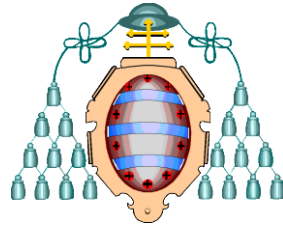


Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa.



Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Estudiante:

Graciela Fonticiella Victorero.

Firma:

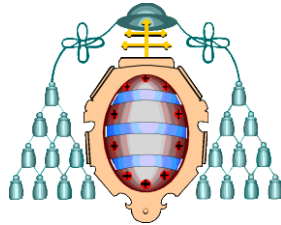
Tutora académica:

María Teresa Iglesias García.

Firma:

Junio de 2015.

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa.



Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Estudiante:

Graciela Fonticiella Victorero.

Firma:

Tutora académica:

María Teresa Iglesias García.

Firma:

Junio de 2015.

ÍNDICE.

	Página
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1.Evolución del concepto de discapacidad.....	9
2.2.Concepto de discapacidad intelectual.....	12
2.3.Discapacidad intelectual y envejecimiento.....	18
2.4.Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.....	20
2.5.Autodeterminación en personas con discapacidad intelectual.....	24
3. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIAL Y/O INSTITUCIONAL.....	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
4.1.Objetivos e hipótesis.....	35
4.2.Procedimiento de recogida de información.....	36
4.2.1. Escala INICO-FEAPS.....	38
4.2.2. Escala San Martín.....	39
4.2.3. Entrevista sobre autodeterminación.....	41
4.3.Descripción de la muestra.....	42
4.4.Definición de variables y técnicas de análisis de datos.....	46
5. RESULTADOS DEL ESTUDIO.....	49
5.1.Resultados de los índices de calidad de vida.....	49
5.2.Resultados sobre la dimensión “autodeterminación”.....	52
5.2.1. Escala INICO-FEAPS. Informe de otras personas.....	52
5.2.2. Escala INICO-FEAPS. Autoinforme.....	56
5.2.3. Escala San Martín.....	61
6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	66
6.1.Conclusiones.....	66
6.2. Propuesta de actuación.....	70
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
8. ANEXOS.....	83

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

	Página
Tabla 1: Tipologías de discapacidad (personas de 6 y más años).....	8
Tabla 2: Dimensiones de calidad de vida Schalock y Verdugo (2003).....	22
Tabla 3: Contraste de medias de las puntuaciones finales.....	49
Tabla 4: Contraste de medias de las dimensiones de calidad de vida.....	50
Tabla 5: Contraste de porcentajes de los ítems de autodeterminación. Informe de otras personas.....	52
Tabla 6: Contraste de porcentaje de los ítems de autodeterminación. Autoinforme...	56
Tabla 7: Contraste de porcentajes de los ítems de autodeterminación.....	61
Gráfico 1: Distribución de los usuarios en función de la escala aplicada.....	37
Gráfico 2: Distribución de los usuarios en la Escala INICO-FEAPS.....	39
Gráfico 3: Distribución de los usuarios en la Escala San Martín.....	41
Gráfico 4: Distribución de la muestra en función de la edad.....	42
Gráfico 5: Distribución de la muestra en función del género.....	43
Gráfico 6: Distribución de la muestra en función del nivel de discapacidad para la escala INICO-FEAPS.....	44
Gráfico7: Distribución de la muestra en función del nivel de discapacidad para la escala San Martín.....	44
Gráfico8: Distribución de la muestra en función del grado de dependencia para la Escala INICO-FEAPS.....	45
Gráfico 9: Distribución de la muestra en función del grado de dependencia para la Escala San Martín.....	45
Gráfico 10: Distribución de la muestra en función del nivel de apoyos para la Escala INICO-FEAPS.....	46
Gráfico 11: Distribución de la muestra en función del nivel de apoyos para la Escala San Martín.....	46

1. INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, el proceso de envejecimiento está afectando a un significativo número de personas con discapacidad intelectual. Esto constituye un problema social emergente, provocado por el aumento de la esperanza de vida entre estas poblaciones y que no se preveía en épocas recientes. La esperanza de vida de las personas con discapacidad intelectual ha aumentado de forma considerable en los últimos años.

Es por ello por lo que, durante el período de prácticas, he analizado la calidad de vida de los usuarios del Centro Ocupacional ADEPAS (Asociación Pro Ayuda a Deficientes Psíquicos de Asturias), especialmente la de los mayores de 45 años, para identificar qué necesidades presentan con respecto a los más jóvenes y, posteriormente, esbozar una propuesta de intervención en la que se propongan actuaciones que contribuyan a que la vejez de estas personas sea una etapa plena y feliz.

El concepto de envejecimiento ha sobrepasado en la actualidad al de la edad cronológica. Siguiendo a Berjano y García (2009) se considera que una persona con discapacidad intelectual mayor de 45 años puede ser contemplada como una persona que presenta características asociadas al proceso de envejecimiento. Por tanto, como mencionaba anteriormente, su estudio se está convirtiendo en un problema social emergente y prioritario.

No podemos obviar que esta problemática no afecta única y exclusivamente al propio colectivo de personas con discapacidad intelectual, sino que también tiene una incidencia directa sobre los profesionales que desarrollan sus actividades laborales entre esta población, sobre sus familias y sobre las instituciones responsables de su bienestar social.

Al igual que ocurre con toda la población, el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual trae consigo una serie de cambios a nivel biológico, psicológico y social, pero la diferencia radica en que en este colectivo dichos cambios aparecen con más prontitud.

En primer lugar, aparecen cambios biológicos (por ejemplo: dificultad auditiva o visual, artritis, artrosis, etc). Seguidamente, aparecen cambios a nivel psicológico que se derivan del proceso de envejecimiento en el que se ven inmersos y de la necesidad de adaptación al mismo. Esta problemática se acentúa en el caso de las personas con discapacidad intelectual, ya que para ellos es difícil asumir estos cambios por la ausencia de autopercepción del proceso que les afecta.

Es por todo ello que en la sociedad actual, resulta necesario recurrir a un mayor número de recursos dirigidos a mejorar la calidad de vida de estas personas y, especialmente, la necesidad de disponer de estructuras adecuadas para esta etapa de la vida.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

No debemos olvidar que son las propias personas con discapacidad intelectual las que también demandan alternativas diferentes a las tradicionales que se han venido ofertando durante las épocas pasadas para hacer frente a su proyecto vital.

Finalmente, se debe destacar que las familias se ven igualmente afectadas por el proceso de envejecimiento de estas personas. El conocimiento de las necesidades que presentan los familiares que cuentan con personas con discapacidad intelectual a su cargo se convierte en un elemento de análisis necesario para poder abordar esta problemática con la máxima eficacia.

El presente trabajo supone una investigación centrada en el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual, más concretamente, en las necesidades percibidas con respecto a la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual mayores de 45 años del Centro Ocupacional ADEPAS, haciendo especial hincapié en la dimensión autodeterminación.

Una investigación en la misma línea y en mayor profundidad, fue planteada por Aguado, Alcedo, Fontanil, Arias y Verdugo (2001) en el Principado de Asturias. Se trata de una investigación centrada en la calidad de vida de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento (mayores de 45 años). Para llevar a cabo este estudio, elaboraron una entrevista semiestructurada basada en el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo.

Con respecto al presente Trabajo Fin de Máster, en primer lugar se presenta el marco de referencia sobre discapacidad intelectual y la calidad de vida en el envejecimiento de este colectivo. Seguidamente, se describe el contexto social en el que se va a llevar a cabo esta investigación.

Asimismo, se describe el diseño metodológico utilizado, donde se recogen los objetivos que se persiguen, los procedimientos de recogida de información y la muestra empleada para el estudio. A continuación, se analiza la información recogida, se presentan los resultados obtenidos y se muestran las conclusiones obtenidas a través de la presente investigación. Finalmente, se esboza una propuesta de intervención destinada a las personas con discapacidad intelectual mayores de 45 años del Centro Ocupacional ADEPAS, que les permita desarrollar una conducta autodeterminada y, por tanto, mejorar su calidad de vida.

2. MARCO TEÓRICO.

A lo largo de la historia, se han ido produciendo importantes modificaciones en la terminología con la que se ha denominado a las personas con discapacidad.

Pasando un poco por alto la terminología empleada en el pasado, donde la discapacidad podía ser concebida como una “desgracia” asociada a un “castigo divino” y en el que las personas afectadas eran ocultadas, ingresadas en una institución o encerradas en sus casas alejadas de la mirada del conjunto de la sociedad, comenzamos este recorrido a finales de la década de los 50 del siglo XX, momento en el que Bank-Mikkelsen (1975) desarrolla un principio al que denomina normalización y que define como “la posibilidad de que los deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible” (citado en Berjano y García, 2009, p. 23).

Este principio de normalización cobrará especial relevancia en la formulación de políticas de intervención destinadas a las personas con discapacidad. Esto hará que en 1978 se presente en el Reino Unido un documento denominado “Informe Warnock”, en el que se plantea el principio de integración en el ámbito escolar. Dicho documento resalta que “todos los niños tienen derecho a asistir a la escuela ordinaria de su localidad, sin posible exclusión” (citado en Berjano y García, 2009, p. 23). Desde ese momento, el principio de integración se extenderá a otros ámbitos de intervención. Así, comienza a hablarse por ejemplo de “integración social” o “integración laboral”.

En nuestro país, el cambio hacia un enfoque centrado en los derechos humanos y en la atención a las necesidades de las personas con discapacidad tiene lugar a partir de la promulgación de la Constitución Española de 1978, en cuyo Artículo 9.2 se pone de manifiesto la igualdad de todos los españoles ante la ley:

Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Asimismo, en el Artículo 49 se vuelve a hacer referencia a esta cuestión cuando se pone de manifiesto que:

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a los ciudadanos.

De este modo, el principio de integración comienza a cobrar fuerza. Las bases definitivas las sentará la promulgación en 1982 de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

El paso del tiempo demuestra que el medio determina en gran medida una deficiencia sobre el día a día de una persona con discapacidad. De dicha ley se desprende que para lograr la igualdad, la integración y la participación plenas de todos los ciudadanos en la sociedad no basta sólo con la implementación de medidas rehabilitadoras.

En diciembre de 2006 se aprueba la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia (LPAPAD). En ella, se consolidan los derechos de las personas con discapacidad.

Finalmente, en el año 2013 se produce la derogación de la LISMI y en su lugar se aprueba el Real Decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Su objetivo viene recogido en el Artículo 1:

Garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación.

Por otro lado, resulta imprescindible hacer una breve reseña a las cifras de personas con discapacidad de nuestro país. El Instituto Nacional de Estadística (INE) publica en el año 2009 la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia realizada en 2008 (INE, 2009), según la cual en España hay 3,85 millones de personas que afirman tener discapacidad o limitación. De todos ellos, el 59,8% son mujeres. Por regiones, la mayor tasa de discapacidad se da en Galicia frente a la menor que se da en La Rioja. Con respecto a la tipología de la discapacidad, los datos se muestran a continuación:

Tabla 1: Tipologías de discapacidad (personas de 6 y más años).

	Tasas por mil habitantes.	
	Varones	Mujeres
TOTAL	72,6	106,3
Movilidad	42,6	77,5
Vida doméstica	29,5	69,2
Autocuidado	31,3	55,3
Audición	21,9	28,4
Visión	17,8	28,4
Comunicación	16,3	18,6
Aprendizaje y aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	12,7	17,1
Interacciones y relaciones personales	14,0	15,4

Fuente: INE, 2009, p. 2.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Con respecto a las ayudas técnicas y personales que se les facilitan, más de 2,5 millones de personas con discapacidad (el 71,4%) reciben algún tipo de ayudas técnicas, personales o ambas. Las mujeres son las que proporcionalmente acceden a más ayudas: el 75,4% frente al 65,3% de los varones.

2.1. Evolución del concepto de discapacidad.

Una de las grandes inquietudes con las que nos encontramos en el ámbito de la discapacidad ha sido la de poder utilizar la terminología adecuada para designar a las personas que componen este colectivo sin que tenga una connotación negativa. La terminología despectiva empleada para designar a las personas con discapacidad contribuye a reforzar las minusvaloraciones y al mantenimiento de la discriminación a lo largo del tiempo.

Como consecuencia del caos conceptual existente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió elaborar una clasificación de gran valor para todas aquellas personas vinculadas con el ámbito de la discapacidad. Por tanto, en el año 1980 publica la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) (OMS, 1980).

En ella se establece un esquema cuyo objetivo es el de clasificar las consecuencias de la enfermedad en tres niveles: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía. Éstas aparecen definidas en la CIDDDM de la siguiente manera:

- Deficiencia: dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (p. 85).
- Discapacidad: dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es 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 (p. 173).
- Minusvalía: dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales) (p. 229).

Por ejemplo, una deficiencia en el órgano de la audición provocaría en la persona una discapacidad para escuchar y como consecuencia, una minusvalía en la orientación.

Con la puesta en marcha de esta clasificación se pretendía evitar la sustantivación de ciertas situaciones de la persona con discapacidad y por tanto, evitar su etiquetado y su marginación.

A pesar del esfuerzo realizado por la OMS por crear una clasificación que contribuyera de forma positiva al establecimiento de una nueva terminología, dicha

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

clasificación ha recibido múltiples críticas. Como consecuencia de ello, la OMS publicó en el año 2001 una nueva clasificación denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (OMS, 2001).

Esta clasificación elimina el concepto de “Minusvalía” y reformula los términos “Deficiencia” y “Discapacidad”, quedando definidos de la siguiente manera:

- Deficiencia: es la anormalidad o pérdida de una parte del cuerpo o una función corporal. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido.
- Discapacidad: es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (OMS, 2001, p. 173).

Esta nueva clasificación tiene como objetivo principal “brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud” (OMS, 2001, p. 3).

Cabe destacar que en el Artículo 7 de la LISMI se hablaba también de “minusválidos”, entendidos como “toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidos como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales”.

Su sustitución por el Real Decreto del año 2013 (anteriormente mencionado) supone un cambio de concepción pasando de hablar de “minusválidos” a “personas con discapacidad”. Este nuevo concepto queda definido en el Artículo 4.1 como “aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Asimismo, el citado Real Decreto define la discapacidad en el Artículo 2 como: “una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Finalmente, la citada LPAPAD introduce en el año 2006 un nuevo concepto: el de “dependencia”. Dicha ley la define en el Artículo 2.2 como:

Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Asimismo, la LPAPAD establece en el Artículo 26 que la dependencia se clasifica en tres grados:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Seguendo a Romañach y Lobato (2007), en los últimos tiempos, ha ido surgiendo un nuevo término en sustitución de otros con semántica peyorativa. En concreto, pretende sustituir al de “personas con discapacidad” y es el término de “mujeres y hombres con diversidad funcional” (p. 321), un concepto novedoso que se empezó a utilizar en el Foro de Vida Independiente en enero de 2005¹.

Con la palabra “diversidad” se pretende reflejar la diferencia, la semejanza con lo que es habitual en la mayoría estadística de la especie humana. Por su parte, con el término “funcional” se hace referencia a la capacidad de actuar propia de los seres vivos y de sus órganos (Romañach y Lobato, 2007, p. 327).

Por tanto, todo ello hace referencia a la diferencia en las funciones de los órganos o partes del cuerpo (por ejemplo: oídos, ojos, cerebro, etc) y también a las funciones que realizamos habitualmente los seres humanos como seres vivos (por ejemplo: desplazarse, comunicarse, ver, etc).

¹ El “Foro de Vida Independiente” es una comunidad virtual, que nace a mediados del año 2001, y que se constituye como un espacio reivindicativo y de debate a favor de los derechos humanos de las mujeres y hombres con todo tipo de discapacidad en España.

2.2. Concepto de discapacidad intelectual.

Al igual que ocurre con el concepto general de discapacidad, el de discapacidad intelectual también ha evolucionado a lo largo de la historia a medida que los derechos de estas personas se han ido reconociendo. Dicho concepto ha sufrido importantes modificaciones a lo largo del tiempo, motivado por la existencia de diferentes enfoques y paradigmas.

Siguiendo a Puig de Bellacasa (1990), se distinguen varias etapas en la evolución histórica de los planteamientos sobre discapacidad y en la atención de las personas con discapacidad intelectual. Distinguimos entre modelo tradicional, paradigma de la rehabilitación y paradigma de la autonomía personal (citado en Berjano y García, 2009):

Con el modelo tradicional, la persona con discapacidad intelectual adopta el papel de marginada en la sociedad junto con los pobres y los sometidos. Se les considera personas dependientes que están sometidas a las órdenes y a los criterios de sus cuidadores.

El paradigma de la rehabilitación focaliza el problema en el individuo, en sus deficiencias y en sus dificultades ya que son las que le impiden integrarse en sociedad en igualdad de condiciones. Es por ello por lo que se intenta rehabilitar a la persona con discapacidad a través de la intervención de diferentes profesionales especializados que realizan un seguimiento del proceso, realizando finalmente una evaluación de las destrezas alcanzadas y de los resultados obtenidos.

El paradigma de la autonomía personal surge a partir de la defensa de los derechos civiles de los colectivos que se consideran socialmente minoritarios. Concretamente en España, este paradigma estaría impulsado por la promulgación de la Constitución Española en 1978 y reforzado por las leyes que posteriormente han visto la luz acerca de la lucha por la integración social de las personas con discapacidad. (p. 37).

Tradicionalmente, se ha hablado de “retraso mental” y lo cierto es que este término no ha sido sustituido hasta fechas relativamente recientes.

La definición de retraso mental ha sido abordada a lo largo de los años por la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR). Inicialmente, la AAMR establecía que había retraso mental cuando el Cociente Intelectual estaba dos desviaciones típicas por debajo de la media, es decir, aproximadamente con un Cociente Intelectual de 70.

En la novena edición del “Manual sobre la definición del Retraso Mental” publicado en 1992, el término retraso mental queda definido de la siguiente forma:

Hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

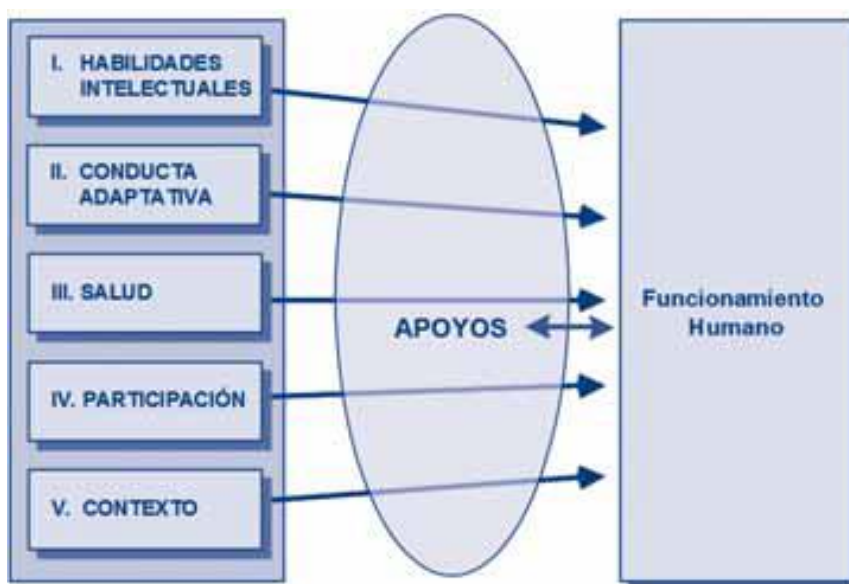
dos o más áreas de habilidades adaptativas (comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, autogobierno, salud y seguridad y trabajo). El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años (citado en Berjano y García, 2009, p. 31).

Siguiendo a Verdugo (1994), la AAMR establece cuatro dimensiones diferentes de evaluación: funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas, consideraciones psicológico-emocionales, consideraciones físicas, de salud y etiológicas y consideraciones ambientales (p. 18).

Siguiendo a Fernández (2009), desde la década de los setenta del siglo pasado, han ido surgiendo movimientos sociales que denuncian la situación de marginación que sufren los grupos más desfavorecidos. En el caso de las personas con discapacidad, han aparecido los denominados “movimientos de vida independiente” que rechazan la vida en instituciones y el sometimiento a programas de carácter rehabilitador. Los componentes de dichos movimiento han puesto el énfasis en potenciar que sean las propias personas con discapacidad las que puedan decidir su propio proceso de rehabilitación con el objetivo de eliminar todas aquellas barreras que les rodean (p. 4).

Con el paso del tiempo, se produjo un cambio en la concepción del retraso mental. Es por ello por lo que, en el año 2002, se publica la décima edición del Manual de la AAMR en el que se recoge una nueva definición de retraso mental. Siguiendo a Luckasson y cols. (2002) “el retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los dieciocho años” (Verdugo, 2003, p. 8).

El enfoque de la definición propuesta es un modelo teórico multidimensional que presenta el siguiente esquema:



Fuente: Wehmeyer et al., 2008, p. 7.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Este esquema muestra cómo el funcionamiento humano abarca cinco dimensiones, las cuales, con los apoyos precisos, pueden lograr un buen funcionamiento. Siguiendo a Wehmeyer et al. (2008) dichas áreas son:

Habilidades intelectuales: se refiere a las “funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital”.

Conducta adaptativa: supone un conjunto de habilidades que la persona ha aprendido a lo largo de su vida y que pone en práctica en su día a día.

Salud: es un estado de bienestar a nivel físico, mental y social.

Participación: referido al funcionamiento del sujeto en su sociedad (relaciones interpersonales, educación, ocio).

Contexto: incluye los factores ambientales (el entorno en el que vive la persona) y factores personales (los rasgos de una persona que no están incluidos en el estado de salud: edad, género). (p. 8).

En los últimos tiempos el mundo de la discapacidad está asistiendo a un cambio de paradigma hacia el denominado “paradigma de los apoyos”. Siguiendo nuevamente a Luckasson y cols. (2002), cabe destacar que esta nueva concepción se centra en los apoyos, definidos como:

Los apoyos son recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual. Los servicios son un tipo de apoyo proporcionado por profesionales y agencias. El funcionamiento individual resulta de la interacción de apoyos con las dimensiones de Habilidades Intelectuales, Conducta Adaptativa, Participación, Interacciones y Roles Sociales, Salud y Contexto. La evaluación de las necesidades de apoyo puede tener distinta relevancia, dependiendo de si se hace con propósito de clasificación o de planificación de apoyos (citado en Verdugo, 2003, p. 16).

En función de esto, la AAMR elabora en el año 2004 una clasificación acerca de los apoyos que puede recibir la persona con retraso mental publicada en el manual “Retraso Mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo”. Siguiendo a Tamarit (2005), en dicho manual se establecen cuatro tipos de apoyo:

Intermitente: el apoyo se proporciona sólo cuando sea necesario. La persona no siempre necesita apoyos y cuando le son necesarios son de corta duración. Los apoyos intermitentes pueden proporcionarse con una elevada o baja intensidad.

Limitado: los apoyos que se le proporcionan a la persona son intensivos y se caracterizan por su consistencia temporal pero durante un tiempo limitado.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Extenso: los apoyos que se proporcionan tienen un carácter regular en, al menos, algunos entornos y sin limitación temporal.

Generalizado: los apoyos proporcionados a la persona se caracterizan por su constancia y por su gran intensidad. Pueden prolongarse a lo largo de toda la vida (p. 7).

Siguiendo a Thompson et al. (2010), las necesidades de apoyo “constituyen un constructo psicológico referido al modelo y la intensidad de los apoyos necesarios para que una persona participe en actividades relacionadas con el funcionamiento humano típico” (p. 3).

Las necesidades de apoyo son identificadas por la persona con discapacidad intelectual y/o por otros informadores que conocen bien a la persona. Siguiendo nuevamente a Thompson et al. (2010), existen cuatro tipos de necesidades.

Necesidades objetivas: son las detectadas por un profesional a la hora de evaluar la situación en la que se encuentra la persona.

Necesidades sentidas: son las que la propia persona siente como necesarias.

Necesidades expresadas: son las necesidades sentidas que se han expresado.

Necesidades comparativas: son aquellas que se detectan cuando se analiza la situación de una población que recibe unos determinados servicios (p. 10).

Los apoyos dependen de evaluar la discrepancia entre las capacidades y habilidades de una persona y las competencias y habilidades adaptativas requeridas para funcionar en un contexto. Dichas discrepancias se evalúan en función de nueve áreas de apoyo potencial: desarrollo humano, enseñanza y educación, vida en el hogar, vida en la comunidad, empleo, salud y seguridad, área conductual, área social y protección y defensa. Para cada una de esas áreas se determina la intensidad de los apoyos necesarios que tratarán de reducir la discrepancia existente entre una persona y los requisitos de su entorno.

Para la evaluación de las nueve áreas mencionadas se recurre a la Escala de Intensidad de Apoyos SIS. Según Verdugo, Ibáñez y Arias (2007) dicha escala “representa un cambio revolucionario en el modo en que evaluamos las necesidades de las personas con discapacidades intelectuales. Se plantea una evaluación funcional vinculada directamente a las necesidades de la persona” (p. 7).

Conseguir que las personas con discapacidad lleguen a tener una vida independiente supone la adquisición de unos grandes niveles de autonomía personal. Esto lo pueden conseguir a través de la accesibilidad que les proporcionan los apoyos, las ayudas técnicas y las oportunidades de participación en espacios normalizados.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Como es lógico, el término retraso mental no es el más satisfactorio. La propia Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) también sometió su nombre a revisión en el año 2006 sustituyéndolo por el de Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD).

La AAIDD mantendrá la definición propuesta por la AAMR en el 2002 para el término retraso mental refiriéndose actualmente al concepto de discapacidad intelectual, entendiendo que en un individuo, muchas veces, las limitaciones coexisten con las capacidades y la conducta adaptativa como el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para utilizar en su vida diaria. De este modo, las personas con discapacidad intelectual cuentan con dificultades en este campo, y esto se relaciona a su vez con problemas para afrontar las demandas ambientales.

Finalmente, la Asociación Americana de Psiquiatría publica el manual DSM-V (2013) donde define la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) como:

Un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo (p. 70).

Stefanini (2004) recoge una clasificación de la discapacidad intelectual propuesta por la Organización Mundial de la Salud basada en cinco tipos distintos, los cuales poseen funciones y capacidades que presentan las personas con discapacidad intelectual. Según esto nos encontramos con:

Discapacidad Intelectual límite: Su Cociente Intelectual está entre 68-85. En la realidad cuesta catalogarlos como Discapacitados Intelectuales, ya

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

que son personas con muchas posibilidades, que manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje.

Discapacidad Intelectual ligera: Su Cociente Intelectual está entre 52-68. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación y, tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras.

Discapacidad Intelectual moderada o media: Su Cociente Intelectual se sitúa entre 36-51. Pueden adquirir hábitos de autonomía personal y social. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales.

Discapacidad Intelectual severa: Su Cociente Intelectual se sitúa entre 20-35. Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor.

Discapacidad Intelectual profunda: Su Cociente Intelectual es inferior a 20. Presentan un grave deterioro en los aspectos sensorio-motrices y de comunicación con el medio (citado en Cuitiño, Díaz, Muñoz y Vega, 2009).

En los últimos tiempos, la voz de las personas con discapacidad intelectual también ha cobrado especial importancia. Escucharles directamente a ellos resulta fundamental para contribuir a mejorar su calidad de vida. Debemos favorecer su autonomía e independencia y no caer en prácticas como la sobreprotección que en múltiples ocasiones afecta a este colectivo por parte de sus familias o de los profesionales. De esta manera, estaremos favoreciendo su inclusión en la sociedad, aunque aún queda mucho por hacer para conseguir una integración real de las personas con discapacidad intelectual en el contexto social.

Siguiendo a Casado (1991), se distinguen cuatro etapas en la atención a las personas con discapacidad intelectual:

La integración utilitaria. Tradicionalmente, se les aceptaba desde un punto de vista fatalista, situándolas en el hogar o en empleos de tipo familiar.

La exclusión aniquiladora. A la persona con discapacidad intelectual se le encierra en algún lugar ocultándola de los demás.

La atención especializada y tecnificada. En esta etapa dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios.

La accesibilidad. Esta fase se fundamenta en el principio de normalización, abogando por la integración de las personas con discapacidad intelectual en sociedad en igualdad de condiciones (citado en Berjano y García, 2009, p. 39).

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tamarit (2006) señala una serie de etapas en la evolución de los servicios dirigidos a personas con discapacidad intelectual:

Fase institucional. Los servicios prestados van orientados a la custodia de la persona con discapacidad en instituciones dirigidas por profesionales del ámbito sanitario. La familia es una mera espectadora sin ningún tipo de poder y en muchas ocasiones, culpabilizándoles de la situación de su familiar con discapacidad.

Fase de integración. En esta fase los servicios se desarrollan como servicios que se prestan al resto de la comunidad pero adaptados a las personas con discapacidad. Están orientados a proporcionar habilidades a los usuarios a través de un equipo multidisciplinar que toma las decisiones pero con una escasa implicación con los receptores de los servicios.

Fase en la comunidad. Apuesta por unos servicios inclusivos donde las personas con discapacidad que hacen uso de ellos tienen el control en su planificación y en la toma de decisiones que les afectan. Se estaría haciendo especial hincapié en su autodeterminación e inclusión como se defiende en el mencionado paradigma de los apoyos (citado en Berjano y García, 2009, p. 41).

2.3. Discapacidad intelectual y envejecimiento.

A mediados del pasado siglo nos encontrábamos con pocas personas mayores con discapacidad intelectual, su esperanza de vida era muy baja y generalmente no sobrevivían a sus progenitores. Las personas que se encontraban en esta situación estaban de algún modo ocultas o recluidas en sus casas o en instituciones como asilos, hospitales psiquiátricos e incluso en centros penitenciarios.

Como consecuencia del veloz progreso y desarrollo de la sociedad, la esperanza de vida de toda la población ha aumentando significativamente en las últimas décadas del siglo XX, por lo que también ha aumentado la esperanza de vida de las personas con discapacidad intelectual. El aumento en la longevidad de este colectivo es un logro para la sociedad, pero es un logro que nos plantea nuevos retos, y el más importante y urgente es el de dar respuesta a las nuevas necesidades que presentan ante su envejecimiento. En esta línea, Fernández, Iglesias, Elizalde, Martínez y Rodríguez (2007) destacan:

Cuando se abordan conjuntamente estas dos situaciones, discapacidad y envejecimiento, y se plantea dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad que envejecen y demandan servicios y recursos adecuados, surgen dos posibilidades, consistentes en desarrollar programas y servicios desde la propia red de atención especial y dirigidos a las personas con discapacidad que van envejeciendo, o en orientar a estas personas hacia los recursos comunitarios para personas mayores que

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

desarrollan programas ajustados a las necesidades derivadas de esta etapa vital (p. 30).

Siguiendo a Berjano y García (2009), algunas de las características que presenta el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual son las siguientes:

- El proceso de envejecimiento en el que se ven sumidas las personas con discapacidad intelectual aumenta con mayor rigidez que entre el resto de población y además, su esperanza de vida ha comenzado a incrementarse de forma parecida a la de la población general.
- El proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual comienza en torno a los 45 – 50 años, frente al de la población general entre los 65 – 70 años.
- Su proceso de envejecimiento está fuertemente condicionado por todas las vivencias que han sufrido a lo largo de su vida (si han tenido estimulación temprana, si han recibido una buena atención sanitaria, si han estado institucionalizados, etc).
- En el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual existe una gran variabilidad en sus manifestaciones.
- En este colectivo los problemas de salud derivados del proceso de envejecimiento suelen verse más acentuados.
- Los servicios sociosanitarios dirigidos a toda la población en proceso de envejecimiento se encuentran bien definidos y desarrollados, pero en el caso de las personas con discapacidad intelectual dichos recursos son muy escasos (p. 51).

Las personas con discapacidad intelectual que envejecen hoy deben afrontar los retos del envejecimiento y la jubilación. Son personas que vivirán más que hace años, disfrutarán de una mejor salud, vivirán muchas más experiencias y sobre todo, envejecerán con mucha más dignidad que las generaciones anteriores.

Por todo ello, es necesario planificar correctamente su proceso de envejecimiento centrándose fundamentalmente en su autonomía, en la utilización de los servicios, en la autodeterminación y en la mejora de la calidad de vida.

Según Pérez Gil (2002), existen algunos factores que pueden influir decisivamente en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento:

- Salud física. Las personas mayores con discapacidad intelectual presentan importantes carencias en su salud física. Este colectivo se encuentra con una gran variedad de problemas de salud que se incrementan notablemente a medida que envejecen como consecuencia de su discapacidad. Los problemas de salud se han relacionado con la obesidad, hipertensión, epilepsia, parálisis cerebral,

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

salud dental pobre, etc. Además, los procesos de discapacidad intelectual suelen generar la aparición de trastornos en la visión y en la audición.

- Problemas de salud mental. Aunque aún se desconoce mucho sobre el proceso de envejecimiento de este colectivo, se sabe que los trastornos mentales y de comportamiento son comunes en las personas con discapacidad intelectual en todas las etapas de su vida, pero el riesgo de contraer una enfermedad mental durante su envejecimiento es muy alto afectándoles en su funcionamiento cognitivo y afectivo. De esto se desprende la necesidad de centrarse en dos tipos de necesidades: por un lado, se deben desarrollar servicios que reduzcan los riesgos de problemas en salud mental y, por otro lado, la creación de servicios de salud mental de calidad dirigidos a personas con discapacidad intelectual que puedan presentar trastornos.
- Derechos. Las personas con discapacidad intelectual forman uno de los colectivos más vulnerables y por tanto, necesitan asegurarse unos derechos humanos básicos para tener una vida digna y de calidad. Han de asegurarse unos cuidados básicos de salud, una adecuada nutrición, un hogar en el que vivir, una educación, etc. Tradicionalmente, estas personas mayores han sufrido una reducción de esos derechos. Los programas y las políticas que se diseñen para las personas mayores deben incluir indudablemente a las personas con discapacidad intelectual, añadiendo el apoyo extra que este colectivo se merece y necesita para disfrutar de una vida plena.
- Actividad laboral y envejecimiento. Sin duda la aparición en escena de los Centros Especiales de Empleo donde las personas con discapacidad intelectual (y con otras tipologías de discapacidad) desarrollan una actividad laboral a través del empleo protegido, ha generado nuevas e importantes necesidades en el proceso de envejecimiento de este colectivo. A partir de los 45 – 50 años se ven sumidos en un proceso de deterioro con el que su capacidad de trabajo disminuye notablemente, comienza a aparecer el absentismo laboral por problemas de salud, aparecen cambios de humor, dejan de sentirse útiles, etc. Además, se enfrentan a serios problemas de cara a su jubilación ya que los requisitos para poder acceder a ella son muy exigentes (p. 85).

2.4. Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

El concepto de “calidad de vida” está estrechamente ligado con la atención de las personas con discapacidad intelectual. Tras múltiples investigaciones, se ha conseguido llegar a un acuerdo generalizado acerca de los principios conceptuales, la medida y la aplicación del concepto de calidad de vida.

Siguiendo a Schalock y Verdugo (2007), la calidad de vida se conceptualiza o define como “un estado deseado de bienestar personal que se caracteriza por ser multidimensional, por tener propiedades universales y propiedades ligadas a la cultura,

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

por tener componentes objetivos y subjetivos y por estar influenciado por características personales y factores ambientales” (p. 22).

El “Grupo de Investigación con Interés especial en Calidad de Vida” de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID), publicó en el año 2000 un documento en el que se plantean cinco principios conceptuales con respecto a la calidad de vida:

1. Para personas con discapacidad intelectual se compone de los mismos factores y relaciones que son importantes para aquellos que no la tienen.
2. Se experimenta cuando las necesidades de una persona están satisfechas, y cuando se tiene la oportunidad de perseguir una vida enriquecida en los contextos principales de la vida.
3. Tiene componentes objetivos y subjetivos; pero es primordialmente la percepción del individuo la que refleja la calidad de vida que él o ella experimenta.
4. Está basado en las necesidades individuales, elecciones y control.
5. Es un constructo multidimensional influenciado por factores ambientales y personales. (Citado en Verdugo, 2004, p. 4).

La delimitación del concepto de calidad de vida constituye un proceso complejo. Schalock (1996) manifiesta que el concepto de calidad de vida:

Refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. (Citado en Aguado, Alcedo, Fontanil, Arias y Verdugo, 2001, p. 14).

Schalock y Verdugo (2003) establecieron las dimensiones y los indicadores que se consideran centrales para una vida de calidad. Definen las dimensiones básicas de calidad de vida como “un conjunto de factores que componen el bienestar personal” (p. 34). Dichas dimensiones son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. En la siguiente tabla se muestran las dimensiones y los indicadores de Schalock y Verdugo (2003) acerca de calidad de vida:

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

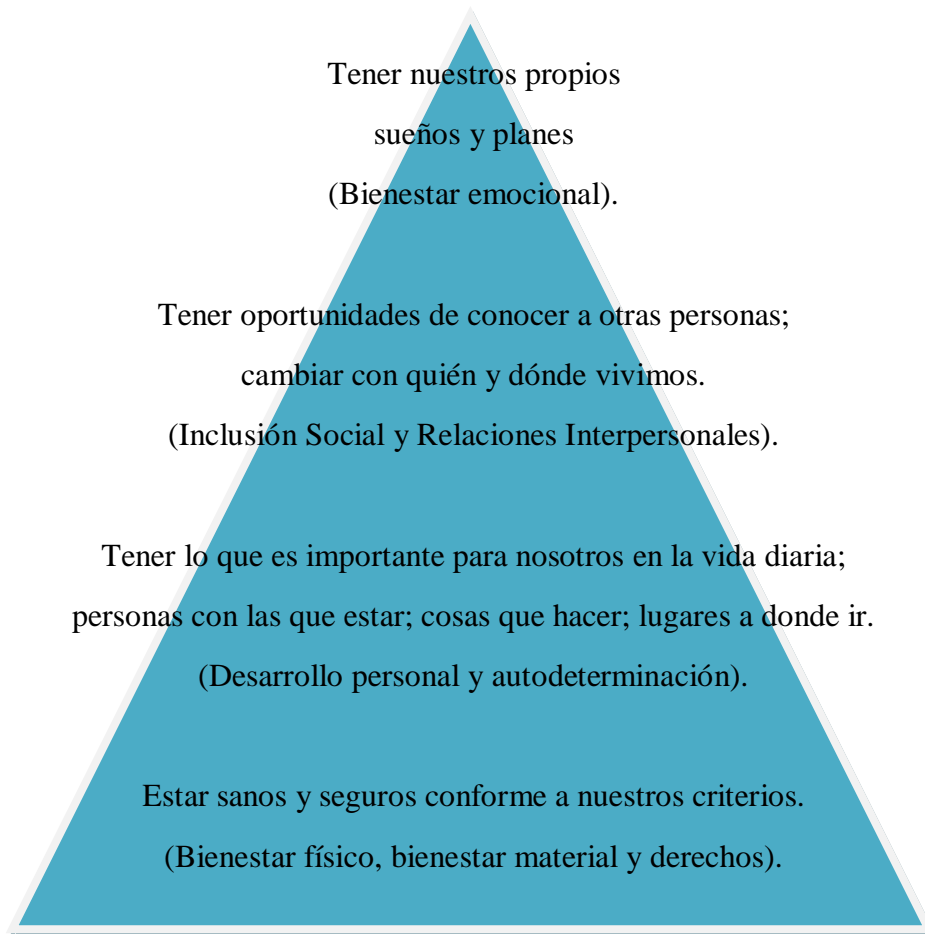
Tabla 2: Dimensiones de calidad de vida Schalock y Verdugo (2003).

DIMENSIONES	INDICADORES
Bienestar emocional	1. Satisfacción. 2. Autoconcepto. 3. Ausencia de estrés.
Relaciones interpersonales	4. Interacciones. 5. Relaciones. 6. Apoyos.
Bienestar material	7. Estatus económico. 8. Empleo. 9. Vivienda.
Desarrollo personal	10. Educación. 11. Competencia personal. 12. Desempeño.
Bienestar físico	13. Salud. 14. Actividad de la vida diaria. 15. Atención sanitaria. 16. Ocio.
Autodeterminación	17. Autonomía/control personal. 18. Metas y valores personales. 19. Elecciones.
Inclusión social	20. Integración y participación en la comunidad. 21. Roles comunitarios. 22. Apoyos sociales.
Derechos	23. Derechos humanos. 24. Derechos legales.

Fuente: Verdugo y Vicent, 2004, p. 24.

Schalock y Verdugo (2003), siguiendo el modelo de Maslow, han elaborado una jerarquía de calidad de vida en función de los procesos de autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual, presentada a continuación:

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.



Fuente: Berjano y García, 2009, p. 45.

El concepto de calidad de vida se convierte en un instrumento de gran utilidad en el ámbito de la discapacidad intelectual. Como apunta Verdugo (2002):

El análisis sobre la calidad de vida en la vejez está en dependencia del contexto o de ciertas circunstancias del individuo, la calidad de vida se examina a través de múltiples indicadores tales como: la salud, las habilidades funcionales, las condiciones económicas, las relaciones sociales, la actividad, los servicios sociales y sanitarios, la calidad en el propio domicilio, la satisfacción con la vida y las oportunidades culturales y de aprendizaje (p. 81).

2.5. Autodeterminación en personas con discapacidad intelectual.

La calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual está estrechamente relacionada con la autodeterminación y las posibilidades de desarrollo personal. Elorriaga (1996) destaca que para conseguir una vida independiente la autodeterminación y el autogobierno resultan fundamentales:

Se trata de dos conceptos diferentes, pero complementarios e indisolublemente unidos. No se podrá hablar con propiedad de vida independiente si las personas con discapacidad no cuentan con la posibilidad de tomar decisiones y no tienen libertad para elegir, es decir, si no se respeta y promueve su derecho a la autodeterminación. (Citado en Berjano y García, 2009, p. 48).

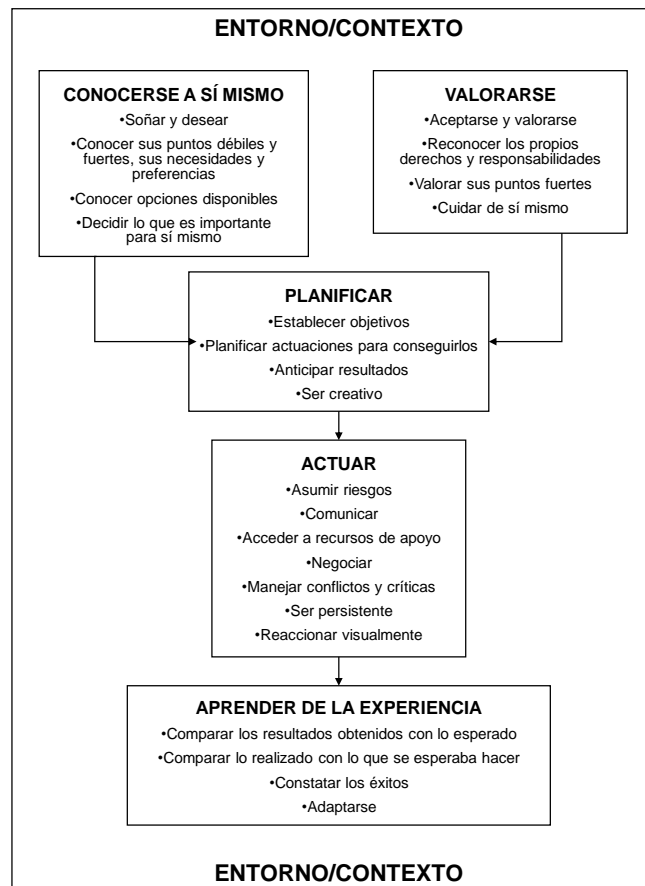
Como señala Tamarit (2001) “hablar de autodeterminación en discapacidad es hablar de derechos, de competencias, de acción, de ética, de responsabilidad, autoridad, dignidad, libertad” (p. 2).

Asimismo, Arellano y Peralta (2013) matizan que “los esfuerzos a favor de la autodeterminación han partido tanto del contexto político como del socioeducativo o científico, y se aplican a todas las áreas significativas de la vida de las personas con discapacidad y de sus familias” (p. 101).

Fomentar y mejorar la autodeterminación se ha convertido en el objetivo de los servicios que apoyan a las personas con discapacidad, especialmente de las personas con discapacidad intelectual, pero cabe preguntarse qué entendemos por autodeterminación. Wehmeyer (2006) señala que: “la conducta autodeterminada se refiere a acciones volitivas que capacitan al individuo para actuar como agente causal primario de su propia vida y para mantener o mejorar su calidad de vida” (p. 9).

En esta misma línea, Field (1996), pensando en la independencia que comporta la vida adulta, ha desarrollado el concepto de “capacidad de autodeterminación”, que implica la capacidad de un sujeto en un contexto dado para estar al día sobre lo que ocurre, expresar sus necesidades y deseos, ser creativo, defenderse y reivindicar sus derechos, conforme al siguiente cuadro:

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.



Fuente: Field, 1996 (citado en Álvarez Rojo y García Pastor, 1997, p.95).

Siguiendo nuevamente a Wehmeyer (1996), hay cuatro características que definen acciones autodeterminadas: autonomía, autorregulación, desarrollo psicológico (capacitación) y autorrealización. Las dos primeras son capacidades y las otras dos actitudes. Dichas características irán apareciendo a medida que se vayan adquiriendo los componentes de la conducta autodeterminada, por ejemplo: la toma de decisiones, la resolución de conflictos, el locus de control interno, el establecimiento de metas, el autoconocimiento, etc. (Citado en Martínez, Casas y Domingo, 2004, p. 13).

Según el modelo de Wehmeyer (1996), dichas características son descritas de la siguiente manera:

Autonomía: una conducta es autónoma si la persona actúa según sus propias preferencias, intereses y/o capacidades, e independientemente, libre de influencias externas o interferencias no deseadas. Como es obvio, nadie es totalmente independiente o autónomo por completo, por lo que, siempre debemos pensar en la interdependencia de unos con otros.

La autorregulación es un sistema complejo de respuesta que permite que las personas analicen sus ambientes y sus repertorios de respuesta para desenvolverse en estos ambientes y tomar decisiones sobre cómo actuar,

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

para actuar, y para evaluar los resultados obtenidos, y revisar sus planes cuando sea necesario. Incluye: estrategias de autocontrol, establecimiento de metas y conductas de logro, conductas de resolución de problemas y estrategias de aprendizaje observacional.

Desarrollo o capacitación psicológica: las personas que actúan de forma psicológicamente capacitadas lo hacen sobre la creencia de que tienen control sobre las circunstancias que son importantes para ellos (locus de control interno), poseen las habilidades para alcanzar los logros deseados (autoeficacia) y, si deciden aplicar sus habilidades, los logros identificados se conseguirán (expectativa de resultado).

Autorrealización: la gente autodeterminada se autorrealiza si hace uso de un conocimiento comprensivo y razonablemente acertado de ellos mismos, sus puntos fuertes y sus limitaciones, para actuar de una determinada manera así como sacar provecho de ese conocimiento. Por tanto, la autorrealización depende de la experiencia, de la interpretación que demos al ambiente y de cómo los otros significativos nos vean. (Martínez, Casas y Domingo, 2004, p. 14).

En función de las características descritas, Wehmeyer, Kelchner y Richards (1996) elaboraron un estudio para verificar empíricamente que esos son los principales componentes de la autodeterminación. Para ello, llevaron a cabo “una serie de entrevistas estructuradas con personas de grupos de autoayuda para analizar la contribución de las características principal de la conducta autodeterminada al logro de los resultados estrechamente asociados con la autodeterminación” (p. 19).

Aunque no pudieron disponer de información acerca del Cociente Intelectual de las personas que participaron en el estudio, “hay varios factores que sugieren que la muestra estaba compuesta por personas con retraso mental y no con otras discapacidades” (p. 19).

Además, según Wehmeyer (2001) para muchas personas con discapacidad intelectual el uso del término autodeterminación supone “un llamamiento al derecho de la autonomía personal” (p. 120). Para este autor, los elementos que integran la conducta autodeterminada son los siguientes:

- Aptitudes para realizar elecciones.
- Aptitudes para tomar decisiones.
- Aptitudes para resolver problemas.
- Aptitudes de fijación y logros de objetivos.
- Aptitudes de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo.
- Aptitudes de autoeducación.
- Aptitudes de liderazgo y defensa propia.
- Punto interno de control.
- Atribuciones positivas de eficacia y expectativa de resultados.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Autoconciencia.

Autoconocimiento (p. 124).

Simplificando, se puede decir que la autodeterminación es un proceso a través del que las personas van ganando control y experiencia en sus vidas. Con el paso del tiempo, vamos pasando de depender para todo de otras personas que nos cuidan y nos enseñan a ser personas independientes que decidimos lo que queremos hacer en los diferentes aspectos de nuestras vidas. Por ejemplo, decidimos dónde y con quién vivir, qué servicios utilizar, qué estudiar, qué hacer en nuestro tiempo libre, dónde trabajar, etc. La base de la autodeterminación es precisamente esa, la creencia de que toda persona puede hacer elecciones e indicar sus preferencias. Toda persona tiene derecho a elegir independientemente de su condición y, por tanto, no hacerlo es una forma de discriminación.

Pero la realidad nos muestra que todos tenemos limitaciones a la hora de ser independientes o de establecer el control de nuestras vidas y más aún las personas con discapacidad intelectual. Este colectivo se enfrenta a menudo a muchas más dificultades a la hora de alcanzar la autodeterminación.

Las personas con discapacidad intelectual no siempre llegan a un nivel de independencia y autodeterminación alto en la edad adulta. Es por ello por lo que, en muchas ocasiones, pueden necesitar apoyos para la adquisición de competencias y habilidades que les ayuden a tener acceso a todas las oportunidades que les brinda la vida.

Las personas adultas con discapacidad intelectual manifiestan sentirse más satisfechas consigo mismas y con sus vidas cuando desempeñan un papel activo en su comunidad y sus acciones se dirigen a una vida independiente.

Para terminar, cabe mencionar una cita de Schalock y Verdugo (2003) acerca del futuro de las personas con discapacidad intelectual:

Los principios de actuación para lograr un envejecimiento de calidad en esta población se deben centrar en potenciar su inclusión en la comunidad, su autodeterminación y en que reciban el máximo apoyo familiar. Y estos principios deben ser aplicados desde la juventud para que las personas puedan llegar a un envejecimiento pleno con todo su potencial desarrollado (p. 170).

3. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIAL Y / O INSTITUCIONAL.

Este trabajo se ha realizado aprovechando el período de prácticas del Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa, realizadas en el Centro Ocupacional ADEPAS (Asociación Pro Ayuda a Deficientes Psíquicos de Asturias). Esta asociación fue creada en 1964 a partir de una donación realizada por la familia Rionda con la finalidad de visibilizar a las personas con discapacidad intelectual y prestarles todos aquellos servicios y apoyos necesarios para que pudieran desarrollarse y formarse.



El servicio de Centro Ocupacional ADEPAS, está ubicado en Noreña (Camino del Peregrino, nº 9) y es dependiente de FEAPS Asturias (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual). Cuenta con una ocupación de 58 personas con discapacidad intelectual (6 de ellas residentes en el Servicio de Alojamiento de la Asociación y periódicamente usuarios del Centro Ocupacional). La población atendida es muy heterogénea y diversa en cuanto al grado de discapacidad intelectual, por ello, la programación está diseñada para que tengan cabida desde personas con un alto grado de dependencia, hasta personas que puedan incorporarse después de una formación, al mercado laboral protegido o normalizado.

El centro, situado en un lugar estratégico de la zona centro de la región, atiende mayormente a personas de las localidades situadas en este entorno geográfico, preferentemente de Oviedo, Noreña, Siero, Nava, Lugones, Lieres, etc.

Con respecto a la distribución de los espacios, el centro cuenta con dos edificios anexos pero con acceso independiente denominados: "Edificio Histórico" y "Edificio de Talleres".

El "Edificio Histórico" que fue donado por la Familia Rionda (como se ha mencionado anteriormente), se conoce en la localidad como "Fundación Rionda". Está compuesto por dos plantas con una altura de fachada de 10 metros y una superficie de 500m² la planta baja y 170 m² la primera planta, aproximadamente.

La planta baja está distribuida de la siguiente manera:

- Hall de entrada.
- Cocina.
- Almacén de comida.
- Dos comedores.
- Aseos (mujeres y hombres) de acceso público.
- Despachos.
- Zona Residencial (dormitorios/aseos). Acceso restringido sólo a los residentes.
- Galería de ocio y descanso. Acceso restringido sólo a los residentes.

En la primera planta está ubicada la zona residencial y consta de:

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- 6 Dormitorios.
- 3 Aseos.

El “Edificio de Talleres” está dedicado a talleres e instalaciones diversas, donde se desarrollan las actividades. Está distribuido en tres niveles o plantas, ubicado en un terreno con pendiente lo que le permite contar con salidas directas al exterior desde cada una de las plantas, con una altura de fachada de 12 metros y una superficie total de aproximadamente 1200 m² por planta.

La primera planta está al nivel del terreno, sin escalones. Está dedicada a los talleres polivalentes y tiene dos salidas directas al exterior y al patio central, donde se ubica el Punto de Reunión.

La planta intermedia tiene un uso esporádico, de forma excepcional se utiliza el pabellón de deporte y un día a la semana uno de los vestuarios para la realización de yoga adaptado. Está comunicada con la primera planta y con la planta baja por medio de escaleras y un salvaescaleras vertical.

La planta baja está dedicada a talleres de actividades y tiene salida directa al exterior. Por tanto, las tres plantas se comunican desde el interior al igual que poseen acceso directo al exterior.

El centro también dispone de una superficie de patios de recreo y una zona de jardines que rodea las edificaciones.

El horario del centro está fijado entre las 9:30 y las 16:30 horas, permaneciendo abierto todo el año de lunes a viernes y con la única excepción de los periodos vacacionales propios que contempla el calendario laboral: Semana Santa y Navidad. Se procura el máximo de atención para garantizar así la respuesta necesaria y adecuada a la demanda de las familias, teniendo en cuenta que el servicio no tiene ninguna similitud con los centros educativos sino al contrario, su funcionamiento es similar al de los centros de formación y promoción al empleo.

Dentro del citado horario se incluyen los periodos destinados al descanso (20 minutos por la mañana y media hora después de la comida), así como el periodo destinado a la comida (de 14:00 a 14:45h).

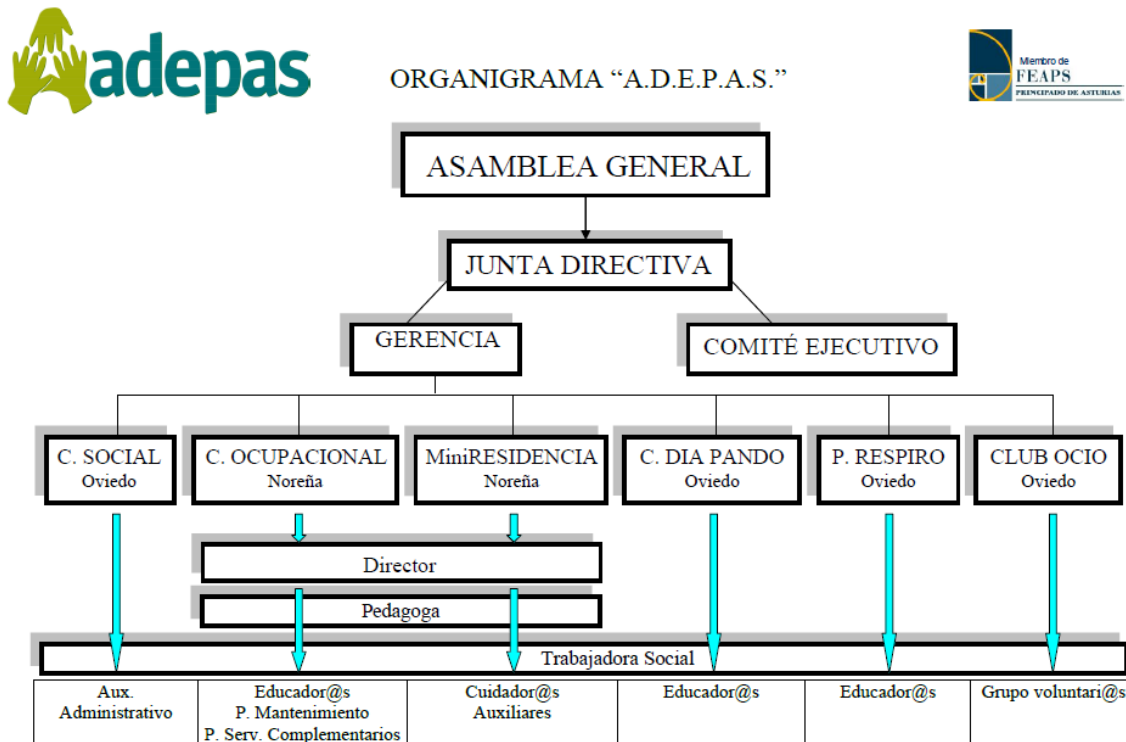
El centro cuenta en la actualidad con una plantilla compuesta por un equipo profesional multidisciplinar. En concreto, el equipo está formado por:

- Un director.
- Una trabajadora social.
- Una pedagoga.
- Un auxiliar administrativo.
- Cuatro educadores sociales.
- Cinco cuidadores.
- Personal de cocina y limpieza.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Personal de mantenimiento y jardinería
- Personal de transporte.

Todos ellos aparecen recogidos en el siguiente organigrama:



Fuente: extraído del Plan General de Intervención de ADEPAS, 2014, p. 15.

El Centro Ocupacional ADEPAS está dirigido a Personas con Discapacidad Intelectual adultas que, habiendo finalizado su periodo de escolarización obligatorio, precisen apoyos en alguna de las áreas incluidas en las 8 dimensiones de Calidad de Vida revisadas por Schalock y Verdugo en 2003 ya descritas en el apartado anterior.

Para ello, el centro dispone de diversos programas personalizados de formación laboral y desarrollo de habilidades individuales que posibiliten su promoción a otros recursos formativos o de empleo y programas dirigidos a procurar el mantenimiento y desarrollo de habilidades personales y sociales de cada individuo.

Son requisitos fundamentales para ser usuario del centro tener más de 18 años, ser socio de la Asociación ADEPAS y tener una minusvalía reconocida igual o superior al 33%.

Dicho centro es un recurso especializado y abierto a la comunidad, desde donde se ofrecen programas personalizados de atención integral y formación a personas adultas con discapacidad intelectual para favorecer su integración sociolaboral, el desarrollo de su autonomía personal y la mejora de su calidad de vida.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Desde esta perspectiva, el centro ofrece programas personalizados, basados en las necesidades individuales y que propician la promoción de cada una de las personas; dichos programas tienen un carácter integral ya que van dirigidos a cubrir las diferentes necesidades básicas, terapéuticas, formativas, sociales y emocionales, desde un enfoque sistémico de la intervención.

A continuación, se muestran los **servicios y programas** que el Centro Ocupacional ADEPAS pone a disposición de los usuarios:

A) Formación, adiestramiento y terapia ocupacional:

ADEPAS está intensamente comprometida con la formación y el acceso al mundo laboral de los usuarios del centro, lo que provoca en ocasiones dificultades ante las demandas reales de las familias que priorizan el trato familiar, cálido y en ocasiones contrario al paso al empleo. La distribución de los talleres es:

- Taller Polivalente (personas con necesidad de prestación de apoyos generalizados).
- Taller de Desventaja Social y Autonomía Personal y Social (personas con Discapacidad Intelectual y enfermedad mental o trastornos de conducta asociados).
- Taller de Manipulados I (encuadernación y artes gráficas).
- Taller de Manipulados III (material polivalente).
- Taller Manipulados V (material polivalente).
- Taller de Mantenimiento y Jardinería.

B) Actividades complementarias.

La programación complementaria de actividades destinadas al disfrute del tiempo libre ocupa un espacio especial en la programación del centro ya que además permite la práctica y ejercicio de habilidades personales y de grupo que manifiestan la evolución y mejora de la formación que reciben los usuarios en áreas de ajuste personal.

Una de las actividades supone la incorporación de la informática a través del taller de nuevas tecnologías.

Se trabaja también con el Programa FOADIS², adquirido a través de FEAPS Principado de Asturias y que favorece la enseñanza a los usuarios de escritura y lectura. También se trabajan alguno de los programas básicos de office (Word, Excel), el correo electrónico y, como una segunda fase, otros programas educativos básicos y específicos para trabajar otras habilidades como el reconocimiento de alimentos, reconocimiento

² El Programa FOADIS es un programa de garantía social para alumnos con necesidades educativas especiales.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

anatómico del cuerpo humano, reconocimiento del entorno, matemática básica o lectura comprensiva.

También se trabaja con programas informáticos específicos:

- APRENDIZAJE LABORAL EN TALLERES Y HABILIDADES CONCEPTUALES 2001. Departamento de Psicología. Universidad de Cádiz. Consta de dos programas educativos complementarios: “*Aprendizaje laboral en talleres*” y “*Aprendizaje de habilidades conceptuales*”.
- Programa “El ARCA de los pensamientos³”.

C) Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria.

En el centro se desarrolla el Programa de Habilidades Básicas para la Autonomía en la vida diaria con aquellas personas usuarias que así lo requieren, y cuyo objetivo es adquirir, mejorar o mantener la independencia de la persona en la realización de dichas actividades. Se proporciona asistencia en las actividades básicas de la vida diaria en función de las necesidades que requiera cada persona usuaria siempre respetando su intimidad y dignidad.

Las tareas asistenciales básicas son: control de pañales y compresas, control de esfínteres, medidas de sujeción mecánica, administración de fármacos, asistencia en el baño o en la ducha, asistencia en higiene personal, asistencia en la alimentación y asistencia en la movilidad y deambulación.

D) Prevención y mantenimiento de la salud.

Además de los programas relacionados con la "*Estimulación y el Mantenimiento Físico*" desarrollados en el centro desde hace más de una década, se plantean una serie de actividades de intervención relacionadas con la salud:

- Alimentación y nutrición.
- Aseo, higiene y vestido.
- Control de esfínteres.
- Prevención de caídas/cambios posturales.
- Atención al estado de salud.
- Prevención de riesgos, normas de seguridad e higiene.

³ El Programa “El ARCA de los pensamientos” (Aprender, Resolver, Comprender y Aplicar) incluye diferentes actividades multimedia para reforzar las habilidades cognitivas de personas con Síndrome de Down y personas con discapacidad intelectual.

E) Orientación personalizada.

Cada usuario del centro tendrá su propio Plan Personalizado de Apoyo con objetivos concretos en función de sus necesidades, potencialidades e intereses. Dicha programación podrá ser modificada en función de las actividades planificadas, de los avances o aprendizajes que la persona realice y previa valoración del equipo de profesionales.

El equipo de profesionales del centro lleva a cabo en el transcurso de la rutina diaria, labores de orientación enfocadas principalmente a la atención social y psicológica de los usuarios. Los cauces de dicha atención pasan por una fluida comunicación entre los diferentes actores: usuarios, familia y profesionales del centro.

Por otro lado, es importante destacar también los **programas de intervención** desarrollados por el centro. Para dar respuesta a las necesidades detectadas, las personas que acuden al Centro Ocupacional ADEPAS participan en diversos programas, enclavados en varios de los talleres mencionados anteriormente y que responden, en cuanto a objetivos y contenidos, a las necesidades, posibilidades y potencialidades de cada uno de los usuarios. Dichos programas son:

A) Área de intervención: persona con discapacidad intelectual.

- Programa de orientación y formación prelaboral.
- Programa de habilidades comunicativas y sociales.
- Programa de participación en la comunidad.
- Programa de participación en el centro.
- Programa de dramatizaciones.
- Programa de actividad física.
- Programa de AUTOGESTORES.
- Programa de desventaja social.
- Programa de educación sexual y afectividad.
- Programa de internecesidades.
- Sala de estimulación multisensorial.

B) Área de intervención: la familia.

- Orientación y colaboración individualizada a familias.
- Formación. Grupos de padres.
- Formación. Grupos de hermanos.

C) Área de intervención: el entorno.

- Programa de formación continua de profesionales.
- Programa de alumnos y alumnas en prácticas.
- Programa de inclusión en la comunidad.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Proyecto de ocio para todos y para cada uno.
- Actividades lúdicas y de ocio.
- Actividades para dar a conocer el centro.
- Participación en actividades culturales y sociales del entorno.

Por tanto, el Centro Ocupacional ADEPAS está concebido como un centro integrador, que posibilita la participación de las personas con discapacidad intelectual en la sociedad, utilizando los recursos de la comunidad en función de sus posibilidades para que puedan desarrollar su vida en un ambiente lo más normalizado posible.

La finalidad principal es proporcionar los apoyos necesarios en cada una de las áreas de desarrollo personal que cada usuario con discapacidad intelectual requiera para posibilitar el mayor grado de autonomía e independencia posibles y, de esta manera, conseguir mejorar su la calidad de vida así como la de sus familias.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

La presente investigación supone un estudio de tipo comparativo-causal ya que se pretende establecer comparaciones entre dos grupos. En palabras de Bisquerra (2009):

“Los estudios comparativo-causales suponen un tipo de investigación donde el investigador está interesado en identificar relaciones del tipo causa-efecto, más propias de los estudios experimentales, pero que dada la naturaleza del fenómeno resulta imposible por algún motivo, manipular experimentalmente las variables” (p. 204).

Siguiendo nuevamente a Bisquerra (2009), dichos estudios “implican comparar grupos a través de sus estadísticos más básicos, generalmente las medias” (p. 206). En este caso, se utilizará el contraste de medias a través de la prueba “t” de Student para establecer si existen o no diferencias significativas entre ambos grupos en alguna dimensión y en los índices de calidad de vida, y Chi Cuadrado de Pearson para contrastar las respuestas dadas a los ítems que componen la dimensión autodeterminación.

Además, también supone una investigación de tipo descriptivo. Según Bisquerra (2009) “los métodos descriptivos tienen el propósito básico de describir situaciones, eventos y hechos, decir cómo son y cómo se manifiestan” (p. 114). En este caso, se realiza una descripción de la situación en la que se encuentran las personas con discapacidad intelectual con respecto a su calidad de vida.

4.1. Objetivos e hipótesis.

La identificación de los objetivos es un aspecto fundamental que tiene la finalidad de señalar lo que se pretende con la investigación. En este sentido, se presentan a continuación el objetivo general y los objetivos específicos en relación al tema de estudio.

Objetivo general:

- Identificar las necesidades que tienen las personas con discapacidad intelectual mayores de 45 años en relación a su calidad de vida, y más concretamente en la dimensión de autodeterminación, y comparar dichas necesidades con las que presentan las personas con discapacidad intelectual menores de 45 años.

Objetivos específicos:

- Identificar si existen diferencias en cuanto a la calidad de vida entre las personas con discapacidad intelectual mayores y menores de 45 años.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Conocer si existen diferencias en el nivel de autodeterminación entre las personas mayores y menores de 45 años.
- Detectar las necesidades percibidas relativas a la autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual.
- Conocer el grado de satisfacción de las personas con discapacidad intelectual con respecto a su autodeterminación.
- Proponer líneas de actuación para dar respuesta a las necesidades percibidas en este colectivo.

Hipótesis:

Una vez planteados los objetivos que se persiguen, la definición del diseño metodológico también requiere de la formulación previa de hipótesis. Siguiendo a Bisquerra (2009) las hipótesis “son proposiciones generalizadas o afirmaciones comprobables que se formulan como posibles soluciones al problema planteado” (p. 128). Las hipótesis iniciales que se plantean para el presente estudio son:

- Las personas con discapacidad intelectual se muestran satisfechas con su calidad de vida.
- No existen diferencias en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual en función de la edad.
- El nivel de autodeterminación es el mismo para todos los sujetos estudiados en función de la edad.

4.2. Procedimiento de recogida de información.

Una vez definido el método de investigación, el siguiente paso consiste en planificar la recogida de datos y seleccionar las técnicas a través de las que se va a obtener la información.

Para la recogida de información se ha recurrido a dos instrumentos fundamentales: la Escala INICO-FEAPS (Evaluación Integral de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo) elaborada por Verdugo, Gómez, Arias, Santamaría, Clavero y Tamarit (2013) y la Escala San Martín (Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas) elaborada por Verdugo, Gómez, Arias, Santamaría, Navallas, Fernández y Hierro (2014).

Es importante destacar que dichas escalas no han sido aplicadas por mí a los usuarios del centro sino que acababan de ser aplicadas por la pedagoga del centro. En el momento en el que me incorporo para realizar las prácticas, se iba a proceder a explotar y analizar los datos obtenidos. Es por ello por lo que el Centro Ocupacional ADEPAS

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

me permitió analizar y emplear dichos datos para realizar la presente investigación como una actividad al margen de las prácticas⁴.

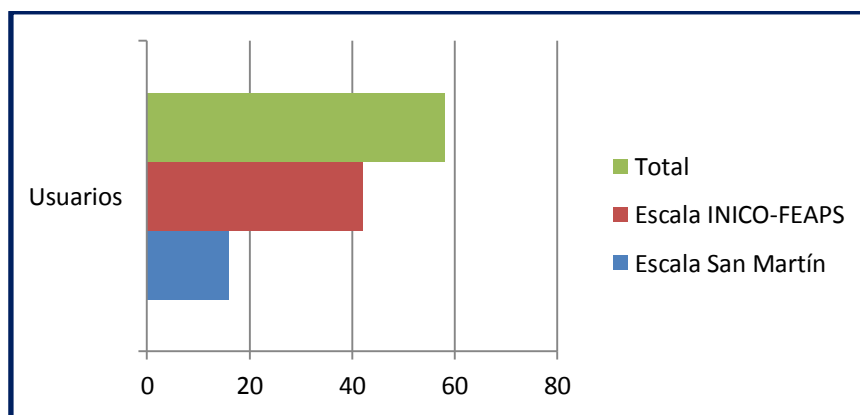
El motivo por el que se han aplicado dos escalas es que las personas que han participado en este estudio tienen perfiles distintos. Es por ello por lo que se ha recurrido a dos escalas diferentes en función del perfil que presenta cada sujeto.

La Escala INICO-FEAPS ha sido aplicada a personas cuyo nivel de discapacidad es más bajo (límite, ligero o moderado) así como su grado de dependencia (moderada o severa). Por tanto, necesitan de menos apoyos (niveles intermitente o limitado) para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Esta escala consta de dos partes, una que debe ser respondida por los profesionales del centro, y otra que se aplica a la propia persona con discapacidad y que por tanto, requiere que sea capaz de comprender los ítems que la componen y responderlos.

Por el contrario, la Escala San Martín ha sido aplicada a personas cuyo nivel de discapacidad es más alto (moderada, severa o profunda) así como su grado de dependencia (severa o gran dependencia). Por tanto, necesitan de más apoyos (niveles extenso o generalizado) para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. En este caso se trata de personas cuya discapacidad intelectual les impide desarrollar sus habilidades al máximo y tener una vida independiente y autónoma. Es por ello por lo que esta escala será respondida por los profesionales del centro.

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de los usuarios en función de la escala que se les ha aplicado. A 42 usuarios se les ha aplicado la Escala INICO-FEAPS y a 16 usuarios la Escala San Martín:

Gráfico 1: Distribución de los usuarios en función de la escala aplicada.



Para completar la información recabada a través de dichas escalas, se ha elaborado una pequeña entrevista semiestructurada centrada en una de las dimensiones de calidad de vida: autodeterminación.

⁴ En el Anexo 1 se adjunta la autorización del director del Centro Ocupacional ADEPAS por la que se me permite el uso y explotación de los datos procedentes de la aplicación de ambas escalas.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

A continuación, se describen cada una de las escalas empleadas y la entrevista elaborada para este estudio.

4.2.1. Escala INICO-FEAPS (Evaluación Integral de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo).

La Escala INICO-FEAPS es un instrumento que tiene su origen en la Escala Integral (Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009) pero que ha mejorado significativamente su contenido, sus propiedades psicométricas y, por tanto, su utilidad. Esta Escala mejorada ha visto la luz en el año 2013.

Siguiendo a Verdugo, Gómez, Arias, Santamaría, Clavero y Tamarit (2013) su objetivo principal es “la evaluación integral de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo con habilidades suficientes de expresión y comprensión como para completar la entrevista” (p. 8).



Este instrumento está formado por dos subescalas: por un lado, la versión “informe de otras personas” en la que los ítems están enunciados en tercera persona y con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones: nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre. Está compuesta por un total de 72 ítems que recogen aspectos observables de la calidad de vida de la persona con discapacidad intelectual. Es completada por un informador que conoce bien a la persona cuya calidad de vida se quiere evaluar.

Por otro lado, cuenta con la versión “autoinforme” en la que los ítems de la versión anterior están enunciados en primera persona y con un lenguaje más simplificado. El formato de respuesta es el mismo (tipo Likert) y cuenta con un total de 72 ítems. Esta subescala es cumplimentada por la persona con discapacidad intelectual, preferiblemente con la ayuda de un entrevistador.

Esta escala proporciona información acerca de las áreas de vida más importantes de una persona. Dichas áreas se corresponden con las ocho dimensiones de calidad de vida que componen el bienestar personal y que fueron establecidas por Schalock y Verdugo (2003): “autodeterminación, derechos, bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar material y bienestar físico” (p. 34). Cada una de las dimensiones agrupa una serie de ítems que proporcionan información acerca de la dimensión evaluada. Éstas ya han sido descritas en el marco

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

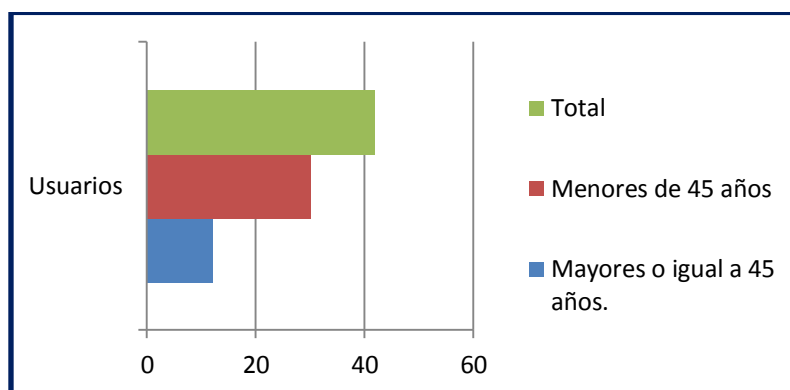
teórico dentro del apartado de calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual⁵.

Esta escala permite calcular las puntuaciones directas para cada una de las 8 dimensiones, posteriormente serán transformadas a puntuaciones estándar y se podrán obtener los percentiles correspondientes. A partir de dichas puntuaciones se obtiene el Índice de Calidad de Vida y el percentil de Calidad de Vida. Estas puntuaciones se calculan tanto para la versión “informe de otras personas” como para la versión “autoinforme”.

Los percentiles nos indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Cuanto mayor es el percentil obtenido, mayor es la puntuación en calidad de vida.

Para este estudio, esta escala ha sido aplicada a un total de 42 personas con discapacidad intelectual, aquellas que cuentan con un menor nivel de discapacidad, un menor grado de dependencia y que requieren de menos apoyos. Por tanto, poseen habilidades suficientes para responder los diferentes ítems. De todos ellos, 30 son menores de 45 años y 12 mayores o igual a 45 años. Estos datos aparecen recogidos en el siguiente gráfico:

Gráfico 2: Distribución de los usuarios en la Escala INICO-FEAPS.



4.2.2. Escala San Martín (Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas).

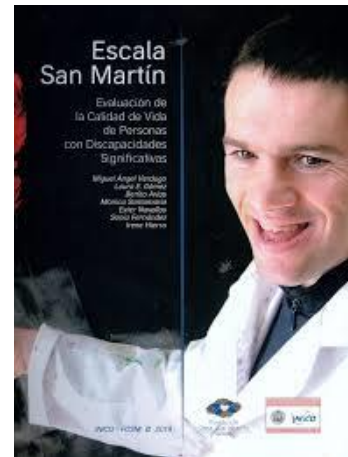
La Escala San Martín es un instrumento desarrollado para evaluar la calidad de vida de personas adultas con discapacidades significativas (personas con discapacidades múltiples y profundas) que requieren apoyos variados y generalizados.

⁵ En el Anexo 2 se adjunta una parte de la Escala INICO-FEAPS (Evaluación Integral de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo) que se corresponde con la versión “informe de otras personas” y la versión “autoinforme” de la dimensión autodeterminación, ya que será en la que se centrará fundamentalmente esta investigación.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Siguiendo a Verdugo, Gómez, Arias, Santamaría, Navallas, Fernández y Hierro (2014), la Escala San Martín:

Es un instrumento que responde fielmente a los planteamientos del enfoque integral de calidad de vida, que se ha convertido en el principal marco de referencia conceptual y de evaluación para promover mejoras en la vida de las personas con discapacidad y, por tanto, en el ejercicio de su derecho a una vida digna (p. 5).



En este caso, la escala debe ser respondida por una tercera persona, un profesional que conoce bien a la persona con discapacidad intelectual ya que está dirigida a personas con un alto nivel de discapacidad, un alto grado de dependencia y que por tanto, requiere de apoyos extensos y generalizados.

Esta escala consta de un total de 95 ítems enunciados en tercera persona con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones: nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre. Los ítems están organizados en función de las ocho dimensiones de calidad de vida establecidas por Schalock y Verdugo (2003): “bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos” (p. 34). Cada una de las dimensiones agrupa una serie de ítems que proporcionan información acerca de la dimensión evaluada. Éstas ya han sido descritas en el marco teórico dentro del apartado de calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual⁶.

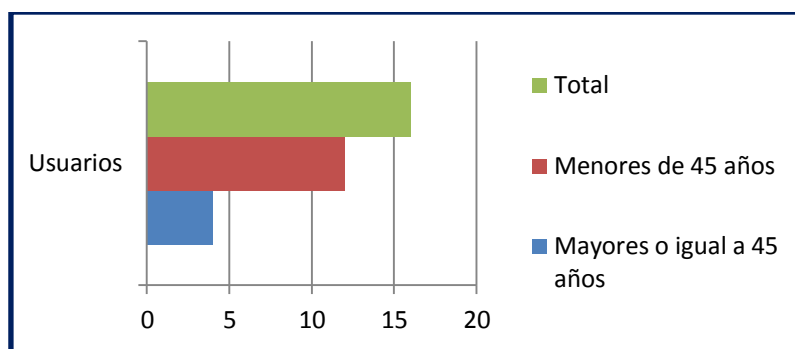
Esta escala permite calcular las puntuaciones directas para cada una de las 8 dimensiones, posteriormente podrán ser transformadas a puntuaciones estándar y se podrán obtener los percentiles correspondientes. A partir de dichas puntuaciones se obtiene el Índice de Calidad de Vida y el percentil de Calidad de Vida.

Los percentiles indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Cuanto mayor es el percentil obtenido, mayor es el nivel de calidad de vida.

Para este estudio, esta escala ha sido pasada a un total de 16 personas con discapacidad intelectual, personas que cuentan con un alto nivel de discapacidad. De todos ellos, 12 son menores de 45 años y 4 mayores o igual a 45 años. Estos datos aparecen recogidos en el siguiente gráfico:

⁶ En el Anexo 3 se adjunta una parte de la Escala San Martín (Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas) que se corresponde con la dimensión de autodeterminación, ya que será en la que se centrará fundamentalmente esta investigación.

Gráfico 3: Distribución de los usuarios en la Escala San Martín.



4.2.3. Entrevista sobre autodeterminación.

Para completar la información obtenida a través de las dos escalas descritas, se ha elaborado una entrevista semiestructurada centrada en una dimensión de calidad de vida concreta: autodeterminación.

Bisquerra (2009) define la entrevista como:

Es una técnica cuyo objetivo es obtener información de forma oral y personalizada, sobre acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de la persona como las creencias, las actitudes, las opiniones, los valores, en relación con la situación que se está estudiando (p. 336).

Para su aplicación, se parte de un guión o batería de 22 preguntas determinadas de antemano acerca de la información que se necesita obtener. Las preguntas han sido planteadas de forma abierta, lo que permite obtener una información más enriquecedora y variada⁷. Son preguntas estrechamente relacionadas con los ítems que componen la dimensión autodeterminación en ambas escalas. Recaban información acerca de su autonomía en el uso del transporte público, en la compra y elección de la ropa, en la toma de decisiones sobre las actividades de ocio y tiempo libre o en la participación en las decisiones que se toman en sus casas.

Para este estudio, la entrevista ha sido aplicada a un total de 16 personas que se corresponden con todos los usuarios del centro mayores o igual a 45 años.

Para la cumplimentación de algunas de las entrevistas, he necesitado la ayuda de una tercera persona (la pedagoga del centro o los monitores) ya que aquellos usuarios con un alto nivel de discapacidad y un alto grado de dependencia no han podido responderme por sí solos a algunas de las cuestiones. Además, algunas preguntas han sido descritas a partir de ejemplos para facilitar su comprensión a los usuarios.

⁷ En el Anexo 4 se adjunta el guión de entrevista elaborada sobre autodeterminación.

4.3. Descripción de la muestra.

En la elaboración del diseño metodológico, otro paso importante es la selección de la muestra de los sujetos y los contextos de estudio sobre los que se recogerán los datos.

Según Bisquerra (2009) el concepto de muestra adquiere significados distintos, dependiendo del enfoque desde el que se efectúa el estudio. Así, se define la muestra como “un subconjunto de la población que se selecciona a través de alguna técnica de muestreo y que debe ser representativa de ella”. En este sentido, el autor entiende por población “el conjunto de todos los individuos a los que se desea hacer extensivo los resultados de la investigación” (p. 142).

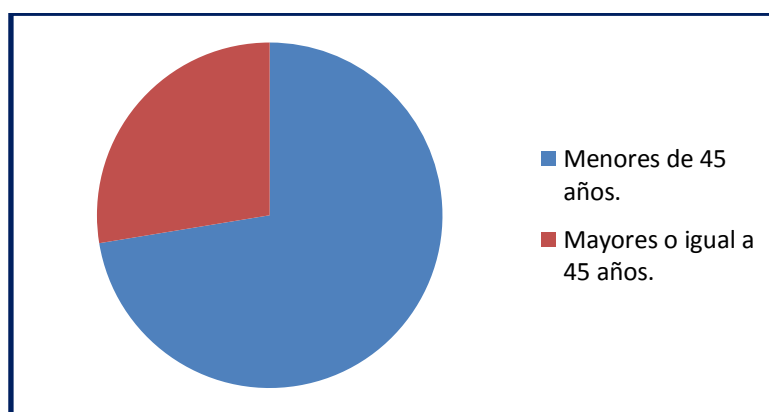
En este caso, se considera pertinente utilizar una muestra de **58 sujetos (n = 58 personas con discapacidad intelectual)** que se corresponden con la totalidad de **usuarios del Centro Ocupacional ADEPAS**.

El tipo de muestreo utilizado para seleccionar dicha muestra ha sido un muestreo no probabilístico, es decir, “la selección de los individuos de la muestra no depende de la probabilidad, sino que se ajusta a otros criterios relacionados con las características de la investigación” (Bisquerra, 2009, p. 145). En concreto, es un muestreo de tipo casual o por accesibilidad, ya que se utilizan como muestra individuos a los que se tiene facilidad de acceso.

Esta muestra es pequeña y no resulta representativa de la población, lo que dificultará la generalización de los resultados al resto de población.

De la totalidad de los sujetos (n = 58), 42 personas son menores de 45 años y 16 tienen 45 o más años, como se muestra en el siguiente gráfico:

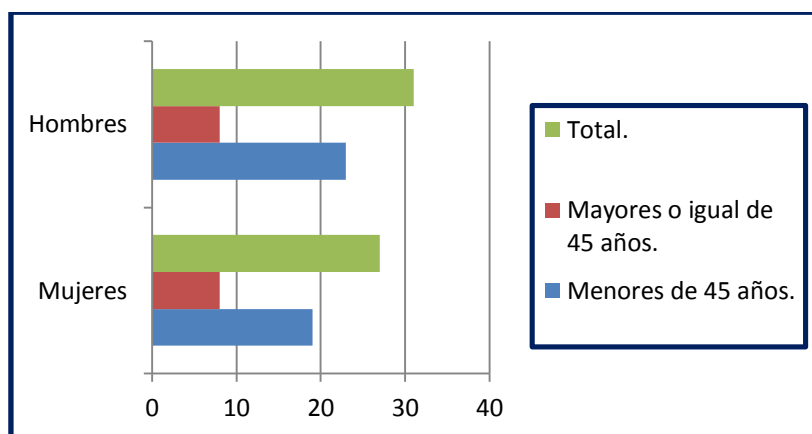
Gráfico 4: Distribución de la muestra en función de la edad.



Con respecto al género, 27 son mujeres y 31 son hombres. Del total de mujeres, 19 son menores de 45 años y 8 son mayores o igual a 45 años. De la totalidad de los hombres, 23 son menores de 45 años y 8 son mayores o igual a 45 años. Dichos datos se recogen en el siguiente gráfico:

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Gráfico 5: Distribución de la muestra en función del género.



Con respecto al nivel de discapacidad que presentan los usuarios, tan sólo uno de ellos presenta una discapacidad intelectual límite y es menor de 45 años. Por otro lado, 16 usuarios presentan una discapacidad intelectual ligera, siendo 8 menores de 45 años y 8 mayores o igual a 45 años. Asimismo, 25 usuarios presentan una discapacidad intelectual moderada, de los cuales 20 son menores de 45 años y 5 mayores o igual a 45 años. Por otro lado, 10 usuarios presentan una discapacidad intelectual severa, siendo 8 menores de 45 años y 2 mayores o igual a 45 años. Finalmente, tan sólo un usuario presenta una discapacidad intelectual profunda y es menor de 45 años. Todos ellos suman un total de 53 usuarios, los 5 restantes no están catalogados dentro de ningún nivel.

Como se ha descrito en el apartado anterior de técnicas de recogida de información, para evaluar la calidad de vida de los usuarios se recurre a la Escala INICO-FEAPS (Evaluación Integral de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo) y a la Escala San Martín (Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Significativas). Los siguientes gráficos recogen los datos anteriores acerca del nivel de discapacidad intelectual en función de la escala que se les ha aplicado. En el primer gráfico se muestran los usuarios a los que se les ha aplicado la Escala INICO-FEAPS y en el segundo los que se les ha aplicado la Escala San Martín⁸.

⁸ En el Anexo 5 se adjuntan las tablas obtenidas con el programa SPSS acerca de la distribución de la muestra en función del nivel de discapacidad.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Gráfico 6: Distribución de la muestra en función del nivel de discapacidad para la Escala INICO-FEAPS.

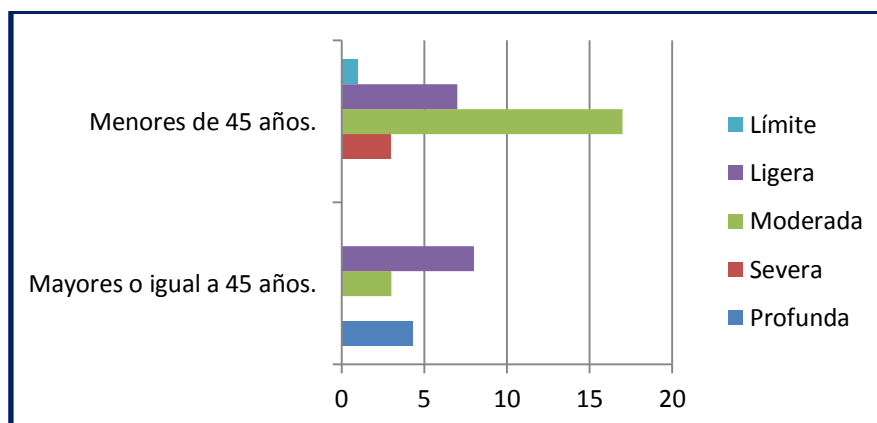
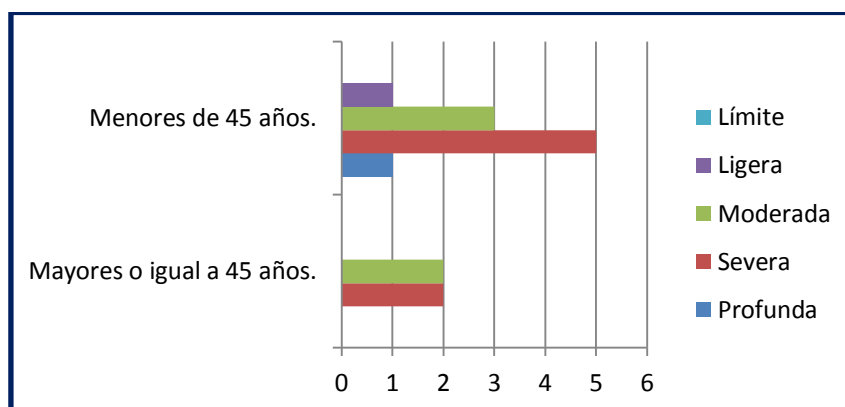


Gráfico 7: Distribución de la muestra en función del nivel de discapacidad para la Escala San Martín.



Con respecto al grado de dependencia, 15 usuarios presentan un grado de dependencia I (moderada), siendo 9 menores de 45 años y 6 mayores o igual a 45 años. Asimismo, 23 usuarios presentan un grado de dependencia II (severa), siendo 18 menores de 45 años y 5 mayores o igual a 45 años. Finalmente, 6 usuarios presentan un grado III de dependencia (gran dependencia), de los cuales 5 son menores de 45 años y 1 mayor o igual a 45 años. Todos ellos suman un total de 44 usuarios, por lo que hay 14 más que no están incluidos dentro de ningún grado de dependencia, ya que tienen un alto grado de independencia y autonomía.

Los siguientes gráficos recogen los datos anteriores acerca del grado de dependencia que presentan los usuarios en función de la escala que se le ha aplicado. En el primer gráfico se muestran los usuarios a los que se les ha aplicado la Escala INICO-FEAPS y en el segundo gráfico los que se les ha aplicado la Escala San Martín⁹.

⁹ En el Anexo 6 se adjuntan las tablas obtenidas con el programa SPSS acerca de la distribución de la muestra en función del grado de dependencia.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Gráfico 8: Distribución de la muestra en función del grado de dependencia para la Escala INICO-FEAPS.

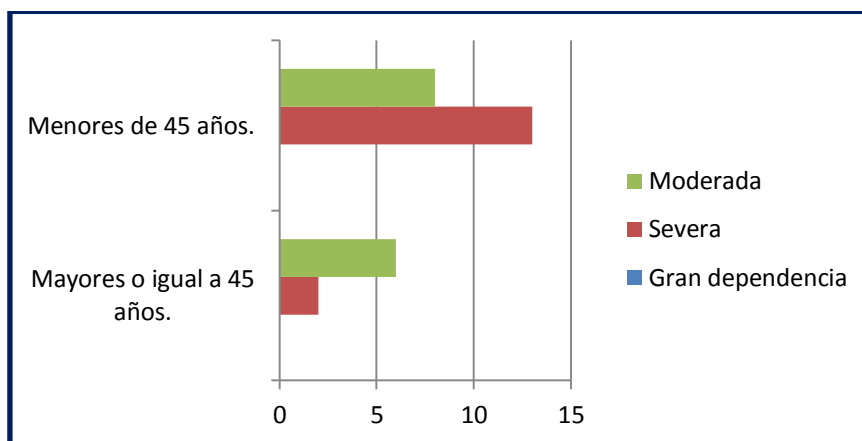
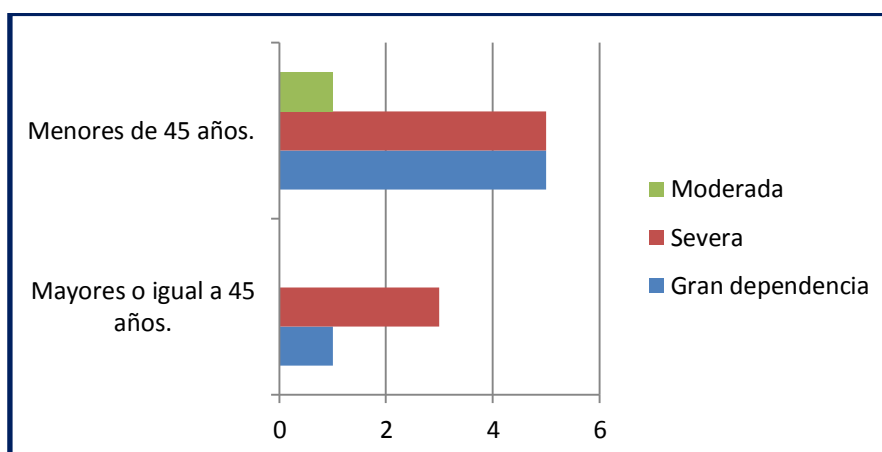


Gráfico 9: Distribución de la muestra en función del grado de dependencia para la Escala San Martín.



Con respecto al nivel de apoyos que reciben los usuarios del centro, 25 de ellos reciben apoyos de carácter intermitente, es decir, el apoyo se les proporciona sólo cuando es necesario. De ellos, 16 son menores de 45 años y 6 mayores o igual a 45 años. Por otro lado, 14 de los usuarios reciben apoyos de carácter limitado, 12 de ellos son menores de 45 años y 2 mayores o igual a 45 años. Asimismo, 15 usuarios reciben apoyos de carácter extenso, 12 de ellos son menores de 45 años y 3 son mayores o igual a 45 años. Finalmente, 3 usuarios reciben apoyos de carácter generalizado, 1 de ellos es menor de 45 años y 2 mayores o igual a 45 años. Todos ellos suman un total de 57 personas, por lo que la persona restante no recibe ningún tipo de apoyo.

Los siguientes gráficos recogen los datos anteriores acerca del nivel de apoyos que reciben los usuarios en función de la escala que se les ha aplicado. En el primer

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

gráfico se muestran los usuarios a los que se les ha aplicado la Escala INICO-FEAPS y en el segundo gráfico los que se les ha aplicado la Escala San Martín¹⁰.

Gráfico 10: Distribución de la muestra en función del nivel de apoyos para la Escala INICO-FEAPS.

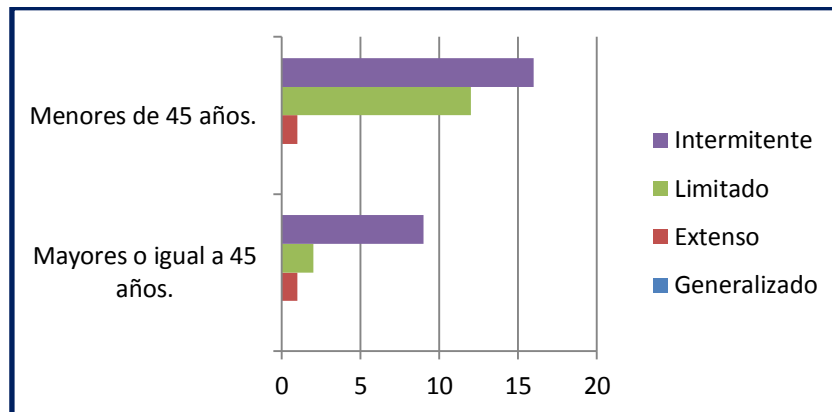
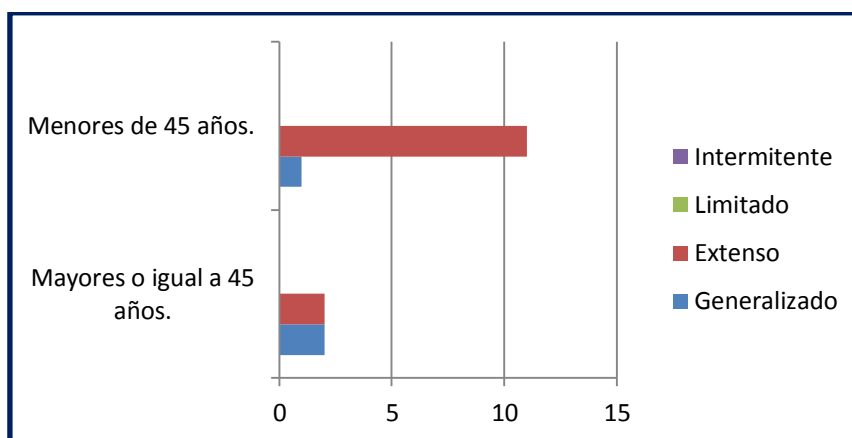


Gráfico 11: Distribución de la muestra en función del nivel de apoyos para la Escala San Martín.



4.4. Definición de variables y técnicas de análisis de datos.

Finalmente, el último paso dentro del diseño metodológico es la definición de las variables de estudio, así como la descripción de las técnicas utilizadas para analizar los datos.

Las variables dependientes son las ocho dimensiones de calidad de vida que miden ambas escalas y las tres puntuaciones finales que se obtienen para cada una de las escalas. Es decir, un total de once variables para cada escala, para la versión “informe de otras personas” de la Escala INICO-FEAPS, para la versión “autoinforme” de la Escala INICO-FEAPS y para la Escala San Martín:

¹⁰ En el Anexo 7 se adjuntan las tablas obtenidas con el programa SPSS acerca de la distribución de la muestra en función del nivel de apoyos.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Autodeterminación.
- Derechos.
- Bienestar emocional.
- Inclusión social.
- Desarrollo personal
- Relaciones interpersonales.
- Bienestar material.
- Bienestar físico.
- Percentil total.
- Índice de calidad de vida.
- Percentil de calidad de vida.

Estas variables serán analizadas o contrastadas en función de la variable independiente “edad”. Otras variables independientes a tener en cuenta son el “nivel de discapacidad”, el “grado de dependencia” y el “nivel de apoyos”, pero no serán utilizadas como variables de contraste porque, como se ha descrito con anterioridad, ya han condicionado el tipo de escala que se ha aplicado a cada persona con discapacidad intelectual.

Por otro lado, para poder profundizar en la dimensión autodeterminación, se recurrirá a los ítems que la componen en cada escala y que funcionarán como indicadores que permitirán medir dicha dimensión. Los indicadores que componen la dimensión en la Escala INICO-FEAPS son:

- Utiliza el transporte público por sí mismo/a (sin supervisión).
- Decide quién entra en sus espacios de intimidad.
- Participa en las decisiones que se toman en su casa.
- Elige la ropa que se compra.
- Otra persona decide la ropa que se pone cada día.
- Otras personas eligen las actividades que hace en su tiempo libre.
- Valora las posibles consecuencias antes de tomar una decisión.
- Carece de metas, objetivos e intereses personales.
- Expresa sus preferencias (verbal o gestualmente), cuando le permiten elegir.

Los indicadores que componen la dimensión autodeterminación en la Escala San Martín son:

- Las personas que le proporcionan apoyos tienen en cuenta sus preferencias y elecciones.
- Participa en la elaboración de su plan individual de apoyos.
- El personal del centro respeta sus decisiones.
- Elige cómo pasar su tiempo libre.
- Se toman medidas específicas para permitir que ejerza influencia en su entorno.
- Se toman medidas específicas para que haga elecciones.
- Tiene oportunidad para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Elige la comida o parte de la comida cuando hay variedad en 1º, 2º y postre.
- Decora la habitación a su gusto.
- Se le proporcionan apoyos que tienen en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias.
- Se considera detenidamente la decisión de llevar a cabo una acción desagradable para la persona.
- Tiene un programa diario de actividades adecuado a sus preferencias.

Para analizar los datos obtenidos en las dos escalas descritas previamente, se ha recurrido al programa estadístico informático SPSS. A partir de él, se ha realizado un análisis descriptivo con el que se han obtenido datos acerca de la distribución de la muestra en función de la edad, el sexo, el género, el nivel de discapacidad, el grado de dependencia y el nivel de apoyos. Además, también ha proporcionado información sobre la distribución de la muestra en función de la escala que se les ha aplicado.

Asimismo, el programa SPSS también se ha utilizado para realizar un contraste de medias que permite comparar las medias entre las ocho dimensiones y las tres puntuaciones finales en función de la variable edad en ambas escalas. Los estadísticos de contraste utilizados han sido la prueba “t” de Student para establecer si existen o no diferencias significativas entre ambos grupos en alguna dimensión y en los índices de calidad de vida, y Chi Cuadrado de Pearson para contrastar las respuestas dadas a los ítems que componen la dimensión autodeterminación; en este caso se han recodificado las respuestas, concentrándolas en dos valores (Nunca/Algunas veces y Frecuentemente/Siempre), con el objeto de evitar la aparición de casillas con frecuencia esperada inferior a 5.

Con respecto a las entrevistas, se ha realizado una codificación del contenido y un análisis de frecuencias para ver cuáles son las respuestas más frecuentes y así poder completar los resultados anteriores con información y ejemplos procedentes de las mismas. Al ser tan pocas entrevistas (sólo 16 como se ha descrito anteriormente), no se ha recurrido a ningún programa para su análisis, sino que han sido analizadas manualmente.

5. RESULTADOS DEL ESTUDIO.

En este apartado se presentan los resultados obtenidos tras haber aplicado la Escala INICO-FEAPS, la Escala San Martín y la entrevista descritas anteriormente. Destacar que los resultados obtenidos con la entrevista se presentan entremezclados con los de las escalas, de manera que sirven para completar la información.

5.1. Resultados de los índices de calidad de vida¹¹.

La tabla que se presenta a continuación muestra el contraste de medias entre los menores y mayores de 45 años de las puntuaciones finales obtenidas en ambas escalas (ver tablas 1, 2 y 3 del Anexo 8):

Tabla 3: Contraste de medias de las puntuaciones finales.

		Menor de 45 años.		Mayor o igual a 45 años.				Menor de 45 años.		Mayor o igual a 45 años.	
		Media	Sx	Media	Sx			Media	Sx	Media	Sx
Escala INICO-FEAPS (escala de otra persona)	PT	77,53	11,91	86,08	16,39	Escala San Martín	PT	67,08	6,64	62,25	7,76
	ICV	97,87	9,99	105,17	13,71		ICV	90,00	5,01	86,25	6,13
	PCV	45,50	23,04	60,25	27,22		PCV	25,92	10,37	19,00	10,86
Escala INICO-FEAPS (escala autoaplicada)	PT	79,70	12,43	81,08	13,89	PT = Percentil total. ICV = Índice de Calidad de Vida objetiva. PCV = Percentil de calidad de vida.					
	ICV	99,67	11,37	101,00	12,56						
	PCV	49,97	24,52	52,00	26,83						

En el caso de la Escala INICO-FEAPS, la comparación de las medias muestra que en todas las puntuaciones, los mayores o igual a 45 años obtienen siempre los valores más elevados. El percentil de calidad de vida de este grupo en la escala aplicada por otra persona refleja una media de 60,2500 frente al 45,5000 que obtienen los menores de 45 años. En la escala autoaplicada ocurre la misma situación, los mayores o igual a 45 años obtienen los valores más elevados en el percentil de calidad de vida (52,0000) frente al 49,9667 que obtienen los menores de 45 años. Por tanto, son los mayores o igual a 45 años los que presentan una mayor calidad de vida aunque las deferencias no son significativas.

Con respecto a la Escala San Martín, la comparación de las medias muestra la situación contraria a la anterior. En este caso, son los menores de 45 años los que obtienen los valores más elevados en todas las puntuaciones. El percentil de calidad de vida de este grupo presenta una media de 25,92 frente al 19,00 que obtienen los

¹¹ En el Anexo 8 se adjuntan las tablas completas obtenidas con el programa estadístico SPSS de las que se han sacado todos los resultados.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

mayores o igual a 45 años. Por tanto, en este caso son los menores de 45 años los que presentan una mayor calidad de vida aunque las diferencias no son significativas.

La tabla que se presenta a continuación muestra el contraste de medias entre los menores y mayores de 45 años en cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida en ambas escalas (ver tablas 1, 2 y 3 del Anexo 8):

Tabla 4: Contraste de medias de las dimensiones de calidad de vida.

		Menor de 45 años.		Mayor o igual a 45 años.				Menor de 45 años.		Mayor o igual a 45 años.	
		Media	Sx	Media	Sx			Media	Sx	Media	Sx
Escala INICO-FEAPS (informe de otras personas)	PA	8,97	2,66	11,08	3,37	Escala San Martín	PA	49,00	16,64	26,75	16,07
	PD	9,87	1,87	11,75	1,48		PD	40,83	13,73	50,00	10,61
	PBE	11,10	3,03	10,83	3,27		PBE	49,00	12,78	53,50	19,00
	PIS	9,20	2,22	10,83	2,44		PIS	36,33	14,62	25,25	16,50
	PDP	10,00	2,13	11,17	1,90		PDP	22,08	10,93	27,25	16,94
	PRI	10,03	2,41	11,42	2,97		PRI	32,92	13,98	23,50	9,95
	PBM	8,20	2,48	8,50	3,50		PBM	13,50	14,38	5,00	4,62
	PBF	10,17	2,07	10,50	2,71		PBF	19,25	14,14	16,50	17,44
Escala INICO-FEAPS (escala autoaplicada)	PA	36,47	24,65	45,58	28,27	PA = Percentil Autodeterminación. PD = Percentil Derechos. PBE = Percentil Bienestar Emocional. PIS = Percentil Inclusión Social. PDP = Percentil Desarrollo Personal. PRI = Percentil Relaciones Interpersonales. PBM = Percentil Bienestar Material. PBF = Percentil Bienestar Físico.					
	PD	45,53	28,67	48,92	24,69						
	PBE	64,17	30,27	54,08	31,16						
	PIS	47,23	27,34	59,83	28,53						
	PDP	57,20	22,47	58,17	29,64						
	PRI	55,03	27,77	53,50	32,05						
	PBM	45,77	27,42	42,83	30,06						
	PBF	48,87	28,51	55,83	29,10						

Con respecto a la Escala INICO-FEAPS (informe de otras personas), la comparación de medias que aparece en la tabla anterior muestra que, salvo en la dimensión bienestar emocional, las personas mayores o igual a 45 años presentan valores más elevados que los menores de 45 años en las siete dimensiones restantes. Además, sombreadas en amarillo aparecen las tres dimensiones de calidad de vida en las que se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos: autodeterminación ($p = ,037$), derechos ($p = ,003$) e inclusión social ($p = ,043$). (Ver tabla 4 del Anexo 8).

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

En la dimensión autodeterminación los mayores o igual a 45 años obtienen una media de 11,0833 frente al 8,9667 que obtienen los menores de 45. Por lo que respecta a la dimensión derechos, los mayores obtienen una media de 11,7500 frente a los menores que obtienen una media de 9,8667. Finalmente, en la dimensión inclusión social los mayores o igual a 45 años obtienen una media de 10,8333 frente al 9,2000 que obtienen los menores. Por tanto, los mayores o igual a 45 años presentan una mayor calidad de vida que los menores.

Con respecto a la versión “autoinforme”, se ha realizado un contraste similar al anterior entre los menores y los mayores o igual a 45 años. La comparación muestra nuevamente que las personas mayores o igual a 45 años presentan en general valores más elevados que los menores de 45 años. Si bien es cierto que en este caso, hay tres dimensiones en las que los menores de 45 años presentan valores más elevados: bienestar emocional, relaciones interpersonales y bienestar material, pero estos datos no afectan a los resultados finales ya que, como se ha analizado en la tabla 2, en todas las puntuaciones finales las personas mayores o igual a 45 años son las que obtienen las medias más elevadas.

Por tanto, nuevamente se confirma que a mayor edad, mayor calidad de vida presentan las personas con discapacidad intelectual a las que se les ha aplicado la escala, aunque en este último caso no se aprecian diferencias significativas en ninguna de las dimensiones estudiadas.

Finalmente, con respecto a la Escala San Martín la comparación de medias que figura en la tabla anterior muestra que las personas menores de 45 años presentan en general, valores más elevados que los mayores o igual a 45 años. Si bien es cierto que hay tres dimensiones en las que las personas mayores o igual a 45 años presentan valores más elevados: derechos, bienestar emocional y desarrollo personal, pero estos datos no afectan a los resultados finales ya que, como se ha analizado en la tabla 2, en todas las puntuaciones finales las personas menores de 45 años son las que obtienen las medias más elevadas. Cabe destacar que, sombreada en amarillo, aparece la única dimensión en la que se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos: autodeterminación ($p = ,035$), (ver tabla 5 del Anexo 8), donde los menores de 45 años obtienen una media de 49,00 frente a los mayores o igual a 45 años que obtienen 26,75.

Por tanto, en este caso las personas con discapacidad intelectual menores de 45 años son las que presentan una mayor calidad de vida.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

5.2. Resultados sobre la dimensión “autodeterminación”.

En este apartado se analizan los resultados obtenidos en cada uno de los ítems que componen la dimensión autodeterminación en cada escala para ver cuáles son las diferencias que hay entre los menores y los mayores o igual a 45 años.

5.2.1. Escala INICO-FEAPS. Informe de otras personas.

La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos en la versión “informe de otras personas” de la Escala INICO-FEAPS para la dimensión autodeterminación (ver tabla 6 del Anexo 8).

Tabla 5: Contraste de porcentajes de los ítems de autodeterminación. Informe de otras personas.

	Menor de 45 años.				Mayor o igual a 45 años.			
	Nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Siempre	Nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Siempre
Utiliza el transporte público por sí mismo/a (sin supervisión).	56,7%	30,0%	3,3%	10,0%	16,7%	25,0%	16,7%	41,7%
Decide quién entra en sus espacios de intimidad.	13,3%	26,7%	50,0%	10,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%
Participa en las decisiones que se toman en su casa.	23,3%	43,3%	33,3%	0,0%	25,0%	16,7%	50,0%	8,3%
Elige la ropa que se compra.	16,7%	26,7%	43,3%	13,3%	16,7%	25,0%	16,7%	41,7%
Otra persona decide la ropa que se pone cada día.	23,3%	43,3%	20,0%	13,3%	58,3%	33,3%	8,3%	0,0%
Otras personas eligen las actividades que hace en su tiempo libre.	6,7%	56,7%	16,7%	20,0%	33,3%	50,0%	16,7%	0,0%
Valora las posibles consecuencias antes de tomar una decisión.	26,7%	33,3%	26,7%	13,3%	8,3%	50,0%	41,7%	0,0%
Carece de metas, objetivos e intereses personales.	20,0%	46,7%	13,3%	20,0%	33,3%	25,0%	25,0%	16,7%
Expresa sus preferencias (verbal o gestualmente), cuando le permiten elegir.	3,3%	3,3%	46,7%	46,7%	0,0%	8,3%	25,0%	66,7%

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Ítem 1: “Utiliza el transporte público por sí mismo/a (sin supervisión)”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que no lo hacen nunca (56,7%) o algunas veces (30,0%), y sólo en algunos casos indican que lo hacen siempre (10,0%) o frecuentemente (3,3%). Sin embargo, cuando se refieren a mayores o igual a 45 años, el porcentaje de los que lo hacen siempre (41,7%) o frecuentemente (16,7%) aumenta considerablemente, mientras que se reduce el porcentaje de los que no lo hacen nunca (16,7%) o sólo algunas veces (25%). Por tanto, los mayores o igual a 45 años son más autónomos en el uso de transportes públicos que los menores.

Este ítem aparece en la tabla sombreado en amarillo porque es el único en el que se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos según la prueba Chi Cuadrado de Pearson ($p = ,003$). (Ver tabla 9 del Anexo 8).

Ítem 2: “Decide quién entra en sus espacios de intimidad”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que el usuario lo decide frecuentemente (50,0%) o algunas veces (26,7%), y sólo en algunos casos indican que lo deciden siempre (10,0%) o nunca (13,3%). Sin embargo, cuando se refieren a mayores o igual a 45 años, el porcentaje de los que lo deciden algunas veces aumenta considerablemente (50,0%). Por otro lado, se reduce de forma importante el porcentaje de los que lo deciden frecuentemente (25,0%). El porcentaje de los que lo deciden siempre aumenta considerablemente (25,0%), mientras que no hay ninguna persona que no lo decida (0,0%). Las diferencias no son significativas.

Ítem 3: “Participa en las decisiones que se toman en su casa”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que los usuarios participan en las decisiones que se toman en su casa algunas veces (43,3%) seguido de los que lo hacen frecuentemente (33,3%). Es muy importante destacar que los profesionales manifiestan que un 23,3% de los usuarios no participan nunca y no hay usuarios que participen siempre en la toma de decisiones. Cuando se refieren a mayores o igual a 45 años, el porcentaje de los que participan frecuentemente aumenta de manera considerable (50,0%) al igual que también lo hace el porcentaje de los que participan siempre (8,3%) y el de los que no participan nunca (25,0%). Por otro lado, se reduce de forma importante el porcentaje de los que participan algunas veces (16,7%). Por tanto, los mayores o igual a 45 años son los que más participan en las decisiones que se toman en su casa. Las diferencias no son significativas.

Ítem 4: “Elige la ropa que se compra”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que los usuarios lo hacen frecuentemente (43,3%) seguido de algunas veces (26,7%). Un 16,7% no la eligen nunca y finalmente, sólo un

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

13,3% la eligen siempre. Cuando se refieren a mayores o igual a 45 años, el porcentaje de los que eligen la ropa que se compran siempre aumenta significativamente (41,7%) seguido de los que la eligen algunas veces (25,0%). Se obtienen los mismos porcentajes entre los que la eligen frecuentemente y los que no la eligen nunca (16,7%). Por tanto, los mayores o igual a 45 años elegirían mayor frecuencia la ropa que se compran. Las diferencias no son significativas.

Ítem 5: “Otra persona decide la ropa que se pone cada día”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que otra persona decide por los usuarios la ropa que se ponen algunas veces (43,3%) seguido de nunca (23,3%). A un 20,0% se la eligen frecuentemente y a un 13,3% se la eligen siempre. Cuando se refieren a mayores o igual de 45 años, los profesionales han respondido mayoritariamente que otras personas nunca lo deciden por los usuarios (58,3%) seguido de un 33,3% donde lo deciden algunas veces. Tan sólo a un 8,3% de los usuarios les eligen la ropa frecuentemente y finalmente, a ningún usuario se la eligen siempre. Por tanto, las personas mayores o igual a 45 años son más autónomos en la elección de la ropa que se ponen cada día. Las diferencias no son significativas.

Ítem 6: “Otras personas eligen las actividades que hace en su tiempo libre”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que otras personas las eligen por ellos algunas veces (56,7%) seguido de siempre (20,0%). A un 16,7% se las eligen frecuentemente y, finalmente, a un 6,7% no se las eligen nunca. Cuando se refieren a mayores o igual a 45 años, los profesionales que han respondido indican mayoritariamente que las eligen por ellos algunas veces (50,0%), seguido de nunca con un 33,3%. A un 16,7% se las eligen frecuentemente y a nadie se las escogen siempre (0%). Por tanto, los mayores o igual a 45 años son más autónomos a la hora de decidir las actividades que quieren hacer en su tiempo libre. Las diferencias no son significativas.

Ítem 7: “Valora las posibles consecuencias antes de tomar una decisión”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que los usuarios las valoran algunas veces (33,3%), seguido de nunca y frecuentemente en las que se obtiene un 26,7% en ambas. Finalmente, sólo un 13,3% valoran siempre las consecuencias. Cuando se refieren a mayores o igual a 45 años, los profesionales manifiestan principalmente que los usuarios valoran las consecuencias algunas veces (50,0%), seguido de los que lo hacen frecuentemente con un 41,7%. Un 8,3% no las valoran nunca y, finalmente, nadie las valora siempre (0%). En este caso, son los menores de 45 años los que más valoran las consecuencias aunque las diferencias no son significativas.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Ítem 8: “Carece de metas, objetivos e intereses personales”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que los usuarios carecen de metas, objetivos e intereses personales algunas veces (46,7%), seguido de los que carecen de ellos siempre y nunca (20,0% en ambas). Finalmente, sólo un 13,3% carece de ellos frecuentemente. Cuando se refieren a mayores o igual a 45 años los profesionales manifiestan principalmente que los usuarios nunca carecen de metas, objetivos e intereses personales (33,3%), seguido de los que carecen frecuentemente y algunas veces con un 25,0% en ambas. Finalmente, manifiestan que un 16,7% carecen siempre de ellos. En este caso, los menores de 45 años serían los que más piensan en las metas u objetivos personales aunque las diferencias entre los dos grupos no son significativas.

Ítem 9: “Expresa sus preferencias (verbal o gestualmente) cuando le permiten elegir”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que los usuarios expresan sus preferencias siempre y frecuentemente con un 46,7% para cada uno. Finalmente, pocos usuarios no las expresan nunca o tan sólo algunas veces (3,3% para ambas respuestas). Cuando se refieren a mayores o igual a 45 años, los profesionales manifiestan principalmente que los usuarios expresan sus preferencias siempre (66,7%), seguido de los que las expresan frecuentemente (25,0%). Tan sólo un 8,3% las expresan algunas veces y no habría nadie que no las expresase nunca (0,0%). Por tanto, los mayores o igual a 45 años son los que expresan sus preferencias con mayor frecuencia. Las diferencias no son significativas.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

5.2.2. Escala INICO-FEAPS. Autoinforme.

En el caso de la Escala INICO-FEAPS hay que tener en cuenta qué es lo que manifiesta el propio usuario en cada uno de los ítems. La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos en la versión “autoinforme” (ver tabla 7 del Anexo 8).

Tabla 6: Contraste de porcentajes de los ítems de autodeterminación. Autoinforme.

	Menor de 45 años.				Mayor o igual a 45 años.			
	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
Utilizo el transporte público por mí mismo/a (sin supervisión).	66,7%	16,7%	10,0%	6,7%	25,0%	33,3%	16,7%	25,0%
Decido quién entra en mis espacios de intimidad.	6,7%	36,7%	13,3%	43,3%	33,3%	8,3%	8,3%	50,0%
Participo en las decisiones que se toman en mi casa.	16,7%	40,0%	16,7%	26,7%	16,7%	16,7%	25,0%	41,7%
Elijo la ropa que me compro.	30,0%	26,7%	3,3%	40,0%	16,7%	16,7%	0,0%	66,7%
Otra persona decide la ropa que me pongo cada día.	30,0%	13,3%	13,3%	43,3%	25,0%	16,7%	8,3%	50,0%
Otra persona elige las actividades que hago en mi tiempo libre.	20,0%	43,3%	3,3%	33,3%	16,7%	8,3%	0,0%	75,0%
Valoro las posibles consecuencias antes de tomar una decisión.	0,0%	53,3%	23,3%	23,3%	8,3%	25,0%	16,7%	50,0%
Hago planes para llevar a cabo los proyectos que me interesan.	23,3%	36,7%	23,3%	16,7%	16,7%	25,0%	25,0%	33,3%
Expreso mis preferencias cuando me permiten elegir.	3,3%	20,0%	16,7%	60,0%	8,3%	0,0%	16,7%	75,0%

Ítem 1: “Utilizo el transporte público por mí mismo/a (sin supervisión)”.

Los menores de 45 años han respondido a este ítem indicando que muchos no lo hacen nunca (66,7%) o alguna vez (16,7%), y sólo en algunos casos indican que lo hacen siempre (6,7%) o frecuentemente (10,0%). Sin embargo, los mayores o igual a 45 años indican en mayor porcentaje que lo hacen siempre (25,0%) o frecuentemente

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

(16,7%), mientras que se reduce el porcentaje de los que no lo hacen nunca (25,0%) o sólo algunas veces (33%). Las diferencias no son significativas.

La autonomía de los mayores o igual a 45 años se ve reforzada en la entrevista, ya que 8 de los 16 usuarios entrevistados manifiestan ser totalmente autónomos a la hora de utilizar el transporte público. Los usuarios restantes también lo utilizan aunque acompañados de algún familiar.

Si estos datos se comparan con lo que han manifestado los profesionales, se puede ver que la idea general coincide: los mayores o igual a 45 años son más autónomos en el uso de los transportes públicos que los menores, aunque no coinciden exactamente los porcentajes.

Ítem 2: “Decido quién entra en mis espacios de intimidad”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los usuarios que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que lo deciden siempre (43,3%), seguido de algunas veces (36,7%). Sólo en algunos casos indican que no lo deciden frecuentemente (13,3%) o nunca (6,7%). Sin embargo, cuando se refiere a mayores o igual a 45 años, el porcentaje de los que lo deciden siempre aumenta hasta el (50,0%), pero el que sí que aumenta considerablemente es el de aquellas personas que no lo deciden nunca (33,3%). Por otro lado, se reducen considerablemente los porcentajes de los que lo deciden frecuentemente (8,3%) y algunas veces (8,3%). Las diferencias no son significativas.

A través de la entrevista se puede completar esta información. De los 16 usuarios mayores o igual a 45 años entrevistados, tan sólo 5 de ellos manifiestan que les piden permiso para entrar en su habitación. A los 11 restantes no les piden permiso.

Si estos datos se comparan con lo que han manifestado los profesionales, se puede ver que los porcentajes no coinciden ya que los usuarios, independientemente de la edad, tienden a decir mayoritariamente que son autónomos a la hora de decidir quién entra en sus espacios de intimidad. Por su parte, los profesionales no los muestran tan autónomos, centrandos los mayores porcentajes entre frecuentemente y algunas veces, siendo los mayores o igual a 45 años los menos autónomos. En dicho grupo es donde se encuentran las mayores diferencias en función de quien responde.

Ítem 3: “Participo en las decisiones que se toman en mi casa”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los usuarios que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que participan algunas veces (40,0%), seguido de los que participan siempre (26,7%). Se obtienen los mismos porcentajes entre aquellos que lo hacen frecuentemente y los que no lo hacen nunca (16,7%). Sin embargo, cuando se refiere a mayores o igual a 45 años, el porcentaje de los que participan siempre aumenta hasta (41,7%), seguido de los que participan frecuentemente (25,0%). Con respecto a los que sólo participan algunas veces o no participan nunca se obtienen los mismos porcentajes (16,7%). Las diferencias no son significativas.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Si estos datos se comparan con lo que han manifestado los profesionales, se puede ver que existen diferencias. Los profesionales manifiestan que los usuarios menores de 45 años participan con menor frecuencia de la que indican los propios usuarios. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, los resultados de nunca o algunas veces son similares con los que manifiestan los profesionales. Los cambios importantes se ven en los usuarios que dicen participar siempre en las decisiones que se toman en sus casas ya que los porcentajes aumentan significativamente con respecto a lo que manifiestan los profesionales.

Estos datos se pueden completar con la información obtenida en la entrevista. En ella, la mayoría de los usuarios mayores o igual a 45 años manifiestan participar siempre o casi siempre en las decisiones que se toman en su casa. No obstante, es importante destacar que en los ejemplos que ponen, se aprecia como en numerosas ocasiones son decisiones poco relevantes como por ejemplo qué ver en la televisión o a qué hora se van a dormir.

Ítem 4: “Elijo la ropa que me compro”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los usuarios que han respondido a este ítem indican mayoritariamente elegir siempre la ropa que se compran (40,0%), seguido de un destacado 30,0% que manifiesta no elegirla nunca. Un 26,7% indica elegirla algunas veces y sólo un 3,3% la elige frecuentemente. Sin embargo, cuando se refiere a mayores o igual a 45 años, el porcentaje de los que eligen siempre la ropa que se compran se dispara hasta (66,7%). Los que la eligen algunas veces o nunca obtienen el mismo porcentaje (16,7%). Ningún usuario manifiesta elegirla frecuentemente. Las diferencias no son significativas.

Si comparamos estos datos con lo que indican los profesionales, podemos decir que existen diferencias importantes. Estas radican nuevamente en que los usuarios manifiestan una mayor participación en la elección de la ropa que se compran, mientras que los profesionales les otorgan una menor autonomía.

Ítem 5: “Otra persona decide la ropa que me pongo cada día”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los usuarios que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que otra persona siempre decide la ropa que se ponen diariamente (43,3%), seguido de un destacado 30,0% que manifiestan que nadie lo decide por ellos nunca. Los porcentajes de los que manifiestan que se lo eligen frecuentemente o algunas veces son iguales (13,3%). Sin embargo, cuando se refiere a mayores o igual a 45 años, el porcentaje de los usuarios que manifiestan que otra persona se la elige siempre aumenta hasta el (50,0%), seguido de un 25,0% a los que no se la eligen nunca. El porcentaje de los que se la eligen algunas veces es de un 16,7% y, finalmente, a un 8,3% se la eligen frecuentemente. Las diferencias no son significativas.

Si comparamos estos datos con lo que manifiestan los profesionales, podemos decir que existen diferencias importantes. Los profesionales les otorgan una mayor

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

autonomía a la hora de elegir la ropa que se ponen diariamente de la que realmente tienen ya que los propios usuarios manifiestan que otra persona les elige la ropa con una mayor frecuencia. Aún así es importante destacar que las personas mayores o igual a 45 años son más independientes que los menores.

De la información recaba a través de la entrevista se desprende que tan sólo tres de las 16 personas entrevistadas mayores o igual a 45 años eligen la ropa que se ponen por sí mismas, a 8 de ellas se las eligen las personas con las que viven y sólo 5 de ellos las eligen en algunas ocasiones.

Ítem 6: “Otra persona elige las actividades que hago en mi tiempo libre”.

Los menores de 45 años han respondido a este ítem indicando mayoritariamente que otras personas les eligen las actividades que hacen en su tiempo libre algunas veces (43,3%), seguido de siempre (33,3%). El porcentaje de los que manifiestan que no se las eligen nunca es de un 20,0% y, finalmente, a un 3,3% se las eligen frecuentemente. Cuando se refiere a mayores o igual a 45 años, los usuarios que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que otras personas se las eligen siempre (75,0%), seguido de aquellos a los que nunca se las eligen (16,7%). El porcentaje de los que manifiestan que se lo eligen algunas veces es de 8,3%. A ningún usuario se las eligen frecuentemente (0,0%).

Este ítem aparece sombreado en amarillo en la tabla porque es el único en el que se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos según la prueba Chi Cuadrado de Pearson ($p = ,025$). (Ver tabla 10 del Anexo 8).

Si comparamos estos datos con lo que manifiestan los profesionales, se puede decir que existen diferencias importantes. Los porcentajes entre los menores de 45 años son iguales en ambas subescalas proporcionándoles un grado de autonomía bastante elevado. Pero con respecto a los mayores o igual a 45 años los profesionales les otorgan una mayor autonomía de la que los propios usuarios manifiestan.

En este caso, la mitad de los usuarios entrevistados manifiestan que ellos mismos eligen las actividades que hacen en su tiempo libre (salir a pasear, estar con sus familias, ver el fútbol). A la mitad restante se las eligen sus familiares siempre o casi siempre.

Ítem 7: “Valoro las posibles consecuencias antes de tomar una decisión”.

Los menores de 45 años han respondido este ítem indicando mayoritariamente que valoran las consecuencias algunas veces (53,3%), seguido de los que las valoran frecuentemente o siempre (23,3% para ambas). Finalmente, no hay nadie que no las valore nunca (0,0%). Cuando se refiere a mayores o igual a 45 años, los usuarios que han respondido a este ítem indican principalmente valorarlas siempre (50,0%), seguido de los que las valoran algunas veces (25,0%). El porcentaje de los que manifiestan valorarlas frecuentemente disminuye (16,7%). Finalmente, sólo un 8,3% manifiesta no valorarlas nunca. Las diferencias no son significativas.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Si comparamos estos datos con lo que indican los profesionales, se puede decir que no existen diferencias importantes. Los porcentajes entre los menores de 45 años son similares en ambas subescalas. Con respecto a los mayores o igual a 45 años sí podemos apreciar algunas diferencias aunque no son significativas. Los usuarios manifiestan valorar las consecuencias con una mayor frecuencia de la que les otorgan los profesionales, especialmente los mayores o igual a 45 años.

Estos datos se pueden completar con la información obtenida a través de la entrevista. En ella, 10 de los usuarios entrevistados manifiestan valorar siempre las consecuencias antes de tomar decisiones y pensar bien las cosas, aunque en algunos casos las respuestas son poco fiables. El resto de usuarios son personas con un alto nivel de discapacidad intelectual lo que les impide tomar muchas decisiones por sí mismas y por tanto, valorar las consecuencias de las mismas.

Ítem 8: “Hago planes para llevar a cabo los proyectos que me interesan”.

Los menores de 45 años han respondido a este ítem indicando mayoritariamente que hacen planes algunas veces (36,7%), seguido de los que los hacen frecuentemente o nunca (23,3%). Los que manifiestan hacerlos siempre obtienen el porcentaje más bajo (16,7%). Cuando se refiere a mayores o igual a 45 años, los usuarios que han respondido a este ítem indican mayoritariamente hacer siempre planes para llevar a cabo sus proyectos (33,3%), seguido de los que los hacen frecuentemente o algunas veces (25,0%). Finalmente, un 16,7% manifiesta no hacerlos nunca. Las diferencias no son significativas.

Si comparamos estos datos con los indicados por los profesionales, se puede decir que no existen diferencias importantes. Los porcentajes entre los mayores o igual a 45 años son similares en ambas subescalas. Con respecto a los menores de 45 años sí podemos apreciar algunas diferencias aunque no son significativas. Los profesionales les otorgan más autonomía de la que ellos manifiestan tener siendo los mayores o igual a 45 años los más independientes a la hora de tomar estas decisiones.

Ítem 9: “Expreso mis preferencias cuando me permiten elegir”.

Los menores de 45 años han respondido a este ítem indicando mayoritariamente expresar siempre sus preferencias (60,0%), seguido de los que las expresan algunas veces (20,0%) y frecuentemente (16,7%). Finalmente, tan solo un 3,3% manifiestan no expresarlas nunca. Cuando se refiere a mayores o igual a 45 años, los usuarios que han respondido a este ítem indican mayoritariamente expresar siempre sus preferencias (75,0%), seguido de los que las expresan frecuentemente (16,7%). Asimismo, nos encontramos con un 8,3% que manifiestan no expresarlas nunca. Finalmente, no hay ningún usuario que las exprese algunas veces (0,0%). Las diferencias no son significativas.

Si comparamos estos datos con lo que manifiestan los profesionales, se puede decir que no existen diferencias importantes. Los porcentajes entre los mayores o igual a

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

45 años son similares en ambas subescalas. Con respecto a los menores de 45 años sí podemos apreciar algunas diferencias aunque no son significativas. Los profesionales les otorgan más participación a la hora de expresar sus preferencias cuando se les permiten que la que ellos manifiestan tener. Los mayores o igual a 45 años son los que expresan sus preferencias con mayor frecuencia.

5.2.3. Escala San Martín.

La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos en la Escala San Martín acerca de la dimensión autodeterminación (ver tabla 8 del Anexo 8).

Tabla 7: Contraste de porcentajes de los ítems de autodeterminación.

	Menor de 45 años.				Mayor o igual a 45 años.			
	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
Las personas que le proporcionan apoyo tienen en cuenta sus preferencias y elecciones.	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%
Participa en la elaboración de su plan individual de apoyos.	8,3%	83,3%	8,3%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%
El personal del centro respeta sus decisiones.	0,0%	41,7%	58,3%	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%
Elige cómo pasar su tiempo libre.	33,3%	16,7%	50,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%
Se toman medidas específicas para permitir que ejerza influencia en su entorno.	25,0%	58,3%	16,7%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Se toman medidas específicas para permitir que haga elecciones.	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%
Tiene oportunidades para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud.	0,0%	8,3%	33,3%	58,3%	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%
Elige la comida o parte de la comida cuando hay variedad en 1°, 2° y postre.	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Decora la habitación a su gusto.	50,0%	16,7%	25,0%	8,3%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Se le proporcionan apoyos que tienen en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias.	0,0%	8,3%	58,3%	33,3%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
Se considera detenidamente la decisión de llevar a cabo una acción desagradable para la persona.	0,0%	8,3%	16,7%	75,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%
Tiene un programa diario de actividades adecuado a sus preferencias.	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Ítem 1: “Las personas que le proporcionan apoyos tienen en cuenta sus preferencias y elecciones”.

En los menores de 45 años, los profesionales manifiestan que frecuentemente se cuenta con sus preferencias (75,0%), seguido del 25% restante que se corresponde con los que se tienen en cuenta siempre. Con respecto a los mayores o igual a 45 años apreciamos exactamente los mismos porcentajes (un 75% en frecuentemente y un 25% en siempre). Por tanto, no existen diferencias entre ambos grupos. Las diferencias no son significativas (ver tabla 11 del Anexo 8).

Estos datos se pueden completar con los obtenidos en la entrevista. Seis de los usuarios entrevistados manifiestan que en el centro sí se les pregunta qué actividades quieren hacer en los talleres. Los diez usuarios restantes manifiestan que nunca o sólo a veces se tienen en cuenta sus preferencias. Se debe tener en cuenta que éstos últimos se corresponden con aquellos usuarios que presentan un alto nivel de discapacidad y un alto grado de dependencia, por lo que son pocas las actividades en las que pueden participar y están prefijadas de antemano.

Ítem 2: “Participa en la elaboración de su plan individual de apoyos”.

Cuando se refiere a los menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem expresan mayoritariamente que los usuarios participan algunas veces (83,3%), seguido de los que no participan nunca o frecuentemente (8,3% en ambas). Finalmente, ningún usuario participa siempre en la elaboración de su plan individual. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, manifiestan que participan mayoritariamente algunas veces (75%). El 25% restante pertenece a aquellas personas que manifiestan participar frecuentemente. Las diferencias no son significativas.

Ítem 3: “El personal del centro respeta sus decisiones”.

Cuando se refiere a los menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que frecuentemente el personal del centro respeta las decisiones (58,3%). El 41,7% restante manifiestan que las respetan tan solo algunas veces. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, indican principalmente que solo algunas veces el personal respeta sus decisiones (50,0%), seguido de los usuarios a los que se les respetan siempre o frecuentemente sus decisiones (25,0% para ambas). Las diferencias no son significativas.

Ítem 4: “Elige como pasar su tiempo libre”.

Entre los menores de 45 años, los profesionales manifiestan que los usuarios eligen cómo pasan su tiempo libre frecuentemente (50,0%), seguido de un 33,3% que no lo eligen nunca. Tan sólo un 16,7% lo eligen algunas veces y, finalmente, ninguno de ellos lo eligen siempre (0,0%). Con respecto a los mayores o igual a 45 años, los profesionales manifiestan que los usuarios no lo eligen nunca (75,0%). El 25% restante tan solo lo eligen algunas veces. Ninguno de ellos lo hacen siempre o frecuentemente. Las diferencias no son significativas.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Como ya se ha manifestado en el apartado anterior, la mitad de los usuarios entrevistados manifiestan que ellos mismos eligen las actividades que hacen en su tiempo libre (salir a pasear, estar con sus familias, ver el fútbol). A la mitad restante se las eligen sus familiares siempre o casi siempre.

Ítem 5: “Se toman medidas específicas para permitir que ejerza influencia en su entorno”.

Con respecto a los menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem manifiestan mayoritariamente sólo se toman medidas algunas veces (58,3%), seguido de las que no se toman nunca (25%) o frecuentemente (16,7%). Finalmente, un 0,0% se corresponde con siempre. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, los profesionales manifiestan que nunca se toman medidas para ello (50,0%). Para el 50,0% restante tan solo se toman medidas algunas veces. Las diferencias no son significativas.

Ítem 6: “Se toman medidas específicas para permitir que haga elecciones”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que se toman medidas frecuentemente (66,7%). Para el 33,3% restante se toman siempre. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, los profesionales manifiestan que para un destacado 75,0% dichas medidas se toman frecuentemente. Para el 25,0% restante se toman siempre. Las diferencias no son significativas.

Ítem 7: “Tiene oportunidades para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican que la mayoría siempre tienen la oportunidad de negarse (58,3%), seguido de un 33,3% que la tienen frecuentemente. Tan solo un 8,3% tiene la oportunidad de negarse algunas veces. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, los profesionales manifiestan que la mayoría de los usuarios siempre tienen la oportunidad de negarse (50,0%). Seguidamente, nos encontramos con un 25% que la tienen siempre y otro 25% que la tienen sólo algunas veces. Las diferencias no son significativas.

Ítem 8: “Elige la comida o parte de la comida cuando hay variedad en 1º, 2º y postre”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que los usuarios nunca participan en la elección de las comidas (75,0%). El 25,0% restante sólo lo hacen algunas veces. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, los profesionales manifiestan que un 50,0% de los usuarios nunca eligen las comidas. El otro 50,0% restante sólo participa en la elección algunas veces. Las diferencias no son significativas.

Esto se ve claramente reforzado con lo que manifiestan los usuarios mayores o igual a 45 años en la entrevista. Las 16 personas entrevistadas han indicado que en el

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

centro nunca se les pregunta por la comida que quieren comer. El director del centro me ha explicado que existe un menú cerrado, saludable y variado para todos los usuarios que es elegido por las cocineras. No obstante, cuando una cantidad importante de personas expresa que algún plato no es de su agrado se intenta sustituirlo de cara al futuro. Casi todos los usuarios manifiestan que es sus casas comen lo que sus familiares les ponen aunque muchas veces les hacen sus platos preferidos.

Ítem 9: “Decora la habitación a su gusto”.

Los profesionales manifiestan que un 50,0% de los menores de 45 años nunca decoran la habitación a su gusto, seguido de un 25,0% que sí lo hacen frecuentemente. El 16,7% restante sólo lo hacen algunas veces. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, los profesionales manifiestan que el 100,0% de los usuarios nunca decoran la habitación a su gusto. Las diferencias no son significativas.

Estos datos se pueden completar con la información obtenida de la entrevista. De los 16 usuarios entrevistados, 11 manifiestan no haber escogido el color de su habitación, bien porque viven en la residencia del centro y no han podido, o bien porque sus familiares no les han consultado. Tan sólo 3 personas indican que su habitación está pintada de su color favorito y haberlo escogido ellos.

Ítem 10: “Se le proporcionan apoyos que tienen en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem manifiestan que frecuentemente se les proporcionan dichos apoyos (58,3%), seguido de un 33,3% a los que se les proporcionan siempre. El 8,3% restante sólo los reciben algunas veces. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, los profesionales manifiestan que al 50,0% de los usuarios frecuentemente se le proporcionan dichos apoyos. Al 50% restante sólo se le proporcionan algunas veces. Las diferencias no son significativas.

Ítem 11: “Se considera detenidamente la decisión de llevar a cabo una acción desagradable para la persona”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem manifiestan que siempre se considera dicha decisión (75,0%), seguido de un 16,7% que se considera frecuentemente. Sólo a un 8,3% se considera algunas veces. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, los profesionales indican que siempre se considera la decisión (50,0%). Para un 25,0% se considera frecuentemente y para otro 25,0% se considera algunas veces. Las diferencias no son significativas.

Ítem 12: “Tiene un programa diario de actividades adecuado a sus preferencias”.

Cuando se refiere a menores de 45 años, los profesionales que han respondido a este ítem indican mayoritariamente que un 66,7% de los usuarios tienen frecuentemente un programa diario de actividades, seguido del 33,3% restante que sólo lo tienen

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

algunas veces. Con respecto a los mayores o igual a 45 años, los profesionales manifiestan principalmente que algunas veces los usuarios tienen un programa diario de actividades algunas veces (75,0%). El 25,0% restante se corresponde con los que lo tienen frecuentemente. Las diferencias no son significativas.

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

6.1. Conclusiones.

En este apartado se exponen de manera general las conclusiones fruto del presente estudio.

Una vez analizados los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la **Escala INICO-FEAPS**, de ambas versiones (“informe de otras personas” y “autoinforme”) se obtiene como conclusión que las **personas con discapacidad intelectual mayores o igual a 45 años presentan una mayor calidad de vida que los menores de 45 años**. Son personas con discapacidad intelectual cuyo nivel de discapacidad es más bajo (límite, ligero o moderado) así como su grado de dependencia (moderada o severa), y por tanto, necesitan de menos apoyos (niveles intermitente o limitado) para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Esto implica que, con el paso de los años, estas personas con discapacidad intelectual han ido desarrollando y potenciando al máximo sus capacidades, aprendiendo a ser personas más independiente y autónomas, por lo que pueden disfrutar de una mejor calidad de vida a largo plazo.

Sin embargo, en la **Escala San Martín** nos encontramos con la situación contraria. La conclusión principal que se obtiene del análisis de los datos es que en este caso **son las personas con discapacidad intelectual menores de 45 años las que presentan una mayor calidad de vida**. Son personas con discapacidad intelectual cuyo nivel de discapacidad es más alto (moderada, severa o profunda) así como su grado de dependencia (severa o gran dependencia), y por tanto, necesitan de más apoyos (niveles extenso o generalizado) para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. En este caso se trata de personas cuya discapacidad intelectual les impide desarrollar sus habilidades al máximo y tener una vida independiente y autónoma. Además, a medida que van envejeciendo sus limitadas capacidades se van mermando y los apoyos que van necesitando son cada vez más generalizados, por lo que su calidad de vida va disminuyendo considerablemente.

Si nos centramos en la **dimensión autodeterminación de la Escala INICO-FEAPS**, una vez analizados los resultados obtenidos en cada uno de los ítems que la componen se concluye:

- Los mayores o igual a 45 años son más autónomos en el uso de los transportes públicos que los menores.
- Los menores de 45 años son más autónomos a la hora de decidir quién entra en sus espacios de intimidad que los menores aunque las diferencias son muy pequeñas. Los profesionales les otorgan más autonomía de la que los propios usuarios manifiestan tener, especialmente a los mayores o igual a 45 años.
- Los mayores o igual a 45 años son los que más participan en las decisiones que se toman en sus casas, sus opiniones se tienen más en cuenta que las de los menores. Aun así, los profesionales indican que todos ellos participan menos que lo que los propios usuarios manifiestan.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Los mayores o igual a 45 años son más autónomos a la hora de elegir la ropa que se compran que los menores.
- En general los mayores o igual a 45 años son más autónomos para elegir la ropa que se ponen cada día que los menores. En el caso de los mayores o igual a 45 años los profesionales les otorgan más autonomía de la que ellos manifiestan tener.
- Los menores de 45 años son más autónomos en la elección de las actividades que hacen en su tiempo libre que los mayores. Sin embargo, es importante destacar que los profesionales manifiestan que son más autónomos los mayores o igual a 45 años que los menores.
- Los mayores o igual a 45 años valoran más las consecuencias antes de tomar decisiones que los menores.
- Los mayores o igual a 45 años son más autónomos que los menores para hacer planes que les permitan llevar a cabo los proyectos que les interesan. Sin embargo, se debe matizar que los profesionales manifiestan que los mayores o igual a 45 años son los que más carecen de metas, objetivos e intereses personales.
- Los mayores o igual a 45 años expresan con mayor frecuencia que los menores sus preferencias cuando se les permite elegir.

Si nos centramos en la **dimensión autodeterminación de la Escala San Martín**, una vez analizados los resultados obtenidos en cada uno de los ítems que la componen se concluye:

- Tanto para los menores como para los mayores o igual a 45 años, las personas que les proporcionan apoyos tienen en cuenta sus preferencias y elecciones siempre o frecuentemente. No hay diferencias entre ambos grupos, obtienen los mismos resultados.
- Los mayores o igual a 45 años participan más que los menores en la elaboración de su plan individual de apoyos.
- El personal del centro respeta las decisiones de todos los usuarios independientemente de su edad.
- Los menores de 45 años son más autónomos que los mayores a la hora de decidir cómo pasar su tiempo libre.
- Se toman pocas medidas destinadas a que los usuarios ejerzan influencia en su entorno, pero las que se toman van más encaminadas fundamentalmente a los menores de 45 años aunque las diferencias entre ambos grupos son muy pequeñas.
- Se toman medidas que permitan a todos los usuarios hacer elecciones con mucha frecuencia. Las diferencias entre ambos grupos son mínimas.
- Los menores de 45 años tienen más oportunidades que los mayores para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Los menores de 45 años son los que menos oportunidades tienen de elegir la comida cuando hay variedad, aunque se debe destacar que hay pocas diferencias entre ambos grupos, casi ninguno elige.
- Ningún usuario mayor o igual a 45 años decora la habitación a su gusto. Algunos menores de 45 años lo hacen aunque con muy poca frecuencia.
- Los menores de 45 años son los que disfrutan de más apoyos en función de sus necesidades, deseos y preferencias con respecto a los mayores.
- Se considera con más frecuencia la decisión de llevar a cabo acciones desagradables para los menores de 45 años que para los mayores.
- Todos los usuarios tienen un programa de actividades adecuado a sus preferencias, aunque a los menores de 45 años se les aplica con más frecuencia.

Por tanto, si relacionamos las conclusiones obtenidas en ambas escalas para la dimensión autodeterminación se concluye que:

Las personas con discapacidad intelectual mayores o igual a 45 años son más independientes en el uso de los transportes públicos. En general, se desplazan con mucha más autonomía que los menores. Asimismo, expresan sus preferencias con mucha más frecuencia. Son personas más autónomas a la hora de decidir la ropa que se ponen diariamente, así como a la hora de hacer planes que les permitan llevar a cabo sus proyectos, a pesar de que, generalmente, carecen de metas u objetivos a la hora de hacerlo. Finalmente, son los que más participan en las decisiones que se toman en sus casas. No obstante, se debe matizar que estas decisiones tienen una escasa relevancia.

Por el contrario, las personas con discapacidad intelectual mayores o igual a 45 años son los que manifiestan tener menos intimidad ya que otras personas entran en sus espacios con bastante frecuencia. Asimismo, estas personas son las menos autónomas a la hora de escoger las actividades que quieren hacer en su tiempo libre, son sus familiares o las personas con las que viven las que lo deciden por ellas. Finalmente, los mayores o igual a 45 años son los que disfrutan de menos apoyos en función de las necesidades que presentan.

Para finalizar, una vez extraídas las conclusiones descritas, es importante determinar si se cumplen o no las hipótesis que habían sido planteadas en el apartado 4.1. para este estudio:

- Las personas con discapacidad intelectual se muestran satisfechas con su calidad de vida. Esta hipótesis no se cumple.
- No existen diferencias en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual en función de la edad. Esta hipótesis no se cumple.
- El nivel de autodeterminación es el mismo para todos los sujetos estudiados en función de la edad. Esta hipótesis no se cumple.

Antes de proceder con la propuesta de actuación, se considera pertinente hacer mención a las limitaciones del estudio. La principal limitación es el tamaño de la

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

muestra. Al contar tan sólo con 58 personas (n=58), los resultados no pueden extrapolarse al resto de la población, la muestra no es representativa.

Por otro lado, otra limitación importante es el tiempo. Las pocas horas que han durado las prácticas (120 horas) han hecho imposible que se haya profundizado en las demás dimensiones que componen la calidad de vida. Sólo ha dado tiempo a trabajar la autodeterminación.

Con respecto a las líneas futuras de investigación, una de ellas sería la que se acaba de mencionar, es decir, seguir profundizando en las dimensiones de calidad de vida que no se han analizado en este estudio.

No podemos olvidar que las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento presentan las mismas necesidades que el resto de personas mayores, aunque sí bien es cierto que necesitan de más apoyos. Es por ello por lo que se debe seguir avanzando en la investigación del envejecimiento de estas personas para que nuestros mayores puedan disfrutar de una vejez plena y de calidad.

Además, se debe avanzar hacia la eliminación del estereotipo generalizado de considerarlos como seres infantiles permitiéndoles desarrollarse como personas adultas, algo que tradicionalmente les ha limitado y que ha repercutido negativamente en su funcionamiento social.

Asimismo, sería necesario elaborar de protocolos adecuados que nos permitan conocer la evolución de las personas con discapacidad intelectual, con la finalidad de predecir su futuro en diferentes aspectos relativos a la autodeterminación como consecuencia de su proceso de envejecimiento.

Como destacan Arellano y Peralta (2013), “el logro de la autodeterminación personal es una tarea compleja”. En la misma línea, determinan que “el ejercicio de este derecho por parte de las personas con discapacidad depende, en parte, de la existencia de comunidades de aprendizaje que posibiliten su participación activa” (p. 106).

De las conclusiones descritas en el apartado anterior se desprenden una serie de áreas en las que es importante profundizar para mejorar la autodeterminación y, por tanto, la calidad de vida de las personas mayores o igual a 45 años con discapacidad intelectual.

En primer lugar, se debe trabajar el respeto hacia la intimidad de estas personas. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), recoge en su artículo 12 el derecho a la intimidad de toda persona:

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Asimismo, se debe tener en cuenta la opinión de las personas con discapacidad intelectual, no sólo de cara a la toma de decisiones simples e irrelevantes sino también en las decisiones importantes ya que si lo que queremos es que tengan voz, que sean escuchados, conseguir su inclusión y que tengan una vida independiente lo primero y fundamental es que en sus casas se les tenga en cuenta para que esto se transmita al resto de la sociedad.

Por tanto, trabajar con las familias de este colectivo se convierte en un aspecto clave para fomentar la escucha activa y que puedan decidir sobre todas aquellas cosas que les afectan.

En la misma línea, fomentar la autonomía de estas personas de cara a la elección de las actividades que quieren realizar en su tiempo libre es otro aspecto fundamental. Es importante escucharlas y dejarlas decidir a qué quieren dedicar su tiempo de ocio. Las familias deben comprender la importancia de dejarlos participar en el entorno al igual que opinar y hacer elecciones en la medida de lo posible.

6.2. Propuesta de actuación.

A continuación, se esboza un pequeño programa de intervención destinado a las 16 personas con discapacidad intelectual mayores o igual a 45 años que han participado en este estudio, cuya finalidad es la de mejorar su calidad de vida, más concretamente, su nivel de autodeterminación.

Para ello se trabajará sobre las carencias que se han detectado en este colectivo y además, se tratará de potenciar los puntos fuertes encontrados.

A) Destinatarios.

Los destinatarios del presente programa son las 16 personas con discapacidad intelectual mayores o igual a 45 años del Centro Ocupacional ADEPAS que han participado en este estudio y que por tanto, se encuentran en proceso de envejecimiento. Además, parte del programa también está destinado a las familias de estas personas, elemento fundamental para garantizar el éxito de las actuaciones.

B) Necesidades.

Las **necesidades** o carencias sobre autodeterminación que presentan las personas con discapacidad intelectual mayores o igual a 45 años y que se deben trabajar a través del presente programa son:

- Estas personas gozan de poca intimidad, sus familiares o las personas con las que viven entran en sus espacios con bastante frecuencia y sin permiso.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Carecen de autonomía a la hora de escoger las actividades que quieren hacer en su tiempo libre, y son sus familiares o las personas con las que viven las que lo deciden por ellos.
- En sus casas sólo participan en la toma de decisiones de poca relevancia.
- Estas personas son los que disfrutan de menos apoyos en función de las necesidades que presentan.
- Carecen de metas u objetivos a la hora de hacer planes para llevar a cabo sus proyectos.

Por otro lado, los **puntos fuertes** que presentan las personas con discapacidad intelectual mayores o igual a 45 años y que deben ser potenciados son:

- En general, son personas bastante autónomas en el uso de los transportes públicos.
- Suelen expresar sus preferencias con bastante frecuencia.
- Son personas autónomas a la hora de decidir la ropa que se ponen diariamente.
- Participan en las decisiones que se toman en sus casas. No obstante, se debe matizar que estas decisiones tienen una escasa relevancia.

C) Objetivos.

Los objetivos que se persiguen a través de este programa de intervención son:

- Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento.
- Conseguir que estas personas desarrollen una conducta autodeterminada.
- Dotar de estrategias que les permitan reducir las necesidades que presentan.
- Realizar actuaciones que contribuyan a potenciar los puntos fuertes de estas personas.
- Desarrollar un conjunto de actuaciones que eviten el envejecimiento prematuro.

D) Contenidos.

Los contenidos a trabajar a través de este programa han sido elegidos en función de los objetivos establecidos en el apartado anterior y en función de las necesidades detectadas y de los puntos fuertes que presenta este grupo de personas.

De este modo, también se pretende que estos contenidos estén relacionados entre sí, es decir, que no se traten de forma aislada sino que todo tenga una continuidad y forme parte del mismo proceso.

Por tanto, los contenidos abordados a través del programa son:

- El derecho a la intimidad.
- La toma de decisiones.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Las actividades de ocio y tiempo libre.
- Fijación de metas y objetivos para desarrollar proyectos futuros.
- Autonomía en el uso de transportes públicos.

E) Metodología.

La metodología que se empleará en cada una de las sesiones será fundamentalmente participativa. Se trata de conseguir la implicación de estas personas a lo largo de todo proceso de aplicación del programa. De esta manera, la comprensión del aprendizaje será mucho más efectiva y ellos se sentirán parte imprescindible del proceso. Por tanto, se trata de una metodología activa y participativa que se da entre iguales y donde existe cooperación entre todos.

Es importante destacar que los destinatarios no están obligados a someterse al programa. Serán ellos quienes decidan si quieren participar o no o si quieren asistir a la totalidad de las sesiones o tan sólo a algunas de ellas.

En este programa se abordan las actividades desde un triple enfoque: integral, preventivo e individualizado.

Las actividades encaminadas a este colectivo tendrán un enfoque integral interviniendo de forma simultánea en varias áreas de las que componen la conducta autodeterminada. Además, el programa no sólo busca la implicación de las personas con discapacidad intelectual sino que también está dirigido a las familias.

Por otro lado, el programa también tendrá un carácter preventivo ya que a través de las actuaciones propuestas se pretende ralentizar el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual. Asimismo, se trata de hacer frente a situaciones y aspectos que preocupan a estas personas y a sus familias a la hora de afrontar esta etapa del ciclo vital.

Finalmente, el programa también contará con un enfoque individualizado, adaptando las actuaciones a las necesidades y a las posibilidades de cada persona.

Este programa está compuesto por doce sesiones de dos horas de duración cada una de ellas en las que se trabajarán los contenidos planteados a través de las actuaciones que se sintetizan en el siguiente apartado.

F) Actividades.

Los contenidos establecidos serán trabajados en las doce sesiones que se describen brevemente a continuación.

Sesión 1: presentación del programa.

En esta primera sesión se llevará a cabo una reunión con las 16 personas con discapacidad intelectual destinatarias de este programa y con sus familiares. En ella, se

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

les pondrá en conocimiento de los resultados obtenidos en la investigación para explicarles las necesidades que han sido detectadas y, en función de ellas, el programa que se ha elaborado para darles respuesta.

Además, los profesionales encargados de implementar el programa, solventarán todas aquellas dudas que vayan surgiendo a lo largo de la sesión y darán a los usuarios la oportunidad de elegir si quieren o no participar en el programa así como de elegir a qué sesiones quieren acudir en caso de que todas ellas no sean de su interés.

Sesiones 2 y 3: “yo tomo las decisiones”.

A lo largo de estas dos sesiones se trabajará con las personas con discapacidad intelectual la importancia de tomar decisiones por sí mismos. Los profesionales elegirán los materiales que consideren oportunos y que más se ajusten a los usuarios para afrontar las sesiones.

Les ayudarán a tomar conciencia de lo importante que es poder elegir los aspectos relativos a su vida como la ropa que se compran o se ponen diariamente, las actividades que hacen en sus vacaciones o los fines de semana o a poder opinar en las decisiones que se toman en sus casas, no sólo sobre cosas banales sino también sobre aquellas decisiones relevantes y que afectan a sus vidas.

En la primera sesión, las personas con discapacidad intelectual comenzarán haciendo una lluvia de ideas acerca de las cosas que eligen habitualmente, así como sobre las que les gustaría poder decidir. A continuación, serán los profesionales los que completen ese abanico y les concreten todas aquellas cosas sobre las que pueden elegir.

Seguidamente, se centrará la sesión en la elección de la ropa que deben ponerse cada día (se escoge esta opción porque en el centro disponen de ropa por si en algún momento tienen que cambiarse). A través de ello se simulará una situación real en la que los usuarios tendrán que elegir la ropa que más le guste para las situaciones que los profesionales les irán proponiendo.

La segunda sesión comenzará con el visionado de unos pequeños videos en los que se muestran situaciones reales en las que unas personas toman decisiones por otras. Los usuarios tendrán que dar su opinión acerca de dichas situaciones y proponer soluciones.

Como en el centro tienen pocas oportunidades de elegir la comida, se hará una pequeña salida con los usuarios al mercado para que elijan algunos productos que les apetezca de aperitivo para media mañana.

Sesiones 4 y 5: “Qué hago en mi tiempo libre”.

Estas dos sesiones están destinadas a que los usuarios conozcan las diferentes actividades de ocio y tiempo libre que pueden hacer y que así puedan elegir las que más les gusten y las que mejor se adapten a sus posibilidades.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

En la primera sesión se trabajará en el centro. Las personas con discapacidad intelectual comenzará con una lluvia de ideas acerca de las actividades que hacen en su tiempo libre así como las que les gustaría hacer. Seguidamente, a través de unos videos e imágenes los profesionales les mostrarán los diferentes recursos y actividades con los que cuentan en sus concejos para pasar su tiempo de ocio.

Como gran parte de los destinatarios del programa son de Noreña o sus inmediaciones, en la segunda sesión se realizará una pequeña salida para conocer los recursos disponibles en el concejo para poder disfrutar de su tiempo libre.

Sesiones 6 y 7: “mi derecho a tener intimidad”.

A través de estas sesiones se pretende que las personas con discapacidad intelectual tomen conciencia de que tienen derecho a tener intimidad y a disfrutar de sus propios espacios sin que otras personas se los invadan.

En la primera sesión, los profesionales les pondrán en conocimiento de los principales derechos fundamentales recogidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) que toda persona tiene, a través del visionado de videos e imágenes realizados con símbolos y con lectura fácil con los que podrán comprender mejor el significado de cada uno de ellos.

La segunda sesión estará centrada en el derecho a la intimidad. Se comenzará con una lluvia de ideas donde cada usuario describirá qué entiende por intimidad. Seguidamente, los profesionales realizarán una concreción del término para dejarlo más claro. Finalmente, los usuarios elaborarán un mural en el aula con dibujos que recoja los lugares y las situaciones en los que ellos tienen derecho a tener intimidad.

Sesiones 8 y 9: “persigo mis objetivos”.

En estas dos sesiones los profesionales trabajarán con este grupo de personas la importancia que tiene para las personas el establecimiento de metas y objetivos que permitan guiar sus actuaciones y proyectos de futuro.

El establecimiento de metas ayuda a definir qué es lo que las personas esperamos de la vida y a identificar cómo conseguirlo. Los objetivos también sirven como fuente de motivación.

En la primera sesión, los usuarios comenzarán manifestando los objetivos de las cosas que hacen, porqué las hacen y cuáles son las metas que persiguen en su vida. Seguidamente, los profesionales les explicarán por qué es importante plantearnos objetivos y metas para nuestros proyectos de vida.

La segunda sesión estará destinada a la elaboración de carteles con pinturas y acuarelas en los que recogerán objetivos, metas y motivaciones de vida que, posteriormente, colgarán en los talleres que componen el centro.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Sesiones 10 y 11: “me desplazo por mi mismo/a”.

A través de estas dos sesiones los profesionales proporcionarán a los usuarios conocimientos acerca de las distintas formas de desplazarse de un lugar a otro.

La primera sesión se llevará a cabo en el centro. Las personas con discapacidad intelectual comenzarán con una lluvia de ideas sobre qué medios de transporte conocen, cuáles hay en Noreña y dónde se ubican las paradas. Seguidamente, los profesionales les mostrarán a través de imágenes y videos los diferentes medios de transporte público que hay en Noreña (autobús, tren, taxi) y el camino más rápido para llegar a ellos.

En la segunda sesión, se realizará una pequeña excursión para que conozcan en la práctica todo lo descrito en la sesión anterior, como por ejemplo el camino más rápido para ir de un sitio a otro, las líneas de bus que hay o la ubicación de las paradas.

Sesión 12: sesión de cierre.

En la última sesión se realizará una reunión con todos los participantes del programa para que expongan sus impresiones y opiniones acerca de las sesiones, de las temáticas abordadas, de las actividades realizadas y el grado de satisfacción al respecto.

G) Acciones complementarias.

Paralelamente al desarrollo de las sesiones que componen el programa, es fundamental que las familias colaboren y sigan unas pautas de actuación que contribuyan a reforzar el efecto de las actuaciones realizadas con las personas con discapacidad intelectual. Para ello, los profesionales mantendrán una reunión con las familias de los usuarios para proporcionarles las indicaciones que se sintetizan a continuación:

En primer lugar, es fundamental hacerles comprender la importancia de que las personas con discapacidad intelectual sean capaces de tomar decisiones por sí mismas. Deben favorecer el desarrollo de una conducta autónoma y autodeterminada.

Estas personas tienen que participar en las decisiones que se toman en su casa, y por tanto deben pedirles su opinión tanto para cosas irrelevantes como para decisiones que pueden suponer cambios en su vida. De esta manera se sentirán integrados y valorados. Asimismo, la persona con discapacidad intelectual debe ser ella misma la que elija la ropa que se compra y la que quiere ponerse cada día. Es una manera de reforzar su autonomía y también su autoestima.

Para estas personas, la realización de actividades de ocio y tiempo libre es muy enriquecedor ya que les ayuda a sentirse bien tanto física como mentalmente. Las familias deben dejar que sean las personas con discapacidad intelectual las que escojan por sí mismas las actividades que quieren hacer y no imponérselas. Además, esto puede facilitar su inclusión social al ampliar el círculo de personas con las que se relacionan.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Las familias también deben proporcionarles información acerca de los recursos y los servicios disponibles en su comunidad para poder aprovechar todas las oportunidades al máximo. Asimismo, es importante que las personas con discapacidad intelectual conozcan los medios de transporte públicos de su entorno para que puedan desplazarse con autonomía a los lugares que frecuentan habitualmente.

Finalmente, las familias deben evitar la sobreprotección y la infantilización que en muchas ocasiones sufren estas personas por miedo a que les ocurran cosas perjudiciales. Todo ello contribuirá a que puedan lograr una mayor calidad de vida.

H) Recursos.

Para la implementación de este programa se contará con un equipo multidisciplinar, un conjunto de personas con diferente formación y experiencias profesionales que trabajen en conjunto para la consecución de los objetivos prefijados.

Es imprescindible disponer de profesionales debidamente cualificados y con un alto nivel de implicación ya que en sus manos está, en gran medida, el éxito o el fracaso de las tareas a desempeñar.

Es por ello que se contará con una **pedagoga** contratada en funciones de coordinación y dirección del programa.

Además, se dispondrá de dos **psicólogos**, dos **pedagogos**, y dos **trabajadores sociales**, un total de 7 profesionales con la finalidad de conformar un equipo multidisciplinar y generar una intervención más enriquecedora.

Por otro lado, para el buen desarrollo del programa se debe disponer de una serie de recursos materiales que permitan llevar a cabo las actividades planteadas. Estos son:

- Un aula donde desarrollar las sesiones.
- Mesas y sillas para realizar las tareas.
- Un proyector.
- Un papelógrafo.
- Bolígrafos.
- Folios.

I) Temporalización.

Este programa tendrá una duración de un mes y medio (seis semanas). En total, el programa estará formado por doce sesiones y se trabajarán dos sesiones por semana, una el lunes y otra el jueves. Las sesiones tendrán una duración aproximada de dos horas cada una de ellas, aunque esta duración puede variar en función del interés suscitado por el tema o de la implicación de los usuarios en las sesiones.

J) Evaluación.

Se adopta como decisión estratégica que la finalidad de la evaluación no sea el control sino la de ser una herramienta de cambio encaminada a la mejora del programa. Se hará utilización directa de la información para tomar decisiones relativas a mantener, mejorar, modificar o suprimir el programa.

Los objetivos de la evaluación son:

- Determinar la incidencia y satisfacción en el colectivo al que se dirige.
- Aportar nuevos elementos que ayuden al desarrollo y a la eficacia del programa.
- Servir de base para diseñar nuevas iniciativas.

Los criterios de evaluación son:

- Comprobar el grado en que se alcanzan los objetivos.
- Detección de disfuncionalidades que permitan adoptar medidas correctoras.
- Valoración del nivel de cobertura de las necesidades de las y los participantes.

En este programa se contemplará una evaluación realizada en tres momentos diferentes del proceso. En este sentido, se llevará a cabo la siguiente evaluación:

- Evaluación inicial: para ver qué cantidad de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento están dispuestos a participar en el programa así como las ideas previas que tienen acerca de los contenidos que se van a abordar así como las temáticas sobre las que les gustaría trabajar. Del mismo modo, también se tendrá en cuenta la opinión de las familias al respecto. Asimismo, se contará con la observación participante realizada por los profesionales a través de la que se observarán aspectos como las actitudes que muestren, los comentarios que hagan y el número de participantes.
- Evaluación de proceso: Para realizar esta evaluación se recurre a la observación participante que hacen los profesionales de las personas implicadas del programa, de la motivación y las ganas con que lo hacen, de los comentarios que van haciendo a lo largo de las sesiones y viendo el grado de satisfacción que obtienen en cada una de las sesiones. Todos estos datos serán recogidos por los profesionales en un informe al finalizar cada una de las sesiones incorporando todos aquellos aspectos que considere oportunos.
- Evaluación final: Está encaminada a valorar el grado de consecución de los objetivos establecidos y el grado de satisfacción de las personas con discapacidad intelectual y sus familias. Una vez que la aplicación del programa haya finalizado, se recomienda volver a aplicar las dos escalas utilizadas (Escala INICO-FEAPS y Escala San Martín) para ver qué efectos ha tenido la intervención realizada en las dimensiones de calidad de vida, concretamente en la dimensión autodeterminación.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tras el procesamiento de los datos obtenidos y el análisis de los mismos se elaborará un informe final en el que se recojan tanto los resultados de la evaluación como las propuestas de mejora de cara la continuidad del programa.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Agudo Díaz, A. L., Alcedo Rodríguez, M. A., Fontanil Gómez, Y., Arias Martínez, B. y Verdugo Alonso, M. A. (2001). *Discapacidad y envejecimiento: necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuesta de líneas de actuación*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Álvarez Rojo, V.B. y García Pastor, C. (1997). *Orientación vocacional de jóvenes con necesidades especiales. Un programa de transición a la vida adulta*. Madrid: EOS.
- Arellano, A. y Peralta, F. (2013). Autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual como objetivo educativo y derecho básico: estado de la cuestión. *Revista Española de Discapacidad*, I (I), 97-117.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana sobre Retraso Mental. (2004). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Asociación Pro Ayuda a Deficientes Psíquicos de Asturias – ADEPAS. (2014). *Plan general de intervención*. Documento de uso interno.
- Berjano Peirats, E. y García Burgos, E. (2009). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI*. Madrid: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual – FEAPS.
- Bisquerra Alzina, R. (coord.). (2009). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Constitución Española de 1978. (BOE núm. 311, 29 de diciembre de 1978).
- Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948). Recuperado el 10 de abril de 2015 de http://www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_file_file/declaracion_universal_derechos_humanos.pdf.
- Fernández Fernández, S. (2009). *Atención educativa a las personas con discapacidad*. Trabajo no publicado. Autor.
- Fernández Fernández, S., Iglesias García, M. T., Elizalde Sánchez, M. J., Martínez Rodríguez, T. y Rodríguez Rodríguez, P. (2007). Evaluación de experiencias integradoras en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Aula Abierta* 86, 29-54.
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia*

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado el 25 de febrero de 2015 de <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. (BOE núm. 103, 30 de abril de 1982, 11106 - 11112).

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE núm. 299, 15 de diciembre de 2006, 44142 - 44156).

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M.; Reeve, A., et al. (2002). *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th edition). Washington, D. C.; American Association on Mental Retardation. Traducción española (2004): Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo (10ª edición). Madrid: Alianza.

Martínez, M., Casas, M. y Domingo, A. (2004). *El aprendizaje para la autodeterminación*. Madrid: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual – FEAPS.

Organización Mundial de la Salud. (1980). *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Pérez Gil, R. (Ed.). (2002). *Hacia una cálida vejez. Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental*. Madrid: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual – FEAPS.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (BOE núm. 289, 3 de diciembre de 2013, 95635 - 95673).

Romañach Cabrero, J. y Lobato, M. (2007). Diversidad funcional. En L. Álvarez Pousa, J., T. Barberena Fernández, O. Reboiras Loureiro y J. Evans Pim (Coords.), *Comunicación y discapacidades: actas do Foro Internacional* (pp. 321-330). Santiago de Compostela: Observatorio Galego dos Medios: Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. Recuperado el 17 de marzo de 2015 de http://dialnet.unirioja.es/servlet/dfichero_articulo?codigo=2393402&orden=0

Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.

Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38 (4), 21-36.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Tamarit, J. (2001). Propuestas para el fomento de la autodeterminación en personas con autismo y retraso mental. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urrés. (Eds.). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca: Amarú Ediciones. Recuperado el 8 de abril de 2015 de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26081/tamarit.pdf>
- Tamarit, J. (2005). Discapacidad intelectual. En M. G. Milla y F. Mulas (Coords.). *Manual de atención temprana* (pp. 663-682). Valencia: Editorial Promolibro. Recuperado el 15 de abril de http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/material_complementario/m1/Discapacidad_intelectual.pdf
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M. et al. (2010). Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 233, 7-22. Recuperado el 17 de abril de 2015 de <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART14280/233-1%20Thompson.pdf>
- Verdugo Alonso, M. A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 25 (5), 5-24.
- Verdugo Alonso, M. A. (2002). Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo. En R. Pérez Gil. (Ed.). *Hacia una cálida vejez: calidad de vida para la persona mayor con retraso mental* (pp. 79-100). Madrid: FEAPS.
- Verdugo Alonso, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo Cero*, 34 (1), 5-19.
- Verdugo Alonso, M. A. (2004). *Calidad de vida y calidad de vida familiar. II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual: Enfoques y Realidad: Un Desafío*. Medellín, Colombia.
- Verdugo Alonso, M. A. y Vicent Ramis, C. (2004). *Evaluación de la calidad de vida en empleo con apoyo. Proyecto ALSOI*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.
- Verdugo, M. A., Ibáñez, A. y Arias, B. (2007). La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS). Adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas. *Siglo Cero*, 38 (2), 5-16.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B. y Schalock, R. (2009). *Escala Integral de Calidad de Vida*. Madrid: CEPE Editorial.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D. y Tamarit, J. (2013). *Escala INICO – FEAPS: Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Navallas, E., Fernández, S. y Hierro, I. (2014). *Escala San Martín. Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas*. Santander: Fundación Obra San Martín.
- Wehmeyer, M. L. (2001). Autodeterminación. Una visión de conjunto. En M. A. Verdugo Alonso y F. B. Jordán de Urrés Vega (Coords). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad* (pp. 113-133). Salamanca: Amarú.
- Wehmeyer, M. L. (2006). Autodeterminación y personas con discapacidades severas. *Siglo Cero*, 37 (4), 5-16.
- Wehmeyer, M., Kelchner, K. y Richards, S. (1996). Principales características de la conducta autodeterminada de las personas con retraso mental. *Revista Siglo Cero*, 27, 17-24.
- Wehmeyer, M., Buntinx, W. H. E., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R., Verdugo, M. A. et al. (2008). El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 227, 5-18.

Sitios web consultados:

- Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual – FEAPS. (s. f.). Recuperado el 7 de febrero de 2015, de <http://www.feaps.org/>.
- Cuitiño Quinteros, V., Díaz Munizaga, N., Muñoz Muñoz, K. y Vega Morgado, C. (2009). *Discapacidad intelectual, una atención a la diversidad*, [Blog]. Chile: Universidad de la Serena. Disponible en: <http://discapacidadintelectual09.blogspot.com.es/> [2015, 2 de abril].
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (s. f.). recuperado el 26 de marzo de 2015, de http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (s. f.). Recuperado el 15 de marzo de 2015, de <http://www.ine.es/>

8. ANEXOS.

Anexo 1: Autorización del Centro Ocupacional ADEPAS para el uso de datos.



AUTORIZACIÓN USO DATOS

D. Higinio Uría Marbán, con DNI 10072725J como Director del Centro Ocupacional de ADEPAS en Noreña, AUTORIZA el uso y explotación de los datos incluidos en los extractos parciales (febrero de 2015) que se han aportado, procedentes de las aplicaciones Escala INICO-FEAPS y Escala San Martín a las personas usuarias del citado Centro Ocupacional, a Dña. Graciela Fonticiella Victorero, con DNI 76964427X, para su utilización y tratamiento en los trabajos y actividades derivadas del Trabajo Fin de Master correspondiente al Máster de Intervención e Investigación socioeducativa de la Universidad de Oviedo que está realizando, y siempre y cuando en todos aquellos casos en los que se utilicen se cite nuestra entidad¹ como fuente y origen de los mismos así como se aporten a la entidad ADEPAS los resultados derivados de las investigaciones y trabajos llevados a cabo con ellos.

Y para que conste a los efectos que se estimen oportunos, lo firmo en Oviedo, a 07 de abril de 2015

Fdo. Higinio Uría Marbán
Director Centro Ocupacional y
MiniResidencia ADEPAS

¹ Para referencia: Centro Ocupacional ADEPAS (ASOCIACION PRO AYUDA A DEFICIENTES PSIQUICOS DE ASTURIAS). Noreña. Asturias.

Anexo 2: Dimensión autodeterminación de la Escala INICO-FEAPS.

INFORME DE OTRAS PERSONAS

INSTRUCCIONES:

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

CLAVE DE RESPUESTA:

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

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

AUTOINFORME

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

CLAVE DE RESPUESTA:

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

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

Anexo 3: Dimensión autodeterminación de la Escala San Martín.

INSTRUCCIONES:

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

CLAVE DE RESPUESTA:

N	NUNCA	A	ALGUNAS VECES	F	FRECUENTEMENTE	S	SIEMPRE
---	-------	---	---------------	---	----------------	---	---------

AUTODETERMINACIÓN		N	A	F	S
1	Las personas que le proporcionan apoyos tienen en cuenta sus preferencias y elecciones	1	2	3	4
2	Participa en la elaboración de su plan individual de apoyos	1	2	3	4
3	El personal del centro respeta sus decisiones	1	2	3	4
4	Elige cómo pasar su tiempo libre	1	2	3	4
5	Se toman medidas específicas para permitir que ejerza influencia en su entorno (i.e., ambiente físico, material, social)	1	2	3	4
6	Se toman medidas específicas para permitir que haga elecciones	1	2	3	4
7	Tiene oportunidades para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud (e.g., participar en una actividad de ocio, irse a la cama a una hora determinada, ponerse la ropa que otros le eligen)	1	2	3	4
8	Elige la comida o parte de la comida cuando hay variedad en 1º, 2º y postre	1	2	3	4
9	Decora la habitación a su gusto	1	2	3	4
10	Se le proporcionan apoyos que tienen en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias (e.g., las personas que le proporcionan los apoyos, estar solo/a o en grupo, lugares en los que estar, tiempo, ritmos)	1	2	3	4
11	Se considera detenidamente la decisión de llevar a cabo una acción si la persona la experimenta como desagradable (e.g., durante el cuidado personal, comida, actividades)	1	2	3	4
12	Tiene un programa diario de actividades adecuado a sus preferencias	1	2	3	4

Puntuación Directa Total

Anexo 4: Guión de la entrevista acerca de la dimensión autodeterminación a mayores de 45 años.

1. ¿Quién te acompaña a coger el autobús para venir al Centro Ocupacional ADEPAS?
2. ¿Alguna vez te has subido en un taxi? ¿Con quién?
3. ¿Eliges cosas a lo largo del día? ¿Qué sueles elegir?
4. ¿De qué color es tu habitación? ¿Lo has elegido tú?
5. ¿Las personas con quienes vives te piden permiso para entrar en tu habitación?
6. ¿Te gusta que alguien elija las cosas por ti? ¿Por ejemplo tus padres o tus hermanos?
7. ¿Te gusta la ropa que te pones?
8. ¿Eliges tú la ropa que te pones diariamente?
9. ¿Quién te compra la ropa?
10. ¿Tú también vas a comprarla?
11. ¿Participas en las decisiones que se toman en tu casa? Ponme algún ejemplo.
12. ¿Eliges lo que quieres comer en el Centro Ocupacional ADEPAS?
13. ¿Eliges la comida que quieres comer fuera del centro? ¿Qué es lo que más te gusta?
14. Cuando quieres elegir otra ropa u otra comida, ¿lo expresas claramente?
15. ¿Qué te gusta hacer los fines de semana?
16. ¿Lo eliges tú o lo eligen tus familiares?
17. ¿Te preguntan qué quieres hacer?
18. ¿Qué te gustaría hacer los fines de semana?
19. ¿Qué haces en las vacaciones de verano? Pon ejemplos.
20. ¿En el Centro Ocupacional ADEPAS te preguntan qué actividades quieres hacer?
21. ¿Piensas en las consecuencias antes de tomar una decisión? Pon un ejemplo.
22. Pon un ejemplo de algo que te gustaría ser o algo que te gustaría conseguir.

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Anexo 5: Distribución de la muestra en función del nivel de discapacidad.

Escala INICO-FEAPS:

		Menor o mayor de 45 años			
		Menor de 45 años		Mayor o igual a 45 años	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Nivel de Discapacidad	Límite	1	3,6%	0	0,0%
	Ligera	7	25,0%	8	72,7%
	Moderada	17	60,7%	3	27,3%
	Severa	3	10,7%	0	0,0%
	Profunda	0	0,0%	0	0,0%

Escala San Martín:

		Menor o mayor de 45 años			
		Menor de 45 años		Mayor o igual a 45 años	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Nivel de Discapacidad	Límite	0	0,0%	0	0,0%
	Ligera	1	10,0%	0	0,0%
	Moderada	3	30,0%	2	50,0%
	Severa	5	50,0%	2	50,0%
	Profunda	1	10,0%	0	0,0%

Anexo 6: Distribución de la muestra en función del grado de dependencia.

Escala INICO-FEAPS

		Menor o mayor de 45 años			
		Menor de 45 años		Mayor o igual a 45 años	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Grado de dependencia	Moderada	8	38,1%	6	75,0%
	Severa	13	61,9%	2	25,0%
	Gran Dependencia	0	0,0%	0	0,0%

Escala San Martín:

		Menor o mayor de 45 años			
		Menor de 45 años		Mayor o igual a 45 años	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Grado de dependencia	Moderada	1	9,1%	0	0,0%
	Severa	5	45,5%	3	75,0%
	Gran Dependencia	5	45,5%	1	25,0%

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Anexo 7: Distribución de la muestra en función del nivel de apoyos.

Escala INICO-FEAPS:

		Menor o mayor de 45 años			
		Menor de 45 años		Mayor o igual a 45 años	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Nivel de Apoyo	Intermitente	16	55,2%	9	75,0%
	Limitado	12	41,4%	2	16,7%
	Extenso	1	3,4%	1	8,3%
	Generalizado	0	0,0%	0	0,0%

Escala San Martín:

		Menor o mayor de 45 años			
		Menor de 45 años		Mayor o igual a 45 años	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Nivel de Apoyo	Intermitente	0	0,0%	0	0,0%
	Limitado	0	0,0%	0	0,0%
	Extenso	11	91,7%	2	50,0%
	Generalizado	1	8,3%	2	50,0%

Anexo 8: Tablas completas obtenidas con el programa estadístico SPSS de las que se han sacado todos los resultados.

Tabla 1: Contraste de medias de la versión “informe de otras personas” de la Escala INICO-FEAPS.

	Menor o mayor de 45 años	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
percopau	Menor de 45 años	30	8,9667	2,65854	,48538
	Mayor o igual a 45 años	12	11,0833	3,36988	,97280
percopde	Menor de 45 años	30	9,8667	1,87052	,34151
	Mayor o igual a 45 años	12	11,7500	1,48477	,42862
percopbe	Menor de 45 años	30	11,1000	3,03258	,55367
	Mayor o igual a 45 años	12	10,8333	3,27062	,94415
percopis	Menor de 45 años	30	9,2000	2,21904	,40514
	Mayor o igual a 45 años	12	10,8333	2,44330	,70532
percopdp	Menor de 45 años	30	10,0000	2,13348	,38952
	Mayor o igual a 45 años	12	11,1667	1,89896	,54818
percopri	Menor de 45 años	30	10,0333	2,41380	,44070
	Mayor o igual a 45 años	12	11,4167	2,96827	,85686
peropbm	Menor de 45 años	30	8,2000	2,48305	,45334
	Mayor o igual a 45 años	12	8,5000	3,50325	1,01130
percopbf	Menor de 45 años	30	10,1667	2,06920	,37778
	Mayor o igual a 45 años	12	10,5000	2,71360	,78335
PEOPtotal	Menor de 45 años	30	77,5333	11,90692	2,17390
	Mayor o igual a 45 años	12	86,0833	16,39544	4,73296
ICDobjetiva	Menor de 45 años	30	97,8667	9,98873	1,82368
	Mayor o igual a 45 años	12	105,1667	13,71020	3,95780
PCDVop	Menor de 45 años	30	45,5000	23,03633	4,20584
	Mayor o igual a 45 años	12	60,2500	27,22340	7,85872

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tabla 2: Contraste de medias de la versión “autoinforme” de la Escala INICO-FEAPS.

	Menor o mayor de 45 años	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
percauau	Menor de 45 años	30	36,4667	24,64609	4,49974
	Mayor o igual a 45 años	12	45,5833	28,26645	8,15982
percaude	Menor de 45 años	30	48,5333	28,66661	5,23378
	Mayor o igual a 45 años	12	48,9167	24,68882	7,12705
percaube	Menor de 45 años	30	64,1667	30,27242	5,52696
	Mayor o igual a 45 años	12	54,0833	31,16075	8,99533
percauis	Menor de 45 años	30	47,2333	27,34288	4,99210
	Mayor o igual a 45 años	12	59,8333	28,52697	8,23503
percaudp	Menor de 45 años	30	57,2000	22,47359	4,10310
	Mayor o igual a 45 años	12	58,1667	29,63669	8,55538
percauri	Menor de 45 años	30	55,0333	27,76935	5,06997
	Mayor o igual a 45 años	12	53,5000	32,04684	9,25113
peraubm	Menor de 45 años	30	45,7667	27,42096	5,00636
	Mayor o igual a 45 años	12	42,8333	30,06004	8,67759
percaubf	Menor de 45 años	30	48,8667	28,50618	5,20449
	Mayor o igual a 45 años	12	55,8333	29,10431	8,40169
PEAUtotal	Menor de 45 años	30	79,7000	12,43507	2,27032
	Mayor o igual a 45 años	12	81,0833	13,89217	4,01032
ICDsubjetiva	Menor de 45 años	30	99,6667	11,37248	2,07632
	Mayor o igual a 45 años	12	101,0000	12,56257	3,62650
PCDVau	Menor de 45 años	30	49,9667	24,51668	4,47611
	Mayor o igual a 45 años	12	52,0000	26,83282	7,74597

Tabla 3: Contraste de medias de la Escala San Martin.

	Menor o mayor de 45 años	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
percopau	Menor de 45 años	12	49,00	16,641	4,804
	Mayor o igual a 45 años	4	26,75	16,070	8,035
percopde	Menor de 45 años	12	40,83	13,730	3,964
	Mayor o igual a 45 años	4	50,00	10,614	5,307
percopbe	Menor de 45 años	12	49,00	12,778	3,689
	Mayor o igual a 45 años	4	53,50	19,000	9,500
percopis	Menor de 45 años	12	36,33	14,625	4,222
	Mayor o igual a 45 años	4	25,25	16,500	8,250
percopdp	Menor de 45 años	12	22,08	10,933	3,156
	Mayor o igual a 45 años	4	27,25	16,939	8,469
percopri	Menor de 45 años	12	32,92	13,977	4,035
	Mayor o igual a 45 años	4	23,50	9,950	4,975
peropbm	Menor de 45 años	12	13,50	14,381	4,151
	Mayor o igual a 45 años	4	5,00	4,619	2,309
percopbf	Menor de 45 años	12	19,25	14,143	4,083
	Mayor o igual a 45 años	4	16,50	17,445	8,723
PEOPtotal	Menor de 45 años	12	67,08	6,640	1,917
	Mayor o igual a 45 años	4	62,25	7,762	3,881
ICDobjetiva	Menor de 45 años	12	90,00	5,009	1,446
	Mayor o igual a 45 años	4	86,25	6,131	3,065
PCDVop	Menor de 45 años	12	25,92	10,370	2,994
	Mayor o igual a 45 años	4	19,00	10,863	5,431

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tabla 4: prueba “t” de Student de la versión “informe de otra personas” de la Escala INICO-FEAPS.

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
percopau	Se asumen varianzas iguales	2,496	,122	-2,158	40	,037
	No se asumen varianzas iguales			-1,947	16,765	,068
percopde	Se asumen varianzas iguales	,631	,432	-3,110	40	,003
	No se asumen varianzas iguales			-3,437	25,501	,002
percopbe	Se asumen varianzas iguales	,149	,701	,252	40	,802
	No se asumen varianzas iguales			,244	19,014	,810
percopis	Se asumen varianzas iguales	,292	,592	-2,095	40	,043
	No se asumen varianzas iguales			-2,008	18,685	,059
percopdp	Se asumen varianzas iguales	,005	,946	-1,649	40	,107
	No se asumen varianzas iguales			-1,735	22,715	,096
percopri	Se asumen varianzas iguales	1,165	,287	-1,571	40	,124
	No se asumen varianzas iguales			-1,436	17,134	,169
peropbm	Se asumen varianzas iguales	,930	,341	-,314	40	,755
	No se asumen varianzas iguales			-,271	15,626	,790
percopbf	Se asumen varianzas iguales	2,383	,131	-,431	40	,669
	No se asumen varianzas iguales			-,383	16,376	,706
PEOPtotal	Se asumen varianzas iguales	,847	,363	-1,883	40	,067
	No se asumen varianzas iguales			-1,642	15,863	,120
ICDobjetiva	Se asumen varianzas iguales	,933	,340	-1,919	40	,062
	No se asumen varianzas iguales			-1,675	15,895	,113
PCDVop	Se asumen varianzas iguales	,235	,630	-1,780	40	,083
	No se asumen varianzas iguales			-1,655	17,654	,116

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tabla 5: prueba “t” de Student de la Escala San Martín.

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
percopau	Se asumen varianzas iguales	,255	,621	2,333	14	,035
	No se asumen varianzas iguales			2,377	5,342	,060
percopde	Se asumen varianzas iguales	1,399	,257	-1,210	14	,246
	No se asumen varianzas iguales			-1,384	6,710	,211
percopbe	Se asumen varianzas iguales	,875	,365	-,544	14	,595
	No se asumen varianzas iguales			-,442	3,948	,682
percopis	Se asumen varianzas iguales	,000	,995	1,276	14	,223
	No se asumen varianzas iguales			1,196	4,689	,289
percopdp	Se asumen varianzas iguales	,515	,485	-,718	14	,485
	No se asumen varianzas iguales			-,572	3,871	,599
percopri	Se asumen varianzas iguales	,455	,511	1,234	14	,238
	No se asumen varianzas iguales			1,470	7,374	,183
peropbm	Se asumen varianzas iguales	2,154	,164	1,139	14	,274
	No se asumen varianzas iguales			1,789	13,960	,095
percopbf	Se asumen varianzas iguales	,634	,439	,319	14	,754
	No se asumen varianzas iguales			,286	4,401	,788
PEOPtotal	Se asumen varianzas iguales	,056	,816	1,214	14	,245
	No se asumen varianzas iguales			1,117	4,568	,319
ICDobjetiva	Se asumen varianzas iguales	,005	,946	1,233	14	,238
	No se asumen varianzas iguales			1,106	4,424	,325
PCDVop	Se asumen varianzas iguales	,115	,739	1,143	14	,272
	No se asumen varianzas iguales			1,115	4,974	,316

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tabla 6: ítems de la dimensión autodeterminación de la versión “informe de otras personas” de la Escala INICO-FEAPS.

		Menor o mayor de 45 años			
		Menor de 45 años		Mayor o igual a 45 años	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Utiliza el transporte público por sí mismo/a (sin supervisión)	Nunca	17	56,7%	2	16,7%
	Algunas Veces	9	30,0%	3	25,0%
	Frecuentemente	1	3,3%	2	16,7%
	Siempre	3	10,0%	5	41,7%
Decide quién entra en sus espacios de intimidad	Nunca	4	13,3%	0	0,0%
	Algunas Veces	8	26,7%	6	50,0%
	Frecuentemente	15	50,0%	3	25,0%
	Siempre	3	10,0%	3	25,0%
Participa en las decisiones que se toman en su casa	Nunca	7	23,3%	3	25,0%
	Algunas Veces	13	43,3%	2	16,7%
	Frecuentemente	10	33,3%	6	50,0%
	Siempre	0	0,0%	1	8,3%
Elige la ropa que se compra	Nunca	5	16,7%	2	16,7%
	Algunas Veces	8	26,7%	3	25,0%
	Frecuentemente	13	43,3%	2	16,7%
	Siempre	4	13,3%	5	41,7%
Otra persona decide la ropa que se pone cada día	Siempre	4	13,3%	0	0,0%
	Frecuentemente	6	20,0%	1	8,3%
	Algunas Veces	13	43,3%	4	33,3%
	Nunca	7	23,3%	7	58,3%
Otras personas eligen las actividades que hace en su tiempo libre	Siempre	6	20,0%	0	0,0%
	Frecuentemente	5	16,7%	2	16,7%
	Algunas Veces	17	56,7%	6	50,0%
	Nunca	2	6,7%	4	33,3%
Valora las posibles consecuencias antes de tomar una decisión	Nunca	8	26,7%	1	8,3%
	Algunas Veces	10	33,3%	6	50,0%
	Frecuentemente	8	26,7%	5	41,7%
	Siempre	4	13,3%	0	0,0%
Carece de metas, objetivos e intereses personales	Siempre	6	20,0%	2	16,7%
	Frecuentemente	4	13,3%	3	25,0%
	Algunas Veces	14	46,7%	3	25,0%
	Nunca	6	20,0%	4	33,3%
Expresa sus preferencias (verbal o gestualmente), cuando le permiten elegir	Nunca	1	3,3%	0	0,0%
	Algunas Veces	1	3,3%	1	8,3%
	Frecuentemente	14	46,7%	3	25,0%
	Siempre	14	46,7%	8	66,7%

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tabla 7: ítems de la dimensión autodeterminación de la versión “autoinforme” de la Escala INICO-FEAPS.

		Menor o mayor de 45 años			
		Menor de 45 años		Mayor o igual a 45 años	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Utilizo el transporte público por mí mismo/a (sin supervisión)	Nunca	20	66,7%	3	25,0%
	Algunas Veces	5	16,7%	4	33,3%
	Frecuentemente	3	10,0%	2	16,7%
	Siempre	2	6,7%	3	25,0%
Decido quién entra en mis espacios de intimidad	Nunca	2	6,7%	4	33,3%
	Algunas Veces	11	36,7%	1	8,3%
	Frecuentemente	4	13,3%	1	8,3%
	Siempre	13	43,3%	6	50,0%
Participo en las decisiones que se toman en mi casa	Nunca	5	16,7%	2	16,7%
	Algunas Veces	12	40,0%	2	16,7%
	Frecuentemente	5	16,7%	3	25,0%
	Siempre	8	26,7%	5	41,7%
Elijo la ropa que me compro	Nunca	9	30,0%	2	16,7%
	Algunas Veces	8	26,7%	2	16,7%
	Frecuentemente	1	3,3%	0	0,0%
	Siempre	12	40,0%	8	66,7%
Otra persona decide la ropa que me pongo cada día	Siempre	13	43,3%	6	50,0%
	Frecuentemente	4	13,3%	1	8,3%
	Algunas Veces	4	13,3%	2	16,7%
	Nunca	9	30,0%	3	25,0%
Otra persona elige las actividades que hago en mi tiempo libre	Siempre	10	33,3%	9	75,0%
	Frecuentemente	1	3,3%	0	0,0%
	Algunas Veces	13	43,3%	1	8,3%
	Nunca	6	20,0%	2	16,7%
Valoro las posibles consecuencias antes de tomar una decisión	Nunca	0	0,0%	1	8,3%
	Algunas Veces	16	53,3%	3	25,0%
	Frecuentemente	7	23,3%	2	16,7%
	Siempre	7	23,3%	6	50,0%
Hago planes para llevar a cabo los proyectos que me interesan	Nunca	7	23,3%	2	16,7%
	Algunas Veces	11	36,7%	3	25,0%
	Frecuentemente	7	23,3%	3	25,0%
	Siempre	5	16,7%	4	33,3%
Expreso mis preferencias cuando me permiten elegir	Nunca	1	3,3%	1	8,3%
	Algunas Veces	6	20,0%	0	0,0%
	Frecuentemente	5	16,7%	2	16,7%
	Siempre	18	60,0%	9	75,0%

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tabla 8: ítems de la dimensión autodeterminación de la Escala San Martín.

		Menor o mayor de 45 años			
		Menor de 45 años		Mayor o igual a 45 años	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Las personas que le proporcionan apoyos tienen en cuenta sus preferencias y elecciones	Nunca	0	0,0%	0	0,0%
	Algunas Veces	0	0,0%	0	0,0%
	Frecuentemente	9	75,0%	3	75,0%
	Siempre	3	25,0%	1	25,0%
Participa en la elaboración de su plan individual de apoyos	Nunca	1	8,3%	0	0,0%
	Algunas Veces	10	83,3%	3	75,0%
	Frecuentemente	1	8,3%	1	25,0%
	Siempre	0	0,0%	0	0,0%
El personal del centro respeta sus decisiones	Nunca	0	0,0%	0	0,0%
	Algunas Veces	5	41,7%	2	50,0%
	Frecuentemente	7	58,3%	1	25,0%
	Siempre	0	0,0%	1	25,0%
Elige cómo pasar su tiempo libre	Nunca	4	33,3%	3	75,0%
	Algunas Veces	2	16,7%	1	25,0%
	Frecuentemente	6	50,0%	0	0,0%
	Siempre	0	0,0%	0	0,0%
Se toman medidas específicas para permitir que ejerza influencia en su entorno	Nunca	3	25,0%	2	50,0%
	Algunas Veces	7	58,3%	2	50,0%
	Frecuentemente	2	16,7%	0	0,0%
	Siempre	0	0,0%	0	0,0%
Se toman medidas específicas para permitir que haga elecciones	Nunca	0	0,0%	0	0,0%
	Algunas Veces	0	0,0%	0	0,0%
	Frecuentemente	8	66,7%	3	75,0%
	Siempre	4	33,3%	1	25,0%
Tiene oportunidades para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud	Nunca	0	0,0%	0	0,0%
	Algunas Veces	1	8,3%	1	25,0%
	Frecuentemente	4	33,3%	2	50,0%
	Siempre	7	58,3%	1	25,0%
Elige la comida o parte de la comida cuando hay variedad en 1°, 2° y postre	Nunca	9	75,0%	2	50,0%
	Algunas Veces	3	25,0%	2	50,0%
	Frecuentemente	0	0,0%	0	0,0%
	Siempre	0	0,0%	0	0,0%
Decora la habitación a su gusto	Nunca	6	50,0%	4	100,0%
	Algunas Veces	2	16,7%	0	0,0%
	Frecuentemente	3	25,0%	0	0,0%
	Siempre	1	8,3%	0	0,0%
Se le proporcionan apoyos que tienen en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias	Nunca	0	0,0%	0	0,0%
	Algunas Veces	1	8,3%	2	50,0%
	Frecuentemente	7	58,3%	2	50,0%
	Siempre	4	33,3%	0	0,0%
Se considera detenidamente la decisión de llevar a cabo una acción desagradable para la persona	Nunca	0	0,0%	0	0,0%
	Algunas Veces	1	8,3%	1	25,0%
	Frecuentemente	2	16,7%	1	25,0%
	Siempre	9	75,0%	2	50,0%
Tiene un programa diario de actividades adecuado a sus preferencias	Nunca	0	0,0%	0	0,0%
	Algunas Veces	4	33,3%	3	75,0%
	Frecuentemente	8	66,7%	1	25,0%
	Siempre	0	0,0%	0	0,0%

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tabla 9: prueba Chi Cuadrado de Pearson versión “informe de otras personas” de la Escala INICO-FEAPS (en amarillo el único ítem en el que se aprecian diferencias significativas).

Utiliza el transporte público por sí mismo/a (sin supervisión) * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	8,979 ^a	1	,003		
Corrección de continuidad ^b	6,802	1	,009		
Razón de verosimilitud	8,442	1	,004		
Prueba exacta de Fisher				,006	,006
Asociación lineal por lineal	8,765	1	,003		
N de casos válidos	42				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,14.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Decide quién entra en sus espacios de intimidad * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,350 ^a	1	,554		
Corrección de continuidad ^b	,061	1	,805		
Razón de verosimilitud	,348	1	,555		
Prueba exacta de Fisher				,732	,400
Asociación lineal por lineal	,342	1	,559		
N de casos válidos	42				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,14.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Participa en las decisiones que se toman en su casa * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2,224 ^a	1	,136		
Corrección de continuidad ^b	1,307	1	,253		
Razón de verosimilitud	2,200	1	,138		
Prueba exacta de Fisher				,174	,127
Asociación lineal por lineal	2,171	1	,141		
N de casos válidos	42				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,86.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Elige la ropa que se compra * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,010 ^a	1	,921		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,010	1	,921		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,600
Asociación lineal por lineal	,009	1	,922		
N de casos válidos	42				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,14.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Otra persona decide la ropa que se pone cada día * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2,771 ^a	1	,096		
Corrección de continuidad ^b	1,629	1	,202		
Razón de verosimilitud	3,228	1	,072		
Prueba exacta de Fisher				,133	,097
Asociación lineal por lineal	2,705	1	,100		
N de casos válidos	42				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,14.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Otras personas eligen las actividades que hace en su tiempo libre * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,604 ^a	1	,205		
Corrección de continuidad ^b	,805	1	,370		
Razón de verosimilitud	1,729	1	,188		
Prueba exacta de Fisher				,282	,187
Asociación lineal por lineal	1,566	1	,211		
N de casos válidos	42				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Valora las posibles consecuencias antes de tomar una decisión * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,010 ^a	1	,921		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,010	1	,921		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,594
Asociación lineal por lineal	,010	1	,922		
N de casos válidos	42				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,86.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Carece de metas, objetivos e intereses personales * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,259 ^a	1	,611		
Corrección de continuidad ^b	,023	1	,879		
Razón de verosimilitud	,256	1	,613		
Prueba exacta de Fisher				,726	,434
Asociación lineal por lineal	,253	1	,615		
N de casos válidos	42				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,29.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Expresa sus preferencias (verbal o gestualmente), cuando le permiten elegir * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,036 ^a	1	,850		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,035	1	,852		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,646
Asociación lineal por lineal	,035	1	,852		
N de casos válidos	42				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,86.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tabla 10: prueba Chi Cuadrado de Pearson versión “autoinforme” de la Escala INICO-FEAPS (en amarillo el único ítem en el que se aprecian diferencias significativas).

Utilizo el transporte público por mí mismo/a (sin supervisión) * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2,953 ^a	1	,086		
Corrección de continuidad ^b	1,736	1	,188		
Razón de verosimilitud	2,771	1	,096		
Prueba exacta de Fisher				,117	,096
Asociación lineal por lineal	2,883	1	,090		
N de casos válidos	42				

- a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,86.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Decido quién entra en mis espacios de intimidad * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,010 ^a	1	,921		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,010	1	,921		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,600
Asociación lineal por lineal	,009	1	,922		
N de casos válidos	42				

- a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,14.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Participo en las decisiones que se toman en mi casa * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,867 ^a	1	,172		
Corrección de continuidad ^b	1,050	1	,306		
Razón de verosimilitud	1,894	1	,169		
Prueba exacta de Fisher				,306	,153
Asociación lineal por lineal	1,822	1	,177		
N de casos válidos	42				

- a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,00.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Elijo la ropa que me compro * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,867 ^a	1	,172		
Corrección de continuidad ^b	1,050	1	,306		
Razón de verosimilitud	1,894	1	,169		
Prueba exacta de Fisher				,306	,153
Asociación lineal por lineal	1,822	1	,177		
N de casos válidos	42				

- a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,00.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Otra persona decide la ropa que me pongo cada día * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,010 ^a	1	,921		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,010	1	,921		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,600
Asociación lineal por lineal	,009	1	,922		
N de casos válidos	42				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,14.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Otra persona elige las actividades que hago en mi tiempo libre * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5,050 ^a	1	,025		
Corrección de continuidad ^b	3,630	1	,057		
Razón de verosimilitud	5,204	1	,023		
Prueba exacta de Fisher				,040	,028
Asociación lineal por lineal	4,929	1	,026		
N de casos válidos	42				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Valoro las posibles consecuencias antes de tomar una decisión * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,375 ^a	1	,241		
Corrección de continuidad ^b	,690	1	,406		
Razón de verosimilitud	1,397	1	,237		
Prueba exacta de Fisher				,315	,204
Asociación lineal por lineal	1,342	1	,247		
N de casos válidos	42				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Hago planes para llevar a cabo los proyectos que me interesan * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,163 ^a	1	,281		
Corrección de continuidad ^b	,541	1	,462		
Razón de verosimilitud	1,161	1	,281		
Prueba exacta de Fisher				,323	,231
Asociación lineal por lineal	1,135	1	,287		
N de casos válidos	42				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,43.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Expreso mis preferencias cuando me permiten elegir * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,251 ^a	1	,263		
Corrección de continuidad ^b	,467	1	,494		
Razón de verosimilitud	1,420	1	,233		
Prueba exacta de Fisher				,402	,257
Asociación lineal por lineal	1,221	1	,269		
N de casos válidos	42				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,29.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Tabla 11: prueba Chi Cuadrado de Pearson de la Escala San Martín (no se aprecian diferencias significativas en ninguno de los ítems).

Las personas que le proporcionan apoyos tienen en cuenta sus preferencias y elecciones * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	16

a. No se han calculado estadísticos porque Las personas que le proporcionan apoyos tienen en cuenta sus preferencias y elecciones es una constante.

Participa en la elaboración de su plan individual de apoyos * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,762 ^a	1	,383		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,674	1	,412		
Prueba exacta de Fisher				,450	,450
Asociación lineal por lineal	,714	1	,398		
N de casos válidos	16				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

El personal del centro respeta sus decisiones * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,085 ^a	1	,771		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,084	1	,772		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,608
Asociación lineal por lineal	,079	1	,778		
N de casos válidos	16				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,75.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Elige cómo pasar su tiempo libre * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3,200 ^a	1	,074		
Corrección de continuidad ^b	1,422	1	,233		
Razón de verosimilitud	4,534	1	,033		
Prueba exacta de Fisher				,234	,115
Asociación lineal por lineal	3,000	1	,083		
N de casos válidos	16				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Se toman medidas específicas para permitir que ejerza influencia en su entorno * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,762 ^a	1	,383		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	1,243	1	,265		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,550
Asociación lineal por lineal	,714	1	,398		
N de casos válidos	16				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Se toman medidas específicas para permitir que haga elecciones * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	16

a. No se han calculado estadísticos porque Se toman medidas específicas para permitir que haga elecciones es una constante.

Tiene oportunidades para negarse a hacer actividades irrelevantes para su salud * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,762 ^a	1	,383		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,674	1	,412		
Prueba exacta de Fisher				,450	,450
Asociación lineal por lineal	,714	1	,398		
N de casos válidos	16				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Elige la comida o parte de la comida cuando hay variedad en 1º, 2º y postre * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	16

a. No se han calculado estadísticos porque Elige la comida o parte de la comida cuando hay variedad en 1º, 2º y postre es una constante.

Decora la habitación a su gusto * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,778 ^a	1	,182		
Corrección de continuidad ^b	,444	1	,505		
Razón de verosimilitud	2,718	1	,099		
Prueba exacta de Fisher				,516	,272
Asociación lineal por lineal	1,667	1	,197		
N de casos válidos	16				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Se le proporcionan apoyos que tienen en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3,419 ^a	1	,064		
Corrección de continuidad ^b	1,231	1	,267		
Razón de verosimilitud	3,013	1	,083		
Prueba exacta de Fisher				,136	,136
Asociación lineal por lineal	3,205	1	,073		
N de casos válidos	16				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,75.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento.

Se considera detenidamente la decisión de llevar a cabo una acción desagradable para la persona * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,762 ^a	1	,383		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,674	1	,412		
Prueba exacta de Fisher				,450	,450
Asociación lineal por lineal	,714	1	,398		
N de casos válidos	16				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tiene un programa diario de actividades adecuado a sus preferencias * Menor o mayor de 45 años

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2,116 ^a	1	,146		
Corrección de continuidad ^b	,762	1	,383		
Razón de verosimilitud	2,155	1	,142		
Prueba exacta de Fisher				,262	,192
Asociación lineal por lineal	1,984	1	,159		
N de casos válidos	16				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,75.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2