso mental estos autores explican que a lo largo del tiempo se han dado tres tendencias:

- **Centradas en el aspecto social:** retrasado mental era el individuo que manifestaba una incompetencia para la satisfacción de las demandas de la vida.
- **Centradas en las habilidades cognitivas o mentales:** retrasado mental era la persona con una falta de una habilidad cognitiva general.
- **Centrada en el aspecto orgánico o biológico:** retrasado mental era el sujeto el cual poseía una patología orgánica.

3.2 RETRASO MENTAL

Se pueden mencionar diversas definiciones de retraso mental y criterios diagnósticos como por ejemplo los proporcionados por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y por último por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR).

3.2.1 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10)

Según la CIE-10 (1992, citada en García Fernández, J. M., Pérez Cobacho, J. & Berruezo Adelantado, P. P., 2005, 21) el retraso mental es definido “por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización”.

Continuando con la Clasificación Internacional de Enfermedades (1992, citada en García Fernández, J. M., Pérez Cobacho, J. & Berruezo Adelantado, P. P., 2005, 21) en el diagnóstico de una persona con retraso mental se deben tener en cuenta tres criterios fundamentales:

1. Para evaluar la inteligencia es importante considerar varias capacidades ya que puede haber un déficit en un área específica o una mayor capacidad en otra.
2. Para confirmar el diagnóstico debe haber un deterioro del rendimiento intelectual del individuo, lo que provocará un decremento de su capacidad de adaptación a las diversas circunstancias de la vida.

3. Para asignar a las personas a las diferentes categorías diagnósticas se administran individualmente test de inteligencia estandarizados y posteriormente se clasifica a los sujetos en función de su CI. Estas categorías son:

- **Retraso mental leve:** CI 50-69
- **Retraso mental moderado:** CI 35-49
- **Retraso mental grave:** CI 20-34
- **Retraso mental profundo:** CI < 20

3.2.2 MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM IV)

De acuerdo al DSM IV (citado en García Fernández, J. M., Pérez Cobacho, J. & Berruezo Adelantado, P. P., 2005, 21-24), el retraso mental “se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa. Se presentan códigos separados para retraso mental leve, moderado, grave y profundo, así como para el retraso mental de gravedad no especificada”. Plantea tres criterios y cinco categorías.

Los criterios diagnósticos son:

A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

B. Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales-interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los 18 años.

Las categorías son establecidas en función del nivel de afectación intelectual:

- **Retraso mental leve:** CI entre 50-55 y aproximadamente 70.
- **Retraso mental moderado:** CI entre 35-40 y 50-55.

- **Retraso mental grave:** CI entre 20-25 y 35-40.
- **Retraso mental profundo:** CI inferior a 20-25.
- **Retraso mental de gravedad no especificada:** cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

García Fernández, J. M., Pérez Cobacho, J. & Berruezo Adelantado, P. P. refieren que atendiendo a esta clasificación, las características de los sujetos que se incluyen en cada categoría son las siguientes¹⁸:

RETRASO MENTAL LEVE

1- Madurez y desarrollo:

- Presentan un retraso en el desarrollo, pero son educables.
- Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación.
- Manifiestan una adquisición tardía del lenguaje.
- Presentan un retardo mínimo en las áreas sensorio-motoras.
- Pueden pasar desapercibidos hasta edades adultas.

2- Educación y entrenamiento:

- Son capaces de alcanzar los objetivos educativos mínimos correspondientes al final de la enseñanza primaria (adquisición de la lectura, la escritura y el cálculo elemental) con adaptaciones curriculares y apoyos especializados.

3- Adaptación social y laboral:

- Pueden llegar a desenvolverse de manera independiente en su vida diaria y trabajar en empleos competitivos con un entrenamiento adecuado.
- En su vida adulta adquieren habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, necesitando asistencia, supervisión y orientación en situaciones de estrés social o económico.

¹⁸ García Fernández, J. M., Pérez Cobacho, J. & Berruezo Adelantado, P. P. (2005). *Discapacidad intelectual: desarrollo, comunicación e intervención*. Madrid: CEPE, p. 22-23-24.

RETRASO MENTAL MODERADO**1- Madurez y desarrollo:**

- Presentan un desarrollo motor mediano.
- Su capacidad de desarrollo social no es suficiente.
- Manifiestan lentitud en el desarrollo de la comprensión y uso del lenguaje.
- Pueden aprender a hablar y a comunicarse.

2- Educación y entrenamiento:

- Pueden aprender a leer y escribir de forma comprensiva con ayuda de apoyos especializados y adaptaciones curriculares significativas.
- Pueden aprender habilidades sociales y laborales con ayudas externas.

3- Adaptación social y laboral:

- Son capaces de aprender a cuidar de ellos mismos, aunque requieren la supervisión de otra persona en situaciones donde surgen problemas económicos.
- Pueden ser adiestrables en habilidades sociales y alcanzar un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás.
- Cuando llegan a adultos son capaces de realizar trabajos prácticos sencillos si están adecuadamente estructurados y si existe la supervisión de otra persona.

RETRASO MENTAL GRAVE:

1- Madurez y desarrollo:

- Presentan retraso en el desarrollo motor aunque su motricidad gruesa puede ser prácticamente normal.
- Tienen una escasa o ninguna habilidad de comunicación (lenguaje mínimo).
- Comprenden perfectamente órdenes sencillas.
- Presentan un buen lenguaje gestual. Pueden obtener gran ayuda si utilizan para comunicarse sistemas aumentativos de comunicación.
- Su deficiencia conlleva asociada algún problema físico.

2- Educación y entrenamiento

- Aunque reciban apoyos especializados, no aprenden a leer y escribir en forma comprensiva.
- Pueden entrenarse en hábitos de higiene. Son capaces de realizar por sí mismos las tareas de cuidado e higiene personal.

3- Adaptación social y laboral

- Dependen de otras personas en el desarrollo de sus actividades diarias, aunque no completamente.
- En la edad adulta son capaces de realizar tareas simples bajo la estrecha supervisión de alguna persona o institución.

RETRASO MENTAL PROFUNDO**1- Madurez y desarrollo**

- Presentan dificultades físicas asociadas. Suelen tener una o varias áreas con afectación grave.
- Manifiestan una capacidad mínima en las áreas sensorio-motoras.
- Presentan problemas de coordinación (motricidad gruesa afectada y dificultades para utilizar de forma funcional su motricidad fina).
- Comprenden órdenes sencillas y utilizan algunas veces monosílabos para comunicarse.
- Desarrollan una comunicación gestual pobre.

2- Educación y entrenamiento:

- Responde con muchas limitaciones al entrenamiento personal.

- Presentan un desarrollo motor mínimo.

3- Adaptación social y laboral:

- Requieren constante cuidado y supervisión en sus actividades diarias de autocuidado personal. Aunque pueden desarrollar algunas tareas de higiene personal, necesitan la supervisión de otra persona.
- No pueden valerse por sí mismos.
- Pueden alcanzar hábitos de cuidado personal muy limitados.

3.2.3 ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL (AAMR)

Continuando con García Fernández, J. M., Pérez Cobacho, J. & Berruezo Adelantado, P. P, ellos declaran que la AAMR ha modificado la definición de retraso mental diez veces, desde 1908 hasta 2002. Actualmente esta asociación también ha cambiado su nombre conjuntamente con la evolución de concepto, a mediados de los 80 pasó de llamarse Asociación Americana sobre Deficiencia Mental a Asociación Americana sobre Retraso Mental y en el 2002 volvió a modificarse a Asociación Americana de Discapacidad Intelectual. Y por estos días se está comenzando a utilizar el término discapacidad intelectual en vez de retraso mental.

Según la AAMR (2002, citada en el García Fernández, J. M., Pérez Cobacho, J. & Berruezo Adelantado, P. P., 2005, 25) el retraso mental es “una discapacidad caracterizada por unas limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa que se manifiestan en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad tiene su origen antes de los 18 años”.

Estos autores señalan que para la aplicación correcta de esta definición hay que tener en cuenta lo siguiente¹⁹:

- Las limitaciones que presenta el individuo en el funcionamiento actual tienen que ser consideradas en el contexto del ambiente social que corresponde a su edad y a su cultura.
- La valoración ha de considerar la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias a nivel comunicativo, sensorial, motor y conductual.

¹⁹ García Fernández, J. M., Pérez Cobacho, J. & Berruezo Adelantado, P. P., Op. Cit., p. 25.

- En cada individuo, a menudo, las limitaciones coexisten con aspectos positivos o habilidades normalizadas.
- Un propósito importante de la descripción de las limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
- Con los apoyos personalizados apropiados durante un período conveniente, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

CAPÍTULO 4
TRABAJO DE
CAMPO

4. TRABAJO DE CAMPO

4.1 MATERIALES

Para la elaboración de esta tesina los recursos utilizados fueron: la entrevista cerrada o dirigida y la “Escala Integral. Evaluación Objetiva y Subjetiva de la Calidad de Vida en Personas con Discapacidad Intelectual”, cuyo autor es: Verdugo Alonso, Miguel Ángel (2009).

Con respecto a la entrevista Bleger señala que:

Es un instrumento fundamental del método clínico y es, por lo tanto, una técnica de investigación científica de la psicología (...). La entrevista puede tener en sus múltiples usos una gran variedad de objetivos, como en el caso del periodista, jefe de empresa, director de escuela, maestro, juez, etc. Aquí nos interesa la entrevista psicológica, entendiendo por tal aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos (investigación, diagnóstico, terapia, etc.) (...). La entrevista puede ser de dos tipos fundamentales: abierta y cerrada. En la segunda, las preguntas ya están previstas, tanto como lo están el orden y la forma de plantearlas, y el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones. En la entrevista abierta, por el contrario, el entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para sus intervenciones, permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada caso particular. La entrevista cerrada es en realidad un cuestionario, que toma contacto estrecho con la entrevista en cuanto que un manejo de ciertos principios y reglas de la misma facilita y posibilita la aplicación del cuestionario (...). La entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado, mientras que la entrevista cerrada puede permitir una mejor comparación sistemática de datos, tanto como otras ventajas propias de todo método estandarizado.²⁰

En cuanto a la Escala Integral Verdugo Alonso, M. A., Gómez Sánchez, L. E., Arias Martínez, B. & Schalock, R. la describen como:

Un instrumento original e innovador que se dirige a evaluar la calidad de vida desde perspectivas objetivas y subjetivas en personas mayores de 18 años con discapacidades intelectuales y del desarrollo. La Escala se puede utilizar para aplicar el modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo y

²⁰ Bleger, J. (1984). *Temas de psicología (Entrevista y grupos)*. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, p. 9-10.

sirve como herramienta esencial para la evaluación y planificación de acuerdo con los indicadores de calidad de vida más relevantes para personas con discapacidad según la investigación.

Las prácticas profesionales deben dirigirse a evaluar las necesidades de apoyo de cada persona así como a confeccionar planes individuales de acuerdo a las preferencias e intereses de ellas. La Escala INTEGRAL puede ser una parte indispensable de este proceso ya que se puede utilizar para la mejora de la calidad de vida mediante la planificación individual centrada en la persona (PCP) y junto a otros instrumentos de evaluación de los apoyos. Se trata de un instrumento que recoge el esfuerzo y trabajo científico llevado a cabo en el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca durante cuatro años, prestando especial atención al rigor metodológico así como a la utilidad práctica de la escala en el ámbito de las organizaciones y de sus prácticas profesionales.

La Escala INTEGRAL proporciona información acerca de las áreas de vida más importantes de una persona desde la perspectiva del profesional y desde la perspectiva de la persona con discapacidad intelectual. De este modo, la escala permite confrontar ambas perspectivas y planificar programas más ajustados a las verdaderas necesidades de las personas con discapacidad intelectual. Con el objetivo de alcanzar este objetivo, el instrumento consta de las dos escalas que se describen a continuación. La Escala Objetiva: a) recoge aspectos observables y objetivos de calidad de vida; b) cuenta con un formato de respuesta objetivo (sí/no); y c) refleja la valoración de una persona externa, el profesional que trabaja con la persona con discapacidad y la conoce bien. La Escala Subjetiva: a) recoge aspectos subjetivos de calidad de vida; b) cuenta con un formato de respuesta subjetivo tipo Likert; y c) refleja la valoración y percepción de la propia persona con discapacidad

Ambas escalas cuentan con ítems cuyo contenido hace referencia a alguna de las ocho dimensiones propuestas en el modelo. En el apartado de corrección e interpretación, se ofrecen pautas para interpretar los resultados de la aplicación de la escala conforme a este modelo desde una perspectiva *cualitativa*. Cada escala ofrece, además, puntuaciones *cuantitativas* diferenciadas para varios factores relacionados con dichas dimensiones. Asimismo, cada escala proporciona un *Índice de Calidad de Vida*. Las puntuaciones obtenidas pueden representarse gráficamente en el *Perfil de Calidad de Vida* que se proporciona al final de la escala. De este modo, se facilita la interpretación de los resultados, así como el análisis de coincidencias y semejanzas entre las puntuaciones obtenidas en cada dimensión de las dos escalas.

La relevancia del instrumento para evaluar la calidad de vida de personas con discapacidad es manifiesta no solo a nivel nacional, sino también internacional. Son prueba de ello los procesos de adaptación y validación iniciados ya para su aplicación en otros países como Holanda (Verdugo, Arias, Gómez y van Loon, 2007), Bélgica, Portugal, Irlanda, Colombia, Argentina y Brasil.²¹

²¹ http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20921/informacion_escala_integral.pdf

4.2 MÉTODO

La metodología que se empleada en la investigación es de carácter cualitativo y cuantitativo, y el tipo de estudio es descriptivo ya que se van a describir situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. En este caso el objetivo es medir una serie de características de las personas con discapacidad: la calidad de vida y sus diferentes dimensiones, y a raíz de los resultado se pondrán describir diferentes fenómenos de interés como por ejemplo que indicadores aparecen más bajos para así poder realizar intervenciones individualizadas adecuadas, que apunten a cada necesidad en particular. Debido a la escasez de investigaciones con respecto a esta temática, también podemos considerar que la misma es de carácter exploratorio.

El tipo de diseño utilizado en esta investigación es un diseño transversal ya que se van a describir a las personas con discapacidad en un momento dado y se establecerán diferencias y semejanzas entre las variables que representen mayor importancia, sobre la base de una muestra de carácter no probabilístico intencional, la cual está conformada por doce sujetos. Es decir que los sujetos que componen la misma fueron elegidos intencionalmente dadas sus características que reúnen los requisitos de la investigación. La muestra esta integrada por adultos mayores, los cuales se encuentran institucionalizados desde hace aproximadamente 20 años en THADI, con discapacidad intelectual de leve a moderada, ya que los mismos deben poseer habilidades de comprensión y expresión para así poder dar respuesta a los ítems de la escala.

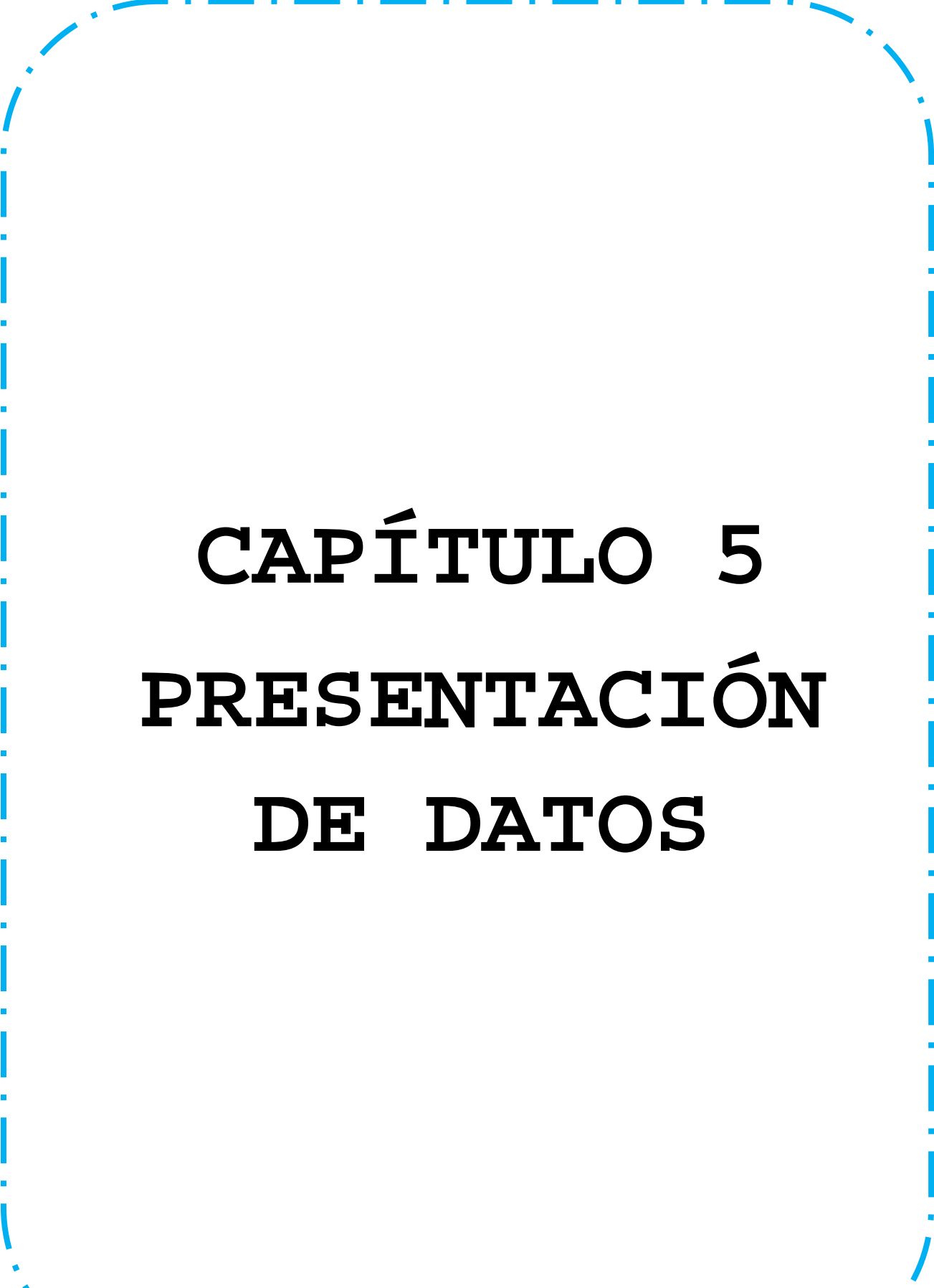
4.3 PROCEDIMIENTO

En las primeras instancias de la ejecución del trabajo de campo, para poder comenzar con la administración de las escalas, lo que se hizo fue acordar con la directora y la asistente de dirección de THADI el grupo de personas que conformarían la muestra de la investigación, teniendo siempre en cuenta las características que debían poseer las mismas.

Una vez reunidos los sujetos, se llamó a cada una de sus familias para pedir la autorización correspondiente para poder aplicar el cuestionario, cuando se tuvo la confirmación de cada uno, se procedió con el comienzo de la toma.

Antes de comenzar con la toma en sí, se les explicó a las personas con discapacidad y a los profesionales que responderían el test, en que consistía dicho proceso, los objetivos del mismo y su finalidad. De acuerdo a la disponibilidad de tiempos de cada una de las personas que componían la muestra, es que se fue administrando la escala.

Habiendo ya finalizado la aplicación, se dio comienzo al proceso de promediar los datos obtenidos para así posteriormente poder realizar el análisis y discusión de los mismos.



CAPÍTULO 5
PRESENTACIÓN
DE DATOS

5. PRESENTACIÓN DE DATOS

5.1 GRÁFICOS

5.1.1 GRÁFICOS A NIVEL INDIVIDUAL

SUJETO Nº 1:

Género: Masculino

Fecha de nacimiento: 14/4/1955

Nombre del profesional que completa el cuestionario: Nilda

Puesto de Trabajo: Auxiliar

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	7	12	75
INCLUSIÓN SOCIAL	2	9	37
BIENESTAR LABORAL	3	12	75
BIENESTAR MATERIAL	4	12	75
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	5	12	75
	Puntuación Directa Total (suma)	57	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	110	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	75

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVA

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80						112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	30	14	91
INCLUSIÓN SOCIAL	29	13	84
BIENESTAR LABORAL	15	12	75
BIENESTAR MATERIAL	36	14	91
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	28	13	84
BIENESTAR FAMILIAR	7	5	5
	Puntuación Directa Total (suma)	71	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	112	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	78

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	RES	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80							111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

- SUJETO Nº 2:

Género: Masculino

Fecha de nacimiento: 2/7/1965

Nombre del profesional que completa el cuestionario: Nilda

Puesto de Trabajo: Auxiliar

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	7	12	75
INCLUSIÓN SOCIAL	2	9	37
BIENESTAR LABORAL	3	12	75
BIENESTAR MATERIAL	4	12	75
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	5	12	75
	Puntuación Directa Total (suma)	57	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	110	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	75

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80						112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	28	13	84
INCLUSIÓN SOCIAL	29	13	84
BIENESTAR LABORAL	16	13	84
BIENESTAR MATERIAL	36	14	91
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	28	18	84
BIENESTAR FAMILIAR	3	1	<1
	Puntuación Directa Total (suma)	67	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	108	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	69

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AI	IS	PI	BM	PEE	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80							111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

- SUJETO Nº 3:
 Género: Femenino
 Fecha de nacimiento: 15/10/1955
 Nombre del profesional que completa el cuestionario: Gladys
 Puesto de Trabajo: Auxiliar

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	6	11	63
INCLUSIÓN SOCIAL	3	12	75
BIENESTAR LABORAL	3	12	75
BIENESTAR MATERIAL	3	9	37
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	5	12	75
	Puntuación Directa Total (suma)	56	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	110	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	74

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80	12	12	12	12	12	112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	26	11	63
INCLUSIÓN SOCIAL	26	11	63
BIENESTAR LABORAL	15	12	75
BIENESTAR MATERIAL	32	11	63
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	23	9	37
BIENESTAR FAMILIAR	11	11	63
	Puntuación Directa Total (suma)	65	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	105	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	64

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80	13	13	13	13	13	13	111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

SUJETO Nº 4:

Género: Femenino

Fecha de nacimiento: 29/8/1958

Nombre del profesional que completa el cuestionario: Gladys

Puesto de Trabajo: Auxiliar

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	2	6	9
INCLUSIÓN SOCIAL	3	12	75
BIENESTAR LABORAL	3	12	75
BIENESTAR MATERIAL	2	7	16
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	2	4	2
	Puntuación Directa Total (suma)	41	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	85	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	17

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80						112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	26	11	63
INCLUSIÓN SOCIAL	28	12	75
BIENESTAR LABORAL	16	13	84
BIENESTAR MATERIAL	36	14	91
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	28	13	84
BIENESTAR FAMILIAR	10	10	50
	Puntuación Directa Total (suma)	73	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	114	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	82

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AU	IS	RI	BM	BFE	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80	12	12	12	12	12	12	111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70	11	11	11	11	11	11	107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60	10	10	10	10	10	10	103-104	60
55	10	10	10	10	10	10	102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45	9	9	9	9	9	9	98-99	45
40	9	9	9	9	9	9	96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30	8	8	8	8	8	8	92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20	7	7	7	7	7	7	86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

- SUJETO Nº 5:
 Género: Femenino
 Fecha de nacimiento: 8/7/1950
 Nombre del profesional que completa el cuestionario: Gladys
 Puesto de Trabajo: Auxiliar

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	4	9	37
INCLUSIÓN SOCIAL	3	12	75
BIENESTAR LABORAL	1	6	9
BIENESTAR MATERIAL	2	7	16
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	5	12	75
	Puntuación Directa Total (suma)	46	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	94	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	36

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80						112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55	10	10	10	10	10	102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	29	14	91
INCLUSIÓN SOCIAL	26	11	63
BIENESTAR LABORAL	16	13	84
BIENESTAR MATERIAL	35	13	84
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	25	11	63
BIENESTAR FAMILIAR	1	13	84
	Puntuación Directa Total (suma)	75	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	116	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	86

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80							111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

- SUJETO Nº 6:
 Género: Masculino
 Fecha de nacimiento: 6/12/1955
 Nombre del profesional que completa el cuestionario: Viviana
 Puesto de Trabajo: Terapeuta

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	6	11	63
INCLUSIÓN SOCIAL	3	12	75
BIENESTAR LABORAL	3	12	75
BIENESTAR MATERIAL	3	9	37
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	2	4	2
	Puntuación Directa Total (suma)	48	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	98	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	44

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80						112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	27	12	75
INCLUSIÓN SOCIAL	30	14	91
BIENESTAR LABORAL	15	12	75
BIENESTAR MATERIAL	32	11	63
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	25	11	63
BIENESTAR FAMILIAR	5	3	1
	Puntuación Directa Total (suma)	63	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	103	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	58

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80							111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

- SUJETO Nº 7:
 Género: Masculino
 Fecha de nacimiento: 29/9/1945
 Nombre del profesional que completa el cuestionario: Silvana
 Puesto de Trabajo: Terapeuta

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	6	11	63
INCLUSIÓN SOCIAL	3	12	75
BIENESTAR LABORAL	2	9	37
BIENESTAR MATERIAL	4	12	75
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	2	4	2
	Puntuación Directa Total (suma)	48	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	98	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	44

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80		12		12		112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70	11					108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40			9			96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	32	15	95
INCLUSIÓN SOCIAL	27	11	63
BIENESTAR LABORAL	15	12	75
BIENESTAR MATERIAL	34	12	75
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	28	13	84
BIENESTAR FAMILIAR	10	10	50
	Puntuación Directa Total (suma)	73	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	114	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	82

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80							111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

- SUJETO Nº 8:
 Género: Masculino
 Fecha de nacimiento: 3/10/1963
 Nombre del profesional que completa el cuestionario: Maximiliano
 Puesto de Trabajo: Psicólogo

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	8	14	91
INCLUSIÓN SOCIAL	3	12	75
BIENESTAR LABORAL	3	12	75
BIENESTAR MATERIAL	4	12	75
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	3	7	16
	Puntuación Directa Total (suma)	57	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	110	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	75

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80						112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	28	13	84
INCLUSIÓN SOCIAL	31	15	95
BIENESTAR LABORAL	16	13	84
BIENESTAR MATERIAL	36	14	91
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	27	12	75
BIENESTAR FAMILIAR	11	11	63
	Puntuación Directa Total (suma)	78	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	120	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	91

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80							111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

- SUJETO Nº 9:
 Género: Masculino
 Fecha de nacimiento: 14/9/1951
 Nombre del profesional que completa el cuestionario: Silvana
 Puesto de Trabajo: Terapeuta

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	7	12	75
INCLUSIÓN SOCIAL	3	12	75
BIENESTAR LABORAL	3	12	75
BIENESTAR MATERIAL	4	12	75
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	5	12	75
	Puntuación Directa Total (suma)	60	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	116	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	85

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80						112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	30	14	91
INCLUSIÓN SOCIAL	28	12	75
BIENESTAR LABORAL	14	10	50
BIENESTAR MATERIAL	33	12	75
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	28	13	84
BIENESTAR FAMILIAR	11	11	63
	Puntuación Directa Total (suma)	72	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	113	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	80

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80							111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

- SUJETO Nº 10:
 Género: Masculino
 Fecha de nacimiento: 23/3/51
 Nombre del profesional que completa el cuestionario: Silvana
 Puesto de Trabajo: Terapeuta

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	7	12	75
INCLUSIÓN SOCIAL	3	12	75
BIENESTAR LABORAL	3	12	75
BIENESTAR MATERIAL	4	12	75
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	4	10	50
	Puntuación Directa Total (suma)	58	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	113	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	80

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80						112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	30	14	91
INCLUSIÓN SOCIAL	28	12	75
BIENESTAR LABORAL	16	13	84
BIENESTAR MATERIAL	35	13	84
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	26	12	75
BIENESTAR FAMILIAR	10	10	50
	Puntuación Directa Total (suma)	74	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	115	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	84

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80							111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

- SUJETO Nº 11:
 Género: Masculino
 Fecha de nacimiento: 5/11/1948
 Nombre del profesional que completa el cuestionario: Silvana
 Puesto de Trabajo: Terapeuta

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	4	9	37
INCLUSIÓN SOCIAL	3	12	75
BIENESTAR LABORAL	3	12	75
BIENESTAR MATERIAL	3	9	37
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	5	12	75
	Puntuación Directa Total (suma)	54	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	107	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	67

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80						112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	32	15	95
INCLUSIÓN SOCIAL	31	15	95
BIENESTAR LABORAL	16	13	84
BIENESTAR MATERIAL	32	11	63
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	28	13	84
BIENESTAR FAMILIAR	9	8	25
	Puntuación Directa Total (suma)	75	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	116	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	86

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80							111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

- SUJETO Nº 12:
 Género: Masculino
 Fecha de nacimiento: 17/3/1950
 Nombre del profesional que completa el cuestionario: Maximiliano
 Puesto de Trabajo: Psicólogo

ESCALA OBJETIVA: PROFESIONALES

RESUMEN PUNTUACIONES OBJETIVAS

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	4	9	37
INCLUSIÓN SOCIAL	3	12	75
BIENESTAR LABORAL	1	6	9
BIENESTAR MATERIAL	4	12	75
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	5	12	75
	Puntuación Directa Total (suma)	51	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	101	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	52

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVO

Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	>120	95
90	14	14	14	14	14	118-120	90
85	13	13	13	13	13	115-117	85
80						112-114	80
75	12	12	12	12	12	110-111	75
70						108-109	70
65	11	11	11	11	11	106-107	65
60						104-105	60
55						102-103	55
50	10	10	10	10	10	100-101	50
45						98-99	45
40						96-97	40
35	9	9	9	9	9	93-95	35
30						91-92	30
25	8	8	8	8	8	89-90	25
20						86-88	20
15	7	7	7	7	7	83-85	15
10	6	6	6	6	6	79-82	10
5	5	5	5	5	5	71-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

ESCALA SUBJETIVA: PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

RESUMEN PUNTUACIONES SUBJETIVAS

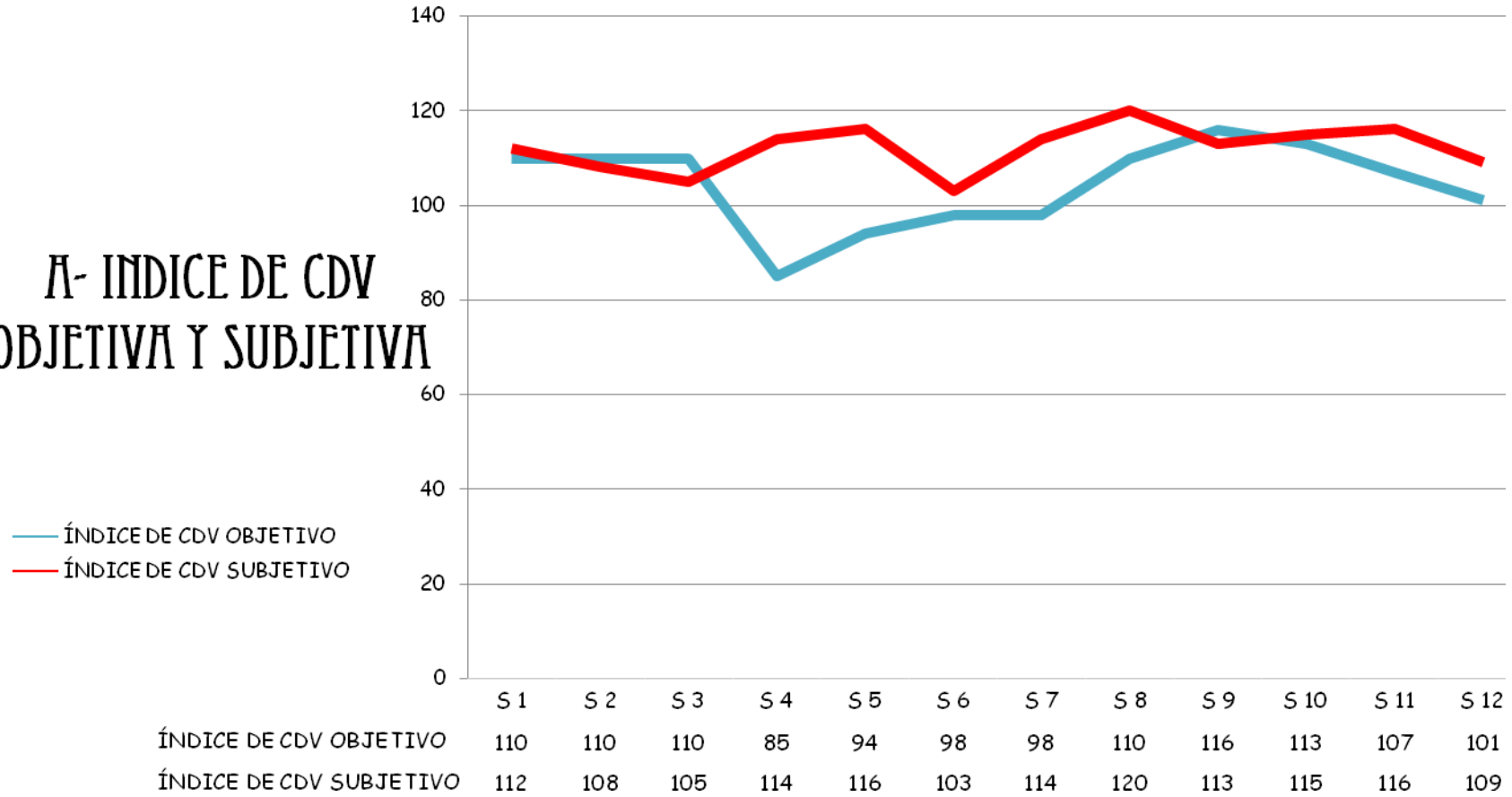
DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones Estándar	Percentiles de las Dimensiones
AUTODETERMINACIÓN	28	13	84
INCLUSIÓN SOCIAL	29	13	84
BIENESTAR LABORAL	14	10	50
BIENESTAR MATERIAL	33	12	75
BIENESTAR EMOCIONAL Y FÍSICO	24	10	50
BIENESTAR FAMILIAR	10	10	50
	Puntuación Directa Total (suma)	68	
	Índice de Calidad de Vida (Puntuación Estándar Compuesta)	109	
		Percentil del índice de Calidad de Vida	73

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVO

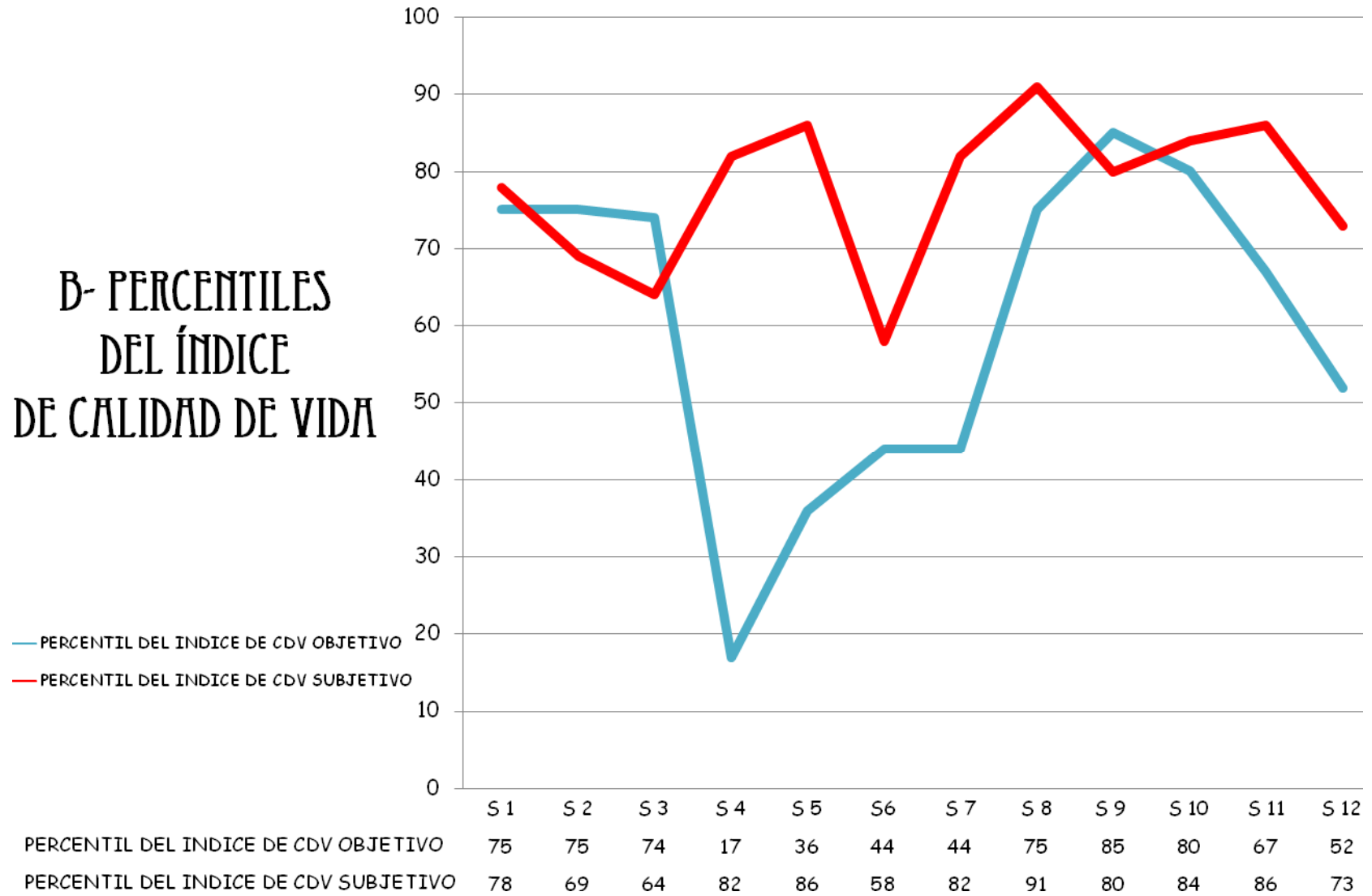
Percentil	AU	IS	BL	BM	BEF	BFAM	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>125	99
95	15	15	15	15	15	15	122-125	95
90	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80							111-114	80
75	12	12	12	12	12	12	109-110	75
70							107-108	70
65	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60							103-104	60
55							102	55
50	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45							98-99	45
40							96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30							92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20							86-89	20
15	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<70	1

5.1.2 GRÁFICOS A NIVEL
GENERAL

**A- ÍNDICE DE CDV
OBJETIVA Y SUBJETIVA**

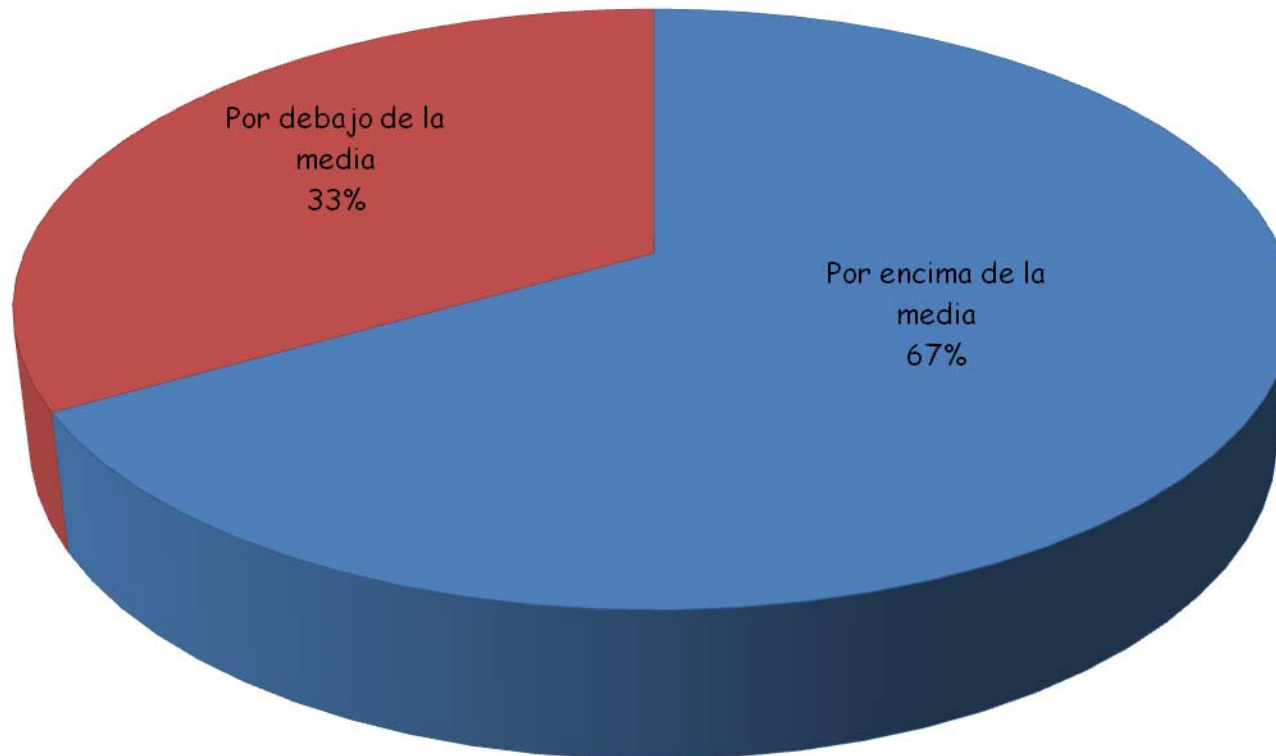


B- PERCENTILES DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA



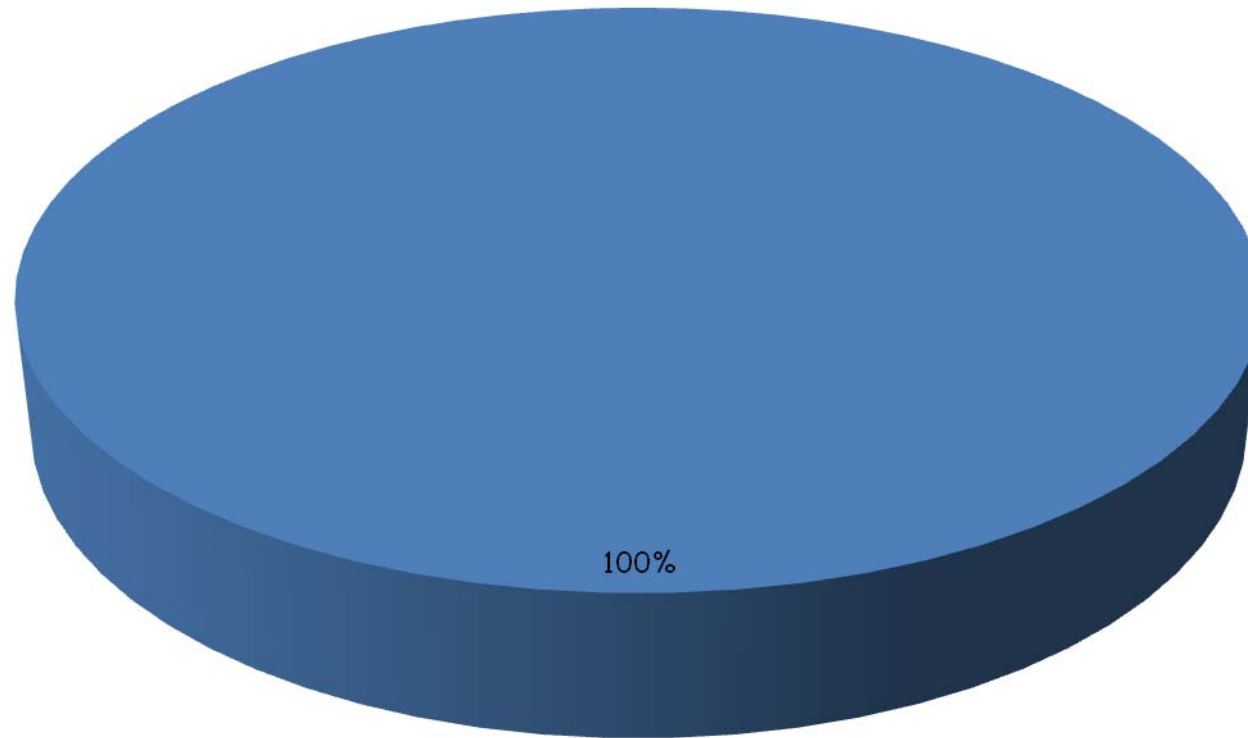
C- ÍNDICE Y PERCENTILES DE CDV OBJETIVA

■ POR ENCIMA DE LA MEDIA ■ POR DEBAJO DE LA MEDIA



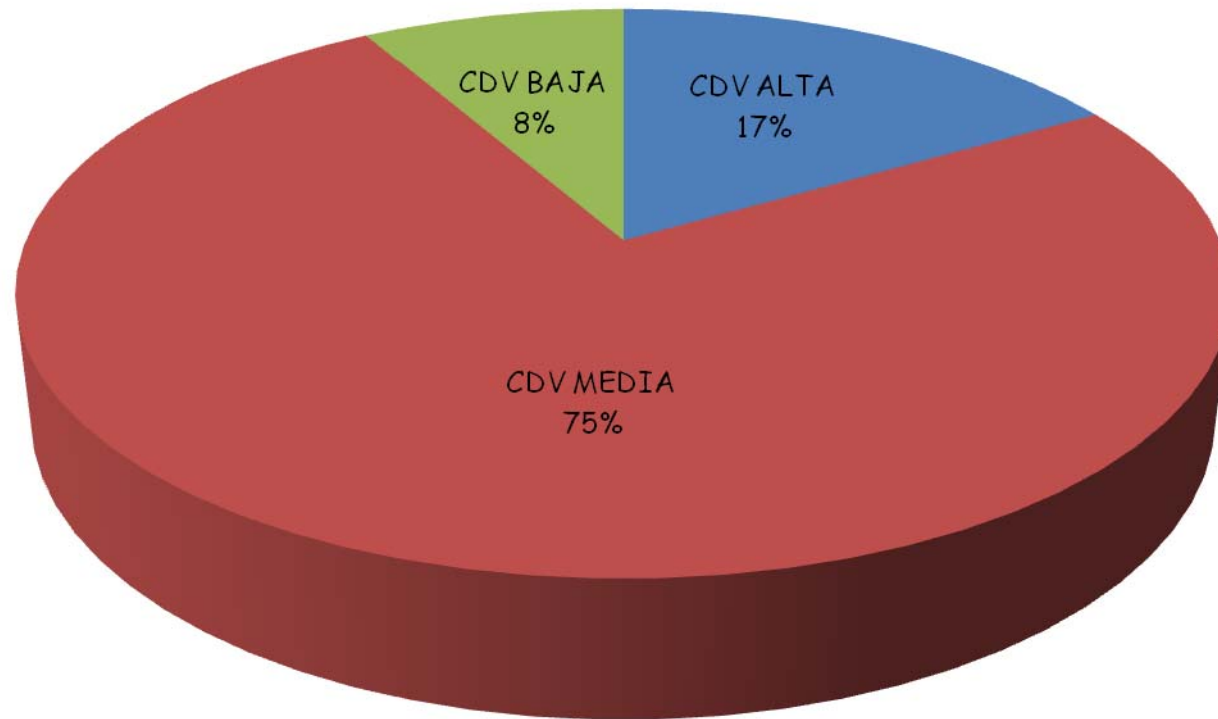
D- ÍNDICE Y PERCENTILES DE CVD SUBJETIVA

■ POR ENCIMA DE LA MEDIA ■ POR DEBAJO DE LA MEDIA



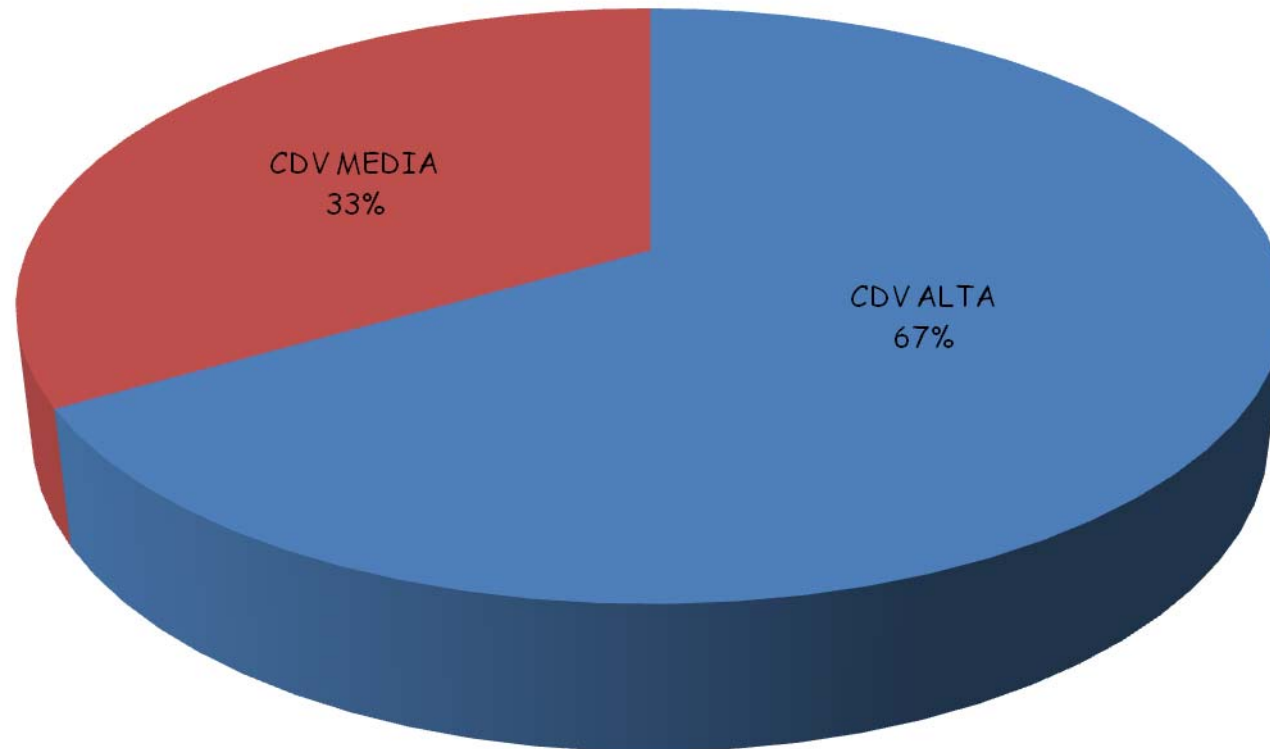
E- ÍNDICE DE CDV OBJETIVA

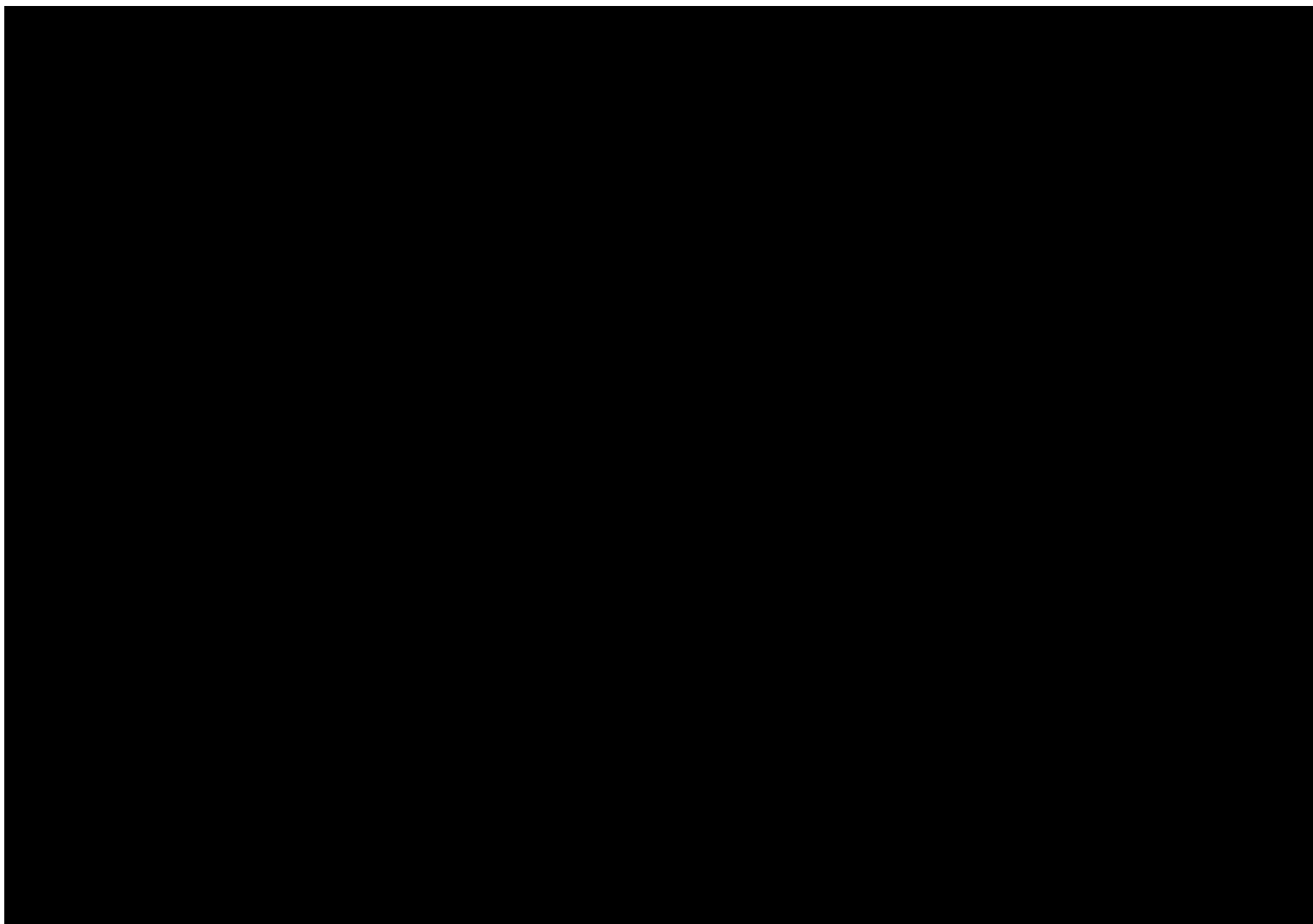
■ CDV ALTA (>120 - 111) ■ CDV MEDIA (110 - 90) ■ CDV BAJA (89 - <71)



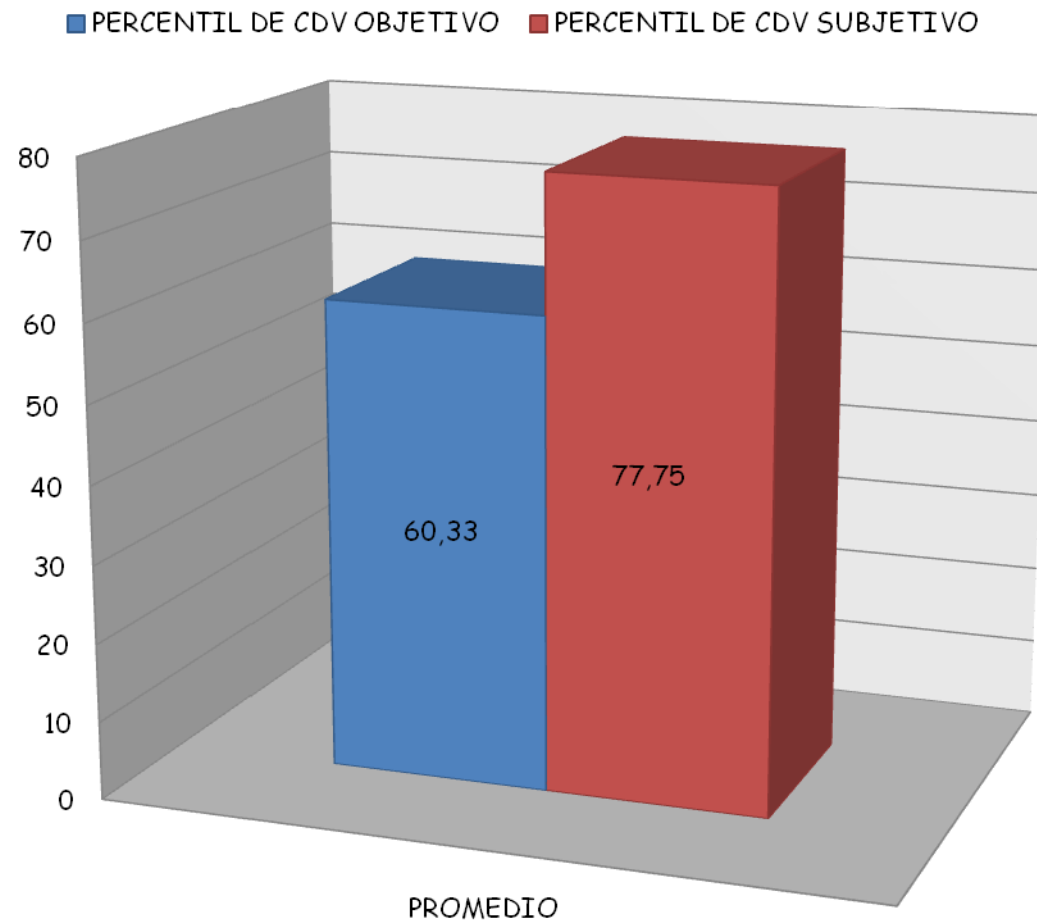
F- ÍNDICE DE CDV SUBJETIVA

■ CDV ALTA (>125 - 111) ■ CDV MEDIA (110 - 90) ■ CDV BAJA (89 - <70)

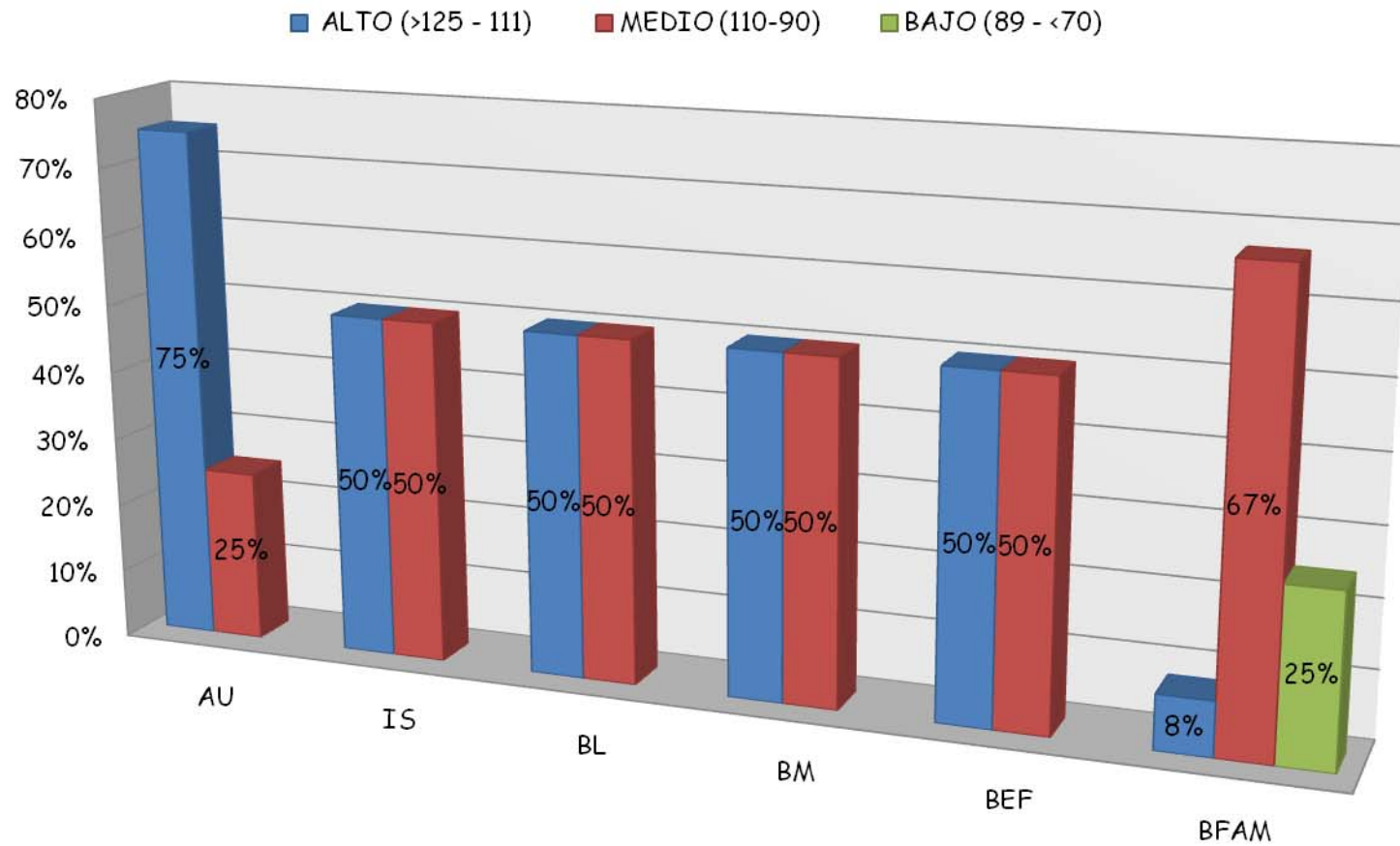




H- PROMEDIO DE LOS PERCENTILES DE CDV OBJETIVA Y SUBJETIVA



J- PORCENTAJE DE LAS DIMENSIONES DE CDV SUBJETIVA



5.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS

En cuanto a los gráficos a nivel general, lo que se puede observar en los gráficos A, B y C es que tanto el índice de CDV objetiva como los percentiles de CDV objetiva se encuentran por encima de la media en un 67% y por debajo en un 33%, teniendo en cuenta que la distribución media es de 100 en el caso del índice de CDV y en el caso de los percentiles de 50. Lo que diferencia al índice de CDV objetivo y los percentiles de CDV objetivo de los subjetivos (gráfico D), es que los datos de estos últimos se encuentran por encima de la media en su totalidad.

En el gráfico E lo que se vislumbra es el porcentaje de sujetos de la muestra que tienen un nivel de CDV objetiva alto, medio o bajo. En primer lugar el 17% de los individuos obtuvo una CDV alta (>120 – 111), en segundo lugar el 75% obtuvo una CDV media (110 – 90), y por último el 8% de la muestra obtuvo una CDV baja (89 - <71).

Con respecto al gráfico F se muestra el porcentaje de sujetos con un nivel de CDV subjetiva alto, medio o bajo. Aquí el 67% de los individuos alcanzó un nivel de CDV alto (>125 – 111) y el restante 33% alcanzó un nivel de CDV medio (110 – 90) y no se observó CDV en un nivel bajo (89 - <70).

En el gráfico G se encuentra representado el promedio del índice de CDV objetiva y subjetiva del total de la población que compone la muestra. El promedio del índice de CDV objetiva fue de 104,33 y el del índice de CDV subjetiva de 112,1. Con estos datos podemos decir que ambos se encuentran por encima de la media estadística (100), también se puede observar que representa una CDV media en el caso del promedio obtenido en el índice objetivo y una CDV alta en el caso del promedio del índice subjetivo.

Al igual que en el gráfico anterior, en el gráfico H se calculó el promedio en este caso de los percentiles de CDV objetiva y subjetiva. En el primero se alcanzó un 60,33 y en el segundo un 77,75. En ambos casos se supera la media (50).

En los gráficos I y J se puede observar la representación de los porcentajes de las dimensiones que componen la CDV objetiva y subjetiva.

En el gráfico I, el porcentaje de individuos con una autodeterminación (AU) alta (>120 – 111) es del 25%, con una AU media (110 – 90) es del 67% y con una AU baja (89 - <71) es del 8%. En el caso de la inclusión social (IS), el porcentaje de sujetos con IS alta es del 17% y el porcentaje de sujetos con IS media es del 83%. En el bienestar laboral (BL) el porcentaje de individuos con BL alto es del 17%, con BL medio es del 67% y con BL bajo es del 16%. El bienestar materia (BM) alto está representado por el 17% de los sujetos, el medio por el 67% y

el bajo por un 16%. Y por último el bienestar emocional y físico alto esta representado por el 8% de los individuos, el medio por un 59% y el bajo por el 33%.

En el gráfico J, el porcentaje de individuos con una autodeterminación (AU) alta (>125 – 111) es del 75%, con una AU media (110 – 90) es del 25% y la AU baja (89 - <70) no se encontró representada. En la inclusión social (IS), el porcentaje de sujetos con IS alta es del 50% y el porcentaje de sujetos con IS media es del 50%. En el bienestar laboral (BL) el porcentaje de individuos con BL alto es del 50%, con BL medio es del 50%. El bienestar material (BM) alto esta representado por el 50% de los sujetos y el medio por el 50%. El bienestar emocional y físico alto esta representado por el 50% de los individuos y el medio por un 50%. Y finalmente el bienestar familiar (BFAM) alto esta compuesto por el 8% de los sujetos, el medio por el 67% y el bajo por el 25%.

5.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como se puede observar en los gráficos elaborados, lo más relevante es la diferencia que se manifiesta entre la CDV subjetiva y la objetiva, aquí la CDV subjetiva es superior a la objetiva, esto reflejaría que las personas con discapacidad intelectual perciben su CDV más alta de lo que la perciben los observadores externos, en este caso los profesionales que respondieron a la escala. Esto podría estar ocasionado por la situación de institucionalización en la que se encuentran los sujetos de la muestra, con esto se quiere decir que los individuos al estar habitando un entorno cerrado y más bien aislados de la sociedad no experimentan algunas circunstancias vitales como pueden ser la crítica, la discriminación, provenientes de un mundo globalizado en donde lo que se considera valorable y deseado, como por ejemplo el éxito, puede ser diferente a lo que valoran y desean los sujetos que conforman la investigación. No se puede afirmar que estos hechos sean exclusivamente provocados por la institucionalización o por el grado de retraso mental de las personas que residen en la institución, esta podría ser un área de interés para posteriores investigaciones.

En cuanto a los resultados alcanzados en la escala objetiva de CDV se puede advertir que las dimensiones que alcanzaron mayor porcentaje en relación a un nivel alto de CDV fueron: la autodeterminación (AU), seguida de la inclusión social (IS), el bienestar laboral (BL), el bienestar material (BM) y por último el bienestar emocional y físico (BEF). Con un nivel de CDV medio encontramos como porcentaje más elevado a la inclusión social, luego a la autodeterminación, el bienestar laboral, el bienestar material y el bienestar emocional y físico.

Este marcado incremento de la inclusión social podría estar dado por el grado de institucionalización antes descrito, al estar viviendo en un contexto acotado, los individuos pierden el contacto con la sociedad y por ende la exclusión no los estaría afectando, pero como se dijo también se debe considerar el tipo de retraso mental existente a la hora de poder discernir entre situaciones de aceptación y rechazo. Dentro de los porcentajes correspondientes a un nivel bajo de CDV encontramos en primer lugar el bienestar emocional y físico, luego el bienestar material, el bienestar laboral y por último la autodeterminación. Si se hace referencia al bienestar físico y emocional cabe resaltar que los sujetos de la muestra son adultos mayores en los cuales el retraso mental va asociado a la vejez, con el deterioro de las funciones que esta conlleva, por lo tanto este bienestar a nivel corporal puede estar en disminución por esta etapa vital que se está atravesando, con sus normales cambios en el cuerpo, en la mente y en las emociones. Con respecto al bienestar material, en algunos casos el dinero de los residentes es administrado por sus familias, esto deriva en que se vea dificultada la propia decisión acerca de que hacer con las pensiones que reciben, y esto también afectaría la autodeterminación. En el bienestar laboral, como se mencionó anteriormente los sujetos son adultos mayores por lo que el deterioro funcional que se presenta en la mayoría de ellos podría producir una disminución en la motivación de los sujetos para ejecutar labores de tipo motriz e intelectual. Por último encontramos la autodeterminación, en donde si bien no hay gran porcentaje de sujetos dentro del nivel bajo de CDV, una explicación que podemos encontrar a su déficit es que casi la totalidad de la muestra posee un retraso mental moderado por lo que muchas de sus necesidades y acciones deben ser satisfechas y guiadas por un profesional o auxiliar, lo que produciría una disminución de las conductas autodeterminadas y así también en las propias decisiones.

Pasando a la escala subjetiva de CDV se observa que las dimensiones con porcentajes mayores correspondientes a niveles de CDV altos fueron: la autodeterminación, la inclusión social, el bienestar laboral, el bienestar material, el bienestar emocional y físico, y finalmente el bienestar familia (BFAM). Con nivel de CDV medio se encuentra como mayor porcentaje: el bienestar familiar, el bienestar material, el bienestar laboral, la inclusión social y por último la autodeterminación. Como se observa hay un alto porcentaje de la muestra con una autodeterminación elevada esto reflejaría que en general los sujetos de la investigación pueden decidir por sí mismo y elegir aquellas cosas que desean y quieren realizar, pueden decidir que hacer en sus tiempos de ocio y elegir a las personas con las que desean estar.

En torno a los porcentajes correspondientes a un bajo nivel de CDV encontramos al bienestar familiar, si bien el porcentaje más elevado corresponde al nivel medio de CDV, se podría explicar este porcentaje bajo como proveniente de aquellas personas que no poseen familia, ya sea por fallecimientos o abandonos, debemos tener en consideración que la edad cronológica de los individuos de la muestra abarca de los 40 a los 70 años aproximadamente por lo que muchos de ellos ya no poseen familiares directos.

En relación a las diferencias que se pueden observar entre los resultados obtenidos en las dimensiones de la CDV objetiva y subjetiva se puede hacer referencia a:

- **Autodeterminación:** vemos que en la escala objetiva el mayor porcentaje se encuentra en el nivel medio y en la escala subjetiva el porcentaje más elevado se encuentra en el nivel alto de CDV. Esta discrepancia podría deberse a que algunas de las conductas de los sujetos pueden considerarse como autodeterminadas, por ejemplo la decisión en cuanto a la realización de actividades que les resulten interesantes y que son más afines a cada personalidad, la elección del quehacer en los momentos de ocio; pero también hay otras conductas que no posibilitan el propio accionar de los sujetos, en este caso se puede poner como ejemplo el orden y la limpieza de las habitaciones, ya que hay personal de maestranza encargado de este tipo de trabajo. Se debe tener en cuenta que con este último ejemplo no se quiere decir que los individuos no puedan ejecutar este tipo de labores, sino que es por cuestiones provenientes de la institución en sí.
- **Inclusión Social:** ya se hizo mención a cerca de esta dimensión, como se explicaba el grado de institucionalización experimentado por los sujetos podría ser la explicación de la percepción de un alto nivel de inclusión por parte de los mismos. También hay que tener en cuenta el tipo de retraso mental y la capacidad de discriminación y discernimiento de la muestra en torno a actitudes de crítica y menosprecio.
- **Bienestar Laboral:** podemos observar un porcentaje más elevado de bienestar laboral en el nivel alto de CDV en la escala subjetiva esto se podría producir por el nivel de discapacidad de los sujetos ya que en casi la totalidad de los casos se recalcan sólo relaciones en donde predomina la armonía y el afecto en los momentos que se encuentran en el aula y a nivel general no pueden ser distinguidas por completo las situaciones de conflicto o pelea. A diferencia de los profesionales que conviven permanentemente con ellos y tienen gran conocimiento de todo lo que sucede.
- **Bienestar Material:** aquí también se observa un mayor porcentaje de bienestar material en el nivel alto de CDV en la escala subjetiva, esto podría deberse a la perspectiva diferente que se tiene en cuanto a lo que se considera valioso para las personas con discapacidad de la muestra y para los profesionales. El dinero en este caso puede ser percibido como algo valorable para algunos pero para otros puede ser algo que no resulta indispensable y sientan bienestar sólo teniendo las necesidades básicas satisfechas.
- **Bienestar Emocional y Físico:** se refleja en esta dimensión un porcentaje elevado dentro del nivel bajo de CDV en la escala objetiva a diferencia de la subjetiva. Como causa de esto se podría inferir que la poca consciencia de enfermedad en el caso de algunos sujetos no permitiría la plena constancia y recuerdo de todas aquellas situaciones en las que no se sintieron del todo bien a nivel corporal y emocional, a diferencia de los profesionales a cargo los cuales deben dejar asentado cualquier tipo de malestar.

- Bienestar Familiar: esta dimensión sólo pertenece a la escala subjetiva de calidad de vida ya que muchos de los profesionales no tienen conocimientos de la misma o las respuestas que brindan no son demasiado fiables a cerca de las relaciones de familia. Pero podemos ver que hay un porcentaje alto de sujetos que tienen bienestar familiar en el nivel bajo de CDV, como se dijo la población encuestada comprende un rango etario que supera los 40 años, por lo que los familiares directos en algunos casos han fallecido y además dentro de la muestra hay sujetos que fueron abandonados a temprana edad y no poseen familia.

5.4 CONCLUSIONES

La presente investigación tenía como finalidad el estudio de la calidad de vida en adultos mayores con discapacidad intelectual, una vez concluido el análisis de los datos y la discusión de resultados sería conveniente realizar un aporte desde la psicología para tratar de mejorar aquellas dimensiones de CDV que no resultaron tan elevadas. Además sería relevante poder brindarle a la institución una herramienta de trabajo en pro de alcanzar el máximo nivel de bienestar posible de sus residentes.

En primer lugar cabe destacar que a nivel general la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva se encuentra en un nivel alto y medio, por lo que se puede decir que los sujetos poseen una buena CDV dentro de la institución en la que se encuentran. Dentro de este estado de bienestar se encontraron algunas áreas en donde es importante hacer hincapié para lograr un aumento de las mismas.

Algo que parece crucial a la hora del mejoramiento de la calidad de vida, es el desarrollo y mantenimiento de la autodeterminación, ya que la misma es un pilar fundamental del concepto estudiado, porque si se logra el fortalecimiento de conductas autodeterminadas muchas de las demás dimensiones se van a ver beneficiadas, como es el caso del bienestar emocional y físico, el bienestar laboral, la inclusión social, el desarrollo personal entre otras.

Se tiene conocimiento de que THADI cuenta con un proyecto muy ligado al logro de la autodeterminación en sus residentes, dicho proyecto consistiría en que las personas con discapacidad puedan hacer uso de una parte de su dinero según el deseo y las necesidades propias. Este accionar es muy importante para lograr que puedan tomar decisiones por sí

mismos, elegir de acuerdo a sus gustos y además se lograría la inclusión dentro de la sociedad, ya que la persona podría estar en contacto con otros que no conforman su entorno cercano, y así poder establecer otro tipo de relaciones. Esto a su vez acarrea otros beneficios a la hora de hablar de un incremento de la calidad de vida, es necesario también para el desarrollo de relaciones interpersonales, para ejercer los derechos que todas las personas tienen, para el bienestar material, al poder hacer uso de su pensión en cosas que le apetezcan, el bienestar emocional, que la persona pueda estar satisfecho con su vida; es decir que cubre un amplio espectro de dimensiones las cuales se verían favorecidas.

Otra de las temáticas muy importantes a tener en consideración es la inclusión social, esta es otra de las dimensiones claves dentro de la calidad de vida, ya que todos necesitamos que nos traten de la misma forma, necesitamos sentirnos integrados y contar con el apoyo de otras personas. Una sugerencia para incrementar la integración social podría ser el encuentro e intercambio con otras instituciones que no trabajen sobre la misma temática, como por ejemplo alguna residencia para adultos mayores sin retraso mental o algún colegio primario o secundario para que se puedan establecer relaciones con personas de distintas edades y compartir diferentes experiencias. Como ya ha sido mencionado el trabajo sobre este aspecto de la calidad de vida es esencial para lograr el aumento en el bienestar general de las personas con discapacidad.

A través de la elaboración de la Tesina se logró tener más conocimientos sobre las personas con discapacidad y su vida diaria, este conocimiento nos lleva a poder encontrar y elaborar herramientas y estrategias útiles con las cuales trabajar. Por todo esto es que se puede decir que resultó muy fructífero el trabajo de investigación llevado a cabo, tanto a nivel intelectual como personal. Es muy importante tener este tipo de experiencias en donde se debe afrontar el miedo a lo desconocido y hacer uso de los saberes adquiridos con los años de estudio de una carrera, como lo es en este caso la psicología. Y a nivel personal se puede decir que tras varios años de contacto con personas con discapacidad ya sea por pasantías, por prácticas y en este caso por la Tesina, nos lleva a reflexionar a cerca de que las personas con discapacidad son parte de nuestra sociedad aunque para algunas personas resulte difícil su integración, ya sea por miedo o por desconocimiento, pero son personas que merecen el mismo trato y las mismas posibilidades de aprender, de decidir, de ejercer sus derechos como cualquier otro ciudadano, de querer y ser queridos, comprendiendo esto quizás es que se pueda llegar a lograr un mejoramiento de la calidad de vida de todas las personas.

BIBLIOGRA FÍA

- De Febrer de los Ríos, A. & Soler Vila, A. (2004). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. España: INDE Publicaciones.
- García Fernández, J. M., Pérez Cobacho, J. & Berruezo Adelantado, P. P. (2005). *Discapacidad intelectual: desarrollo, comunicación e intervención*. Madrid: CEPE
- Gómez Vela, M., Verdugo Alonso, M. A., y Canal, R. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida de Adultos con Discapacidad Intelectual en Servicios Residenciales Comunitario. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(4), 591-602.
- Páramo, M. A. (2009). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA), 5ª edición*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Schalock, R. & Verdugo Alonso, M.A. (2002). *Calidad de Vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vega, J. L. & Bueno, B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. España: Síntesis.
- Verdugo Alonso, M. A., de Borja Jordan de Urries Vega, F. (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad: actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amaru.
- Verdugo Alonso, M.A. (2006). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca: Amaru.
- Verdugo Alonso, M., A., Gómez Sánchez, L. E., Arias Martínez, B. & Schalock, R. *Escala Integral: Evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual*. España: CEPE.

Anexos