

Trabajo de Final de Máster

**ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE UNA
INTERVENCIÓN DEPORTIVA PRACTICADA EN UN
CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN
PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

Autor/a: Tania Tabanera González

Director/a, tutor/a o supervisor/a: Manuel Gómez Beneyto

Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria
(RSM)

2018/2019

Fecha de lectura: julio 2019



Resumen:

Está demostrado que el ejercicio físico mejora la salud de las personas que lo practican. El Departamento de Terapia Ocupacional del centro de rehabilitación Mentalia Guadarrama (CMG) ha implementado un programa basado en la práctica reglada de fútbol. Veinte personas residentes en el Centro participaron en el programa durante 6 meses. Antes y después del programa se les administraron dos instrumentos, la escala GENCAT para valorar la percepción de la Calidad de Vida y la escala BELS para medir el nivel de autonomía en Actividades Básicas de la Vida Diaria. Las veinte personas que participaron en el programa, en comparación con otras veinte que no participaron, mejoraron significativamente su calidad de vida percibida, especialmente en la calidad de las relaciones interpersonales. La adherencia a la intervención se asoció significativamente a la mejoría en la calidad de vida percibida. **Conclusión:** La práctica reglada del fútbol puede mejorar la calidad de vida de personas con trastorno mental grave.

Palabras clave: Trastorno mental grave, Fútbol, Actividades Básicas de la Vida Diaria, Calidad de Vida Percibida, GENCAT, BELS, Relaciones Interpersonales

Abstract

It has been shown that physical exercise improves the health of those who practice it. The Department of Occupational Therapy of Mentalia Guadarrama rehabilitation center (CMG) has implemented a program based on the practice of soccer. Twenty residents participated in this program during 6 months. Before and after the program, two instruments were administered: the GENCAT scale to assess the Perceived Quality of Life and the BELS scale to measure the level of autonomy in Basic Activities of Daily Life. Those who participated in the test, compared to another twenty who did not, significantly improved their perceived quality of life, especially in the quality of interpersonal relationships. Adherence to the intervention was significantly associated with improvement in the perceived quality of life. Conclusion: the practice of soccer may improve the quality of life of people with severe mental disorder

Key words: Severe Mental Disorder, Soccer, Basic Activities of Daily Life, Perceived Quality of Life, GENCAT, BELS, Interpersonal Relationships

ÍNDICE

Introducción	4
Hipótesis y Objetivos	7
Metodología	8
Resultados del análisis	11
Discusión	19
Conclusiones	23
Bibliografía	24
Anexos	27

INTRODUCCIÓN

El impacto de la práctica reglada del ejercicio físico en la salud

La OMS establece que la realización de actividad física moderada genera considerables beneficios para la salud. Además de la prevención de distintas enfermedades, el deporte favorece la adquisición de hábitos de vida saludables, por lo que en numerosas guías sanitarias se recomienda practicar deporte de manera rutinaria y periódica (Sancassiani, F., Machado, S., Preti, A. 2018).

Algunos de estos beneficios que aporta el deporte se evidencian también en personas diagnosticadas con trastorno mental grave. Concretamente, en esta población, el deporte podría reducir hábitos no saludables como, por ejemplo, consumo de tabaco, sedentarismo, hábitos alimenticios y rutinas de higiene negativas como, cambio de ropa diario y periodicidad en el aseo (Muller et al., 2016). En la esquizofrenia, la capacidad física esta relacionada con los síntomas negativos y cognitivos que determinan el curso desfavorable de la enfermedad. Los síntomas negativos de la esquizofrenia están relacionados con la inactividad física, por lo tanto, se puede conjeturar que al aumentar la actividad física disminuirán los síntomas negativos. (Dauwan, M., Begemann, MJ., Heringa, SM. y Sommer, IE., 2016). Además, la realización de ejercicio físico en los primeros años de la psicosis puede facilitar la recuperación a largo plazo, ya que las mejoras tempranas en la sintomatología negativa y la cognición, reducen la probabilidad de padecer síntomas y discapacidad funcional (Firth et al., 2015).

Varios estudios muestran que la realización de actividad física en grupos de personas con trastorno mental grave supervisados, de al menos 30 minutos al día, 3 veces por semana, durante un mínimo de 12 semanas, puede generar beneficios en las relaciones sociales, la calidad de vida y el desempeño funcional (Dauwan et al., 2016).

Además, las intervenciones supervisadas y el ejercicio grupal pueden dar como resultado una adherencia sustancialmente mayor que el ejercicio no supervisado. Por lo tanto, ofrecer ejercicio supervisado en un entorno grupal podría maximizar la adherencia a los programas (Firth et al., 2015).

En los últimos años, ha aumentado el uso del fútbol como actividad deportiva orientada a obtener resultados positivos en personas con trastorno mental grave. En ocasiones se

ha utilizado como medio para favorecer la reinserción de personas en riesgo de exclusión social. En muchos centros de atención a personas con TMG empiezan a promover la práctica del fútbol entre sus usuarios debido a los beneficios físicos, emocionales y sociales ligados a la práctica de este deporte. Se han hallado resultados positivos respecto a la percepción de calidad de vida tras la práctica del fútbol durante 12 semanas (Battaglia et al., 2013). En este estudio se abordó el desempeño social afrontando nuevas situaciones y eventos sociales, lo que favoreció la motivación de los participantes y la adherencia al programa.

El Centro Mentalia Guadarrama

Mentalia Guadarrama (en adelante CMG), es un centro de rehabilitación psicosocial de gestión privada perteneciente al grupo empresarial Domus Vi, situado en Guadarrama (Madrid). Las personas que residen en el centro, vienen derivadas de distintos puntos de la geografía nacional, todas ellas diagnosticadas de trastorno mental grave, indistintamente hombre y mujeres, con una edad media de 44 años.

El centro tiene como objetivo favorecer la rehabilitación psicosocial de las personas residentes, para lo cual cuenta con un equipo multidisciplinar formado por 1 psiquiatra, 2 psicólogas, 2 trabajadoras sociales, 5 enfermeros/as, 3 médicos, 2 terapeutas ocupacionales, 2 monitores/as ocupacionales, 22 auxiliares y 16 celadores. Estos profesionales se organizan en 6 departamentos, cada uno con programas terapéuticos determinados, todos orientados a la inclusión social.

Cuando una persona entra en el centro por primera vez, cada especialista ejecuta una evaluación inicial para posteriormente realizar una puesta en común con el resto de profesionales donde se establecen los objetivos a trabajar dentro del plan de tratamiento individualizado (PTI).

En el CMG, en Octubre de 2018, se llevó a cabo una evaluación de todos los residentes mediante la aplicación de los siguientes instrumentos:

- BELS, administrada por el Terapeuta Ocupacional, evalúa la autonomía en AVDs básicas e instrumentales
- GENCAT, administrada por el Psicólogo, evalúa la percepción de calidad de vida
- BPRS, administrada por el Psiquiatra, evalúa la sintomatología de la enfermedad.
- MINI-MENTAL, administrada por el Psicólogo evalúa el deterioro cognitivo de la persona.

- SEVERE, administrada por el Psicólogo, evalúa el deterioro cognitivo de la persona.
- BDI, administrado por el Psicólogo, evalúa el grado de depresión
- BARTHEL, administrada por el Terapeuta Ocupacional evalúa la autonomía en el desempeño de AVDs básicas
- Cuestionario de Habilidades Sociales de MARIANA SEGURA, autoadministrada.

La evaluación, con estos mismos instrumentos, se repetirá cada seis meses con el propósito de crear un registro sistemático del estado clínico y social de cada residente a lo largo de toda su estancia. La próxima evaluación tendrá lugar en marzo de 2019

El programa de reinserción social mediante el deporte

El departamento de Terapia Ocupacional, en el que desempeña su trabajo la autora de esta investigación, cuenta, entre otros, con un programa de reinserción social a través del deporte que consta de los siguientes subprogramas: practica reglada del fútbol, acondicionamiento físico, deporte autónomo, Pilates, baile activo, gimnasia de mantenimiento y paseos pautados.

El programa de práctica reglada del fútbol se inició en octubre de 2018, invitando a participar voluntariamente a todas las personas residentes del centro y se prolongó durante 6 meses después. Se presentaron 20 hombres y todos fueron aceptados. La eficacia de este programa será el objeto de análisis del TFM. La descripción del programa se adjunta en el Anexo 1

Planteamiento de este TFM

El presente estudio consiste en evaluar la eficacia de la práctica reglada de fútbol que sistemáticamente se implementa en el centro, concretamente el programa deportivo de fútbol del Departamento de Terapia Ocupacional. Este programa se llevó a cabo entre octubre de 2018 y marzo de 2019 con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el desempeño de habilidades de la vida diaria, factores que como hemos visto en la introducción son susceptibles de mejorar con el ejercicio físico ejecutado en grupo. (Battaglia et al., 2013 y Muller et al., 2016).

Para medir este efecto se seleccionaron dos de los seis instrumentos que sistemáticamente se administran en el CMG, la escala BELS que mide el desempeño en habilidades de la vida diaria y la escala GENCAT que mide la calidad de vida percibida. Por otra parte, con el fin de determinar el efecto específico del programa deportivo y descartar el efecto

de otros factores de confusión, se confeccionó un grupo de control seleccionando al azar 20 residentes que no habían participado en el programa.

En resumen, este TFM consiste en analizar la evolución de la calidad de vida percibida, y el desempeño en AVD de los 20 residentes que participaron en un programa deportivo durante seis meses en comparación con otros 20 que paralelamente durante ese mismo tiempo no participaron en el programa.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis general

La práctica de ejercicio físico en grupo mejora el desempeño de actividades básicas de la vida diaria y la calidad de vida percibida en personas con trastorno mental grave.

Hipótesis operativa

Personas con trastorno mental grave residentes en el CMG que participaron voluntariamente en el programa de práctica reglada de fútbol durante seis meses, en comparación con una muestra homologada de aquellas que rehusaron participar, mejorarán significativamente sus puntuaciones en la escala BELS para medir el desempeño de actividades básicas de la vida diaria y en la escala GENCAT para medir la calidad de vida percibida.

METODOLOGÍA

Este TFM no se puede describir siguiendo el modelo clásico INTRODUCCIÓN-MATERIAL-MÉTODO-RESULTADOS-DISCUSIÓN, ya que parte del trabajo ha sido realizado por el propio CMG en el curso de su actividad cotidiana, consistiendo nuestra aportación en confeccionar un grupo de control, identificar las variables a incluir en el análisis, aportar información psicométrica de los instrumentos de medida utilizados, efectuar el análisis estadístico, discutir los resultados y exponer las conclusiones. Por ello expondremos el trabajo realizado describiendo cada uno de estos pasos sucesivamente.

Diseño Experimental

Se trata de un estudio “prospectivo” de dos grupos homologables y paralelos en el tiempo con asignación de los sujetos al grupo experimental por autoselección y al grupo de control por selección aleatoria.

El grupo experimental

Esta constituido por los 20 hombres que voluntariamente decidieron participar en el programa de práctica reglada de fútbol.

El grupo de control

El grupo control se obtiene de un censo total de 132 residentes, de los cuales se excluyeron a todos aquellos que por criterio médico y psicopatológico no debían practicar fútbol, y a las mujeres, dado que había ninguna en el grupo experimental. Para seleccionar las 20 personas del grupo de control se ordenaron alfabéticamente los 132 residentes del centro y se seleccionó 1 de cada 4, asumiendo que esta elección representaría aproximadamente una selección al azar.

Las variables

En el estudio hemos incluido las variables sociodemográficas que se emplean para describir las muestras habitualmente en este tipo de ensayos, así como otras que nos han parecido relevantes por su potencial influencia en los resultados, habiendo escogido las siguientes:

- Edad: es la edad cronológica en el momento que comienza el estudio (Octubre 2018). Se puede conjeturar que los pacientes más jóvenes responderán mejor a la intervención deportiva.
- Escolaridad: a través de una entrevista semi-estructurada se recoge información expresada en número de años sobre el número de años de estudios realizados por el usuario. Se puede conjeturar en este caso que a mayor número de años de escolarización mejor pronóstico y mayor susceptibilidad al cambio.
- Trabajo: también mediante entrevista se recoge información sobre la vida laboral, considerando trabajo cualquier relación contractual con remuneración de mínimo 3 meses de duración. Se entiende que a mayor número de años trabajados habrá mejor pronóstico.

- Apoyo familiar: se obtuvo este dato de la base de datos del centro. Variable que hace referencia a la frecuencia de los contactos familiares. Considerándolo como un indicador del grado de apoyo que el residente recibe de su familia. Es sabido que el apoyo familiar condiciona en general el resultado positivo de las intervenciones terapéuticas.
- Consumo de sustancias: en lo relativo a este ítem identificamos dos variables: haber estado en tratamiento por trastorno por consumo de sustancias en el pasado y estar consumiendo en la actualidad. Se incluye esta variable ya que la persona que esté en consumo activo o haya consumido recientemente podría tener dificultad para adaptarse a la disciplina del programa deportivo.
- Pronóstico: la psiquiatra del centro evalúa de manera periódica las posibilidades de alta de los residentes. Tomamos esta evaluación como un criterio pronóstico. Considerando que aquellos con mejor pronóstico podrían tener más probabilidades de responder positivamente a la intervención terapéutica.
- Tratamiento farmacológico: recoge los cambios en la medicación prescrita. Estos cambios se pueden referir a la dosis o al fármaco, en cualquiera de los casos el cambio puede repercutir en el proceso de recuperación del residente.
- Adherencia al programa: esta variable hace referencia a la asistencia a las sesiones del programa (dato objetivo, numérico) y al rol que desempeña el residente en el mismo (activo o pasivo). Es de entender que la falta de adherencia y/o mantener un rol pasivo afectaría negativamente a los resultados de la intervención.

El catalogo de estas variables se adjunta en el Anexo 2

Los instrumentos de medida

De los instrumentos que habitualmente se usan en el CMG se seleccionaron para este estudio dos, la escala GENCAT y la escala BELS, ya que con esta dos escalas se pueden medir las variables que nos interesan, la calidad de vida percibida y las actividades básicas de la vida diaria.

Con el fin de evitar el posible sesgo de observación se propuso que las personas que administrasen las escalas al concluir la prueba fuesen diferentes de las que estuvieron involucradas en la organización y práctica del programa de fútbol y que, además, no tuviesen acceso a los resultados de la primera evaluación.

La percepción de la calidad de vida se midió mediante el instrumento GENCAT (Verdugo, M.A, y cols, 2009), que se compone de 8 áreas: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. Cada una de estas áreas se mide con una escala de frecuencia de cuatro opciones (*'nunca o casi nunca'*, *'a veces'*, *'frecuentemente'* y *'siempre o casi siempre'*), a las cuales se le asigna un número (del 1 al 4).

La GENCAT presenta unas características psicométricas adecuadas para ser utilizada en población de personas con trastorno mental grave. Así, en un estudio previo (Verdugo, M.A, y cols, 2009) se confirmó la adecuación de la fiabilidad interna con un alfa de 0.92 (0.57-0.83), la validez de contenido a través de la opinión de expertos y mediante grupos focales y la validez de constructo mediante el análisis factorial.

El instrumento GENCAT se adjunta en el Anexo 3

La escala Basic Everyday Living Skills (BELS) (O'Driscoll, C. Leff, J., 1993) presenta unas características adecuadas para ser utilizada en personas con TMG, así en un estudio previo donde se llevo a cabo la traducción al castellano y la validación de esta escala (Jimenez, JF., y cols, 2000) se confirmó que era un instrumento adecuado para evaluar los cambios en el desempeño de las habilidades de la vida diaria en personas que sufren una enfermedad mental de larga duración. Se compone de 26 preguntas, cada una de las cuales describe un comportamiento concreto, organizadas en 4 apartados: habilidades de autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias y actividades y relaciones. Se asigna una puntuación de 0 a 4 en función a la dependencia (ayuda necesaria para realizar las actividades) en el desempeño de las actividades.

1. No realiza actividad o necesita supervisión diaria.
2. Problema severo o necesidad frecuente de sugerencia
3. Problema moderado o necesidad ocasional de sugerencia
4. Problemas menores que no afectan a la dependencia
5. Nivel normal de realización.

La BELS presenta unas características psicométricas adecuadas para ser utilizada en población española de personas con trastorno mental grave. Así, en un estudio previo (Jiménez, JF., y cols, 2000), se confirmó la adecuación de la fiabilidad interna con valores kappa promedio de 0,743 (0,571 – 0,932). De ellos, 24 ítems (92%) son iguales

o superiores a 0,625. De estos siete ítems (27%) muestran valores iguales o superiores a 0,813, 17 ítems (65%) han obtenido valores entre 0,625 y 0,803.

El instrumento GENCAT se adjunta en el Anexo 4

RESULTADOS DEL ANÁLISIS

A continuación, vamos a presentar los resultados del análisis estadístico. En las Tablas 1-8 se presentan los resultados de las características de los grupos experimental y de control. Las Tablas 9 y 10 muestran los resultados de la comparación entre los grupos antes y después de la participación en el programa. En la Tabla 11 se presenta un análisis de la asociación entre las características de la muestra y los resultados.

Tabla 1. Distribución de la edad entre los grupos experimental y control.

	Edad (DS)	Total
Grupo Experimental	39,05 (10,29)	20
Grupo Control	41,85 (7,56)	20

$$t=-0,98; gl=38; p=0,33$$

Tal como se observa en la Tabla 1 no existen diferencias significativas entre los grupos experimental y de control.

Tabla 2. Distribución de los antecedentes de escolarización entre los grupos experimental y control.

	Escolarización (DS)	Total
Grupo Experimental	11,00 (3,48)	20
Grupo Control	9,95 (2,70)	20

$$t=1,07; gl=38; p=0,29$$

Tal como se observa en la Tabla 2 no existen diferencias significativas entre los grupos experimental y control.

Tabla 3. Distribución de los antecedentes laborales entre los grupos experimental y control.

	Sin Antecedentes	Con Antecedentes	Total
Grupo Experimental	4 (44,4%)	16 (51,6%)	20 (100%)
Grupo Control	5 (55,6%)	15 (48,4%)	20 (100%)
Total	9 (100%)	31 (100%)	40 (100%)

$$Chi-cuadrado = 0,14; p = 0,71$$

Como se observa en la Tabla 3 no existen diferencias significativas entre los grupos experimental y control en lo relativo a antecedentes laborales.

Tabla 4. Distribución del apoyo familiar entre los grupos experimental y control.

	Sin Apoyo	Con Apoyo	Total
Grupo Experimental	10 (45,5%)	10 (55,6%)	20 (100%)
Grupo Control	12 (54,5%)	8 (44,4%)	20 (100%)
Total	22 (100%)	18 (100%)	40 (100%)

$$Chi-cuadrado = 0,40; p = 0,53$$

Como se observa en la Tabla 4 no existen diferencias significativas entre los grupos experimental y control en lo relativo a apoyo familiar, siendo similar el número de casos con y sin apoyo en ambos grupos.

Tabla 5. Distribución de los antecedentes de tratamiento recibido por consumo de tóxicos entre los grupos experimental y control.

	Sin Antecedentes	Con Antecedentes	Total
Grupo Experimental	15 (51,7%)	5 (45,5%)	20 (100%)
Grupo Control	14 (48,3%)	6 (54,5%)	20 (100%)
Total	29 (100%)	11 (100%)	40 (100%)

$$Chi-cuadrado= 0,13; p=0,72$$

Como se observa en la Tabla 5 no existen diferencias significativas entre los grupos experimental y control en lo relativo al tratamiento por consumo de tóxicos, siendo similar el número de casos que ha recibido y no ha recibido tratamiento por consumo.

Tabla 6. Distribución del pronóstico establecido por el psiquiatra de los pacientes entre los grupos experimental y control.

	Sin capacidad de recuperación	Con capacidad de recuperación	Total
Grupo Experimental	13 (61,9%)	7 (36,8%)	20 (100%)
Grupo Control	8 (38,1%)	12 (63,2%)	20 (100%)
Total	21 (100%)	19 (100%)	40 (100%)

$$Chi-cuadrado= 2,5; p=0,11$$

Como se observa en la Tabla 6 existen ligeras diferencias entre el grupo de control y experimental relativas al pronóstico establecido por el psiquiatra, encontrando mayor número de personas con pronóstico negativo en el grupo experimental y mayor número de personas con pronóstico positivo en el grupo de control, no obstante estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 7. Distribución de los datos relativos al cambio o no del tratamiento farmacológico entre los grupos experimental y control.

	Sin cambio en el tratamiento	Aumento o disminución de la dosis	Cambio de medicamento	Total
Grupo Experimental	8 (42,1%)	4 (50,0%)	8 (61,5%)	20 (100%)
Grupo Control	11 (57,9%)	4 (50,0%)	5 (38,5%)	20 (100%)
Total	19 (100%)	8 (100%)	13 (100%)	40 (100%)

$$\text{Chi-cuadrado} = 1,17; p = 0,56$$

Como se observa en la Tabla 7 ambos grupos tienen el mismo número de usuarios con aumento o disminución de la dosis en el tratamiento farmacológico mientras que el grupo control tiene mayor número sin cambio en el tratamiento y el grupo experimental con cambio de medicamento. No existen diferencias estadísticamente significativas

Tabla 8. Distribución de la gravedad asignada por psiquiatra a los participantes entre los grupos experimental y control.

	Gravedad (DS)	Total
Grupo Experimental	3,65 (0,75)	20
Grupo Control	3,75 (0,72)	20

$$t = -0,43; gl = 38; p = 0,67$$

En cuanto a la gravedad del trastorno, tal como se observa en la Tabla 8 no existen diferencias significativas entre los grupos experimental y control.

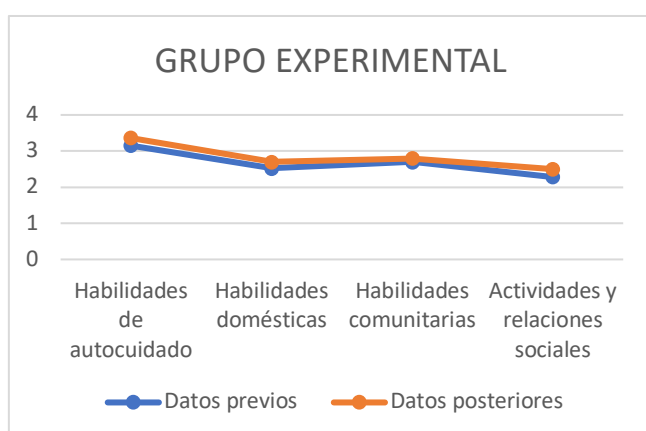
Tabla 9. Significación de las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la Escala Bels por los grupos experimental y control, antes y después de la intervención deportiva. Prueba de Mann-Whitney

Variable	U de Mann-Whitney	Significación (bi)
Habilidades de autocuidado	138	0,09
Habilidades domésticas	142	0,12
Habilidades comunitarias	176	0,52
Actividades y relaciones sociales	140	0,10
Total Escala BELS	138	0,09

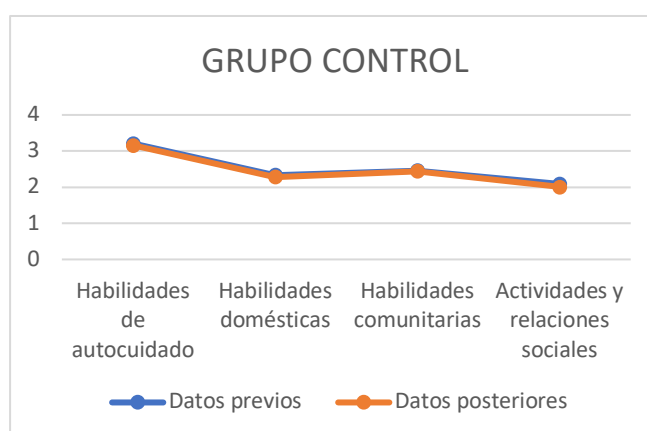
Tal como muestra en la Tabla 9 ninguna de las diferencias alcanza un nivel significativo, si bien las “Habilidades de Autocuidado” y el “Total Escala BELS” casi lo alcanzan.

Las Gráficas 1-4 y las Tablas 9 y 10 muestran la relación entre las puntuaciones del grupo experimental y de control antes y después de participar en el programa deportivo. Tanto en la prueba BELS como en la escala GENCAT las cuatro gráficas revelan puntuaciones muy semejantes antes y después de participar en el programa deportivo, pero cabe destacar que, en el grupo experimental, las puntuaciones de ambas escalas tienden a ser ligeramente más positivas que en el grupo de control que se mantienen más estables.

Escala BELS

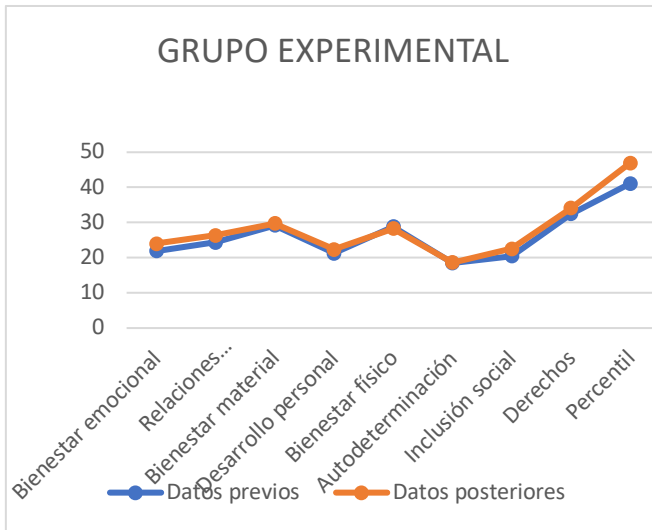


Gráfica 1. Escala BELS Grupo Experimental.

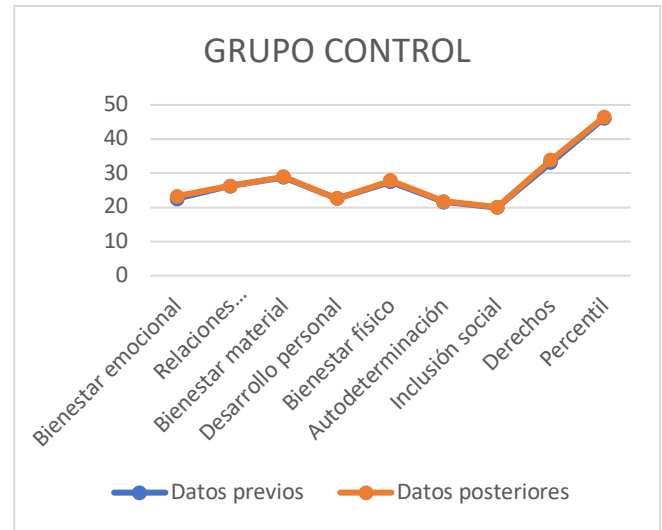


Gráfica 2. Escala BELS Grupo Control.

Escala GENCAT



Gráfica 3. Escala GENCAT Grupo Experimental



Gráfica 4. Escala GENCAT Grupo Control.

Tabla 10. Significación de las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la Escala GENCAT por los grupos experimental y control, antes y después de la intervención deportiva. Prueba de Mann-Whitney

Variable	U Mann-Whitney	p (bi)
Bienestar emocional	1610	0,26
Relaciones interpersonales	113	0,00
Bienestar material	199	1,00
Desarrollo personal	150	0,07
Bienestar físico	189	0,77
Autodeterminación	191	0,84
Inclusión Social	163	0,3
Derechos	179	0,48
Percentil	131	0,06
Total Escala GENCAT	164	0,33

Tal como muestra en la Tabla 10, en la comparación entre el grupo de control y experimental antes y después de la prueba el ítem “Relaciones Interpersonales” alcanza una altísima significación estadística, mientras que el resto no alcanzan un nivel significativo excepto, tal vez a tener en cuenta el “Desarrollo Personal” y el “Percentil” que se aproximan mucho.

Tabla 11. Coeficientes de correlación Pearson entre las diferencias de puntuaciones obtenidas por los grupos experimental y de control, antes y después de la prueba, y las características de la muestra.

Variables	Escala	
	BELS	GENCAT
Edad	0,04	0,03
Escolarización	0,17	-0,20
Antecedentes laborales	0,39**	-0,09
Apoyo Familiar	-0,04	-0,21
Consumo	-0,14	0,21
Pronóstico	-0,14	0,21
Gravedad BRPS	0,17	0,02
Cambio fármaco	0,02	0,29
Adherencia	0,34*	0,28
Colaboración	0,38**	0,15

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Como se observa en la Tabla 11 la asociación entre las características de la muestra y los resultados del estudio es en la mayoría de los casos no significativa. Solamente en los antecedentes laborales, la adherencia al programa y la colaboración el coeficiente alcanza un nivel positivo y relativamente alto y una significación estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

En este estudio de efectividad se observó que la práctica reglada de fútbol en personas diagnosticadas de trastorno mental grave mejoró su desempeño en Habilidades de la Vida Diaria y su Calidad de Vida Percibida. Casi todas las puntuaciones obtenidas en la escala BELS y la escala GENCAT para medir el desempeño en habilidades de la vida diaria y en la calidad de vida respectivamente, mejoraron en el grupo de personas con trastorno mental grave que fue sometido a la práctica reglada del fútbol durante 6 meses, en comparación con el grupo de control homologado. No obstante, estrictamente hablando, el único valor que alcanzó nivel significativo fue el del ítem “Relaciones Interpersonales”. De todas formas, en nuestra opinión, teniendo en cuenta que este no es un estudio llevado a cabo bajo condiciones de control, la probabilidad de casi significación estadística de $p < 0.06$ alcanzada por el grupo experimental en la puntuación del percentil de la GENCAT mayor que el grupo de control debería tomarse como prácticamente significativa.

Por otra parte, se constató una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al programa y la mejoría en la calidad de vida percibida. Este hallazgo corrobora la consistencia de los resultados y sugiere la hipótesis de la existencia de una relación causal entre la adherencia y el éxito del programa.

Ninguna de las restantes variables registradas presentó una asociación significativa con el resultado. Una menor edad, más años de escolarización, antecedentes laborales positivos y una valoración de pronóstico “menos malo” podrían haber configurado un perfil de personas con trastorno mental grave más susceptibles de responder positivamente a una intervención rehabilitadora, pero los resultados de la evaluación no avalaron esta hipótesis. El consumo de sustancias o cambios en la medicación podrían haber modificado los resultados, pero estas circunstancias no se dieron en ninguno de los participantes en el programa.

Los hallazgos de este estudio confirman parcialmente nuestra hipótesis de partida, a la vez que abren una serie de interrogantes:

La equiparabilidad de los grupos experimental y de control antes de iniciar el estudio

Podemos afirmar que entre el grupo de control y el experimental no existen diferencias significativas de partida que pudieran influir en los resultados de la prueba. Analizando las variables elegidas, observamos que, comparten una edad media similar y unos antecedentes de escolarización y de ocupación laboral semejantes.

Por otro lado, desconocemos en que otras variables deberían de ser equiparables los grupos experimental y control en este tipo de ensayos, de manera que, al no haberlas medido por desconocimiento, no podemos afirmar rotundamente que los grupos son exactamente equiparables.

La relación entre las características basales de la muestra y los resultados a los 6 meses

Como podíamos anticipar, la “Adherencia” al programa y el nivel de “Colaboración” durante la práctica del mismo, alcanzaron un nivel de significación estadística relevante. Consideramos que son dos aspectos fundamentales para mejorar el desempeño de Actividades de la Vida Diaria y en la Percepción de Calidad de vida. Además, los antecedentes laborales presuponen competencias autónomas de la Actividades de la Vida Diaria y por lo tanto capacidad y margen de mejora en el desempeño de las mismas, también los resultados estadísticos se acercan a la significación relevante en este ítem. Por otro lado, no aparecen diferencias significativas en otras características basales utilizadas para definir la muestra como pueden ser la “Edad”, la “Escolarización” o el “Apoyo Familiar”

La importancia de la duración de la intervención

Podemos considerar que la duración de la intervención (6 meses) es escasa para generar cambios significativos y prolongados en el tiempo, por lo que, debería ser más duradera para producir un efecto estable. Por lo tanto, sería interesante que en una futura investigación se volvieran a evaluar los resultados pasados varios meses tras concluir la intervención con el fin de establecer si su efecto continúa a largo plazo.

Sin embargo, un estudio que relaciona la práctica deportiva con beneficios en personas con trastorno mental grave, también realiza una intervención de 12 semanas de práctica regulada de fútbol (Battaglia et al., 2013) y obtiene resultados positivos. De la misma manera, otro estudio (Dauwan et al., 2016) recomienda a los médicos implementar programas de ejercicio en grupo supervisados de al menos 30 minutos al día, 3 veces por semana durante un mínimo de 12 semanas, aunque, por otro lado, afirma que se debe considerar la continuación a largo plazo para alcanzar resultados más sólidos.

Adecuación de los instrumentos

Las escalas utilizadas en este estudio fueron seleccionadas de una batería de seis instrumentos que se administraban cada seis meses en el CGM. Se seleccionaron la

GENCAT y la BELS por considerar que estas eran las que mejor se adaptaban a la finalidad del estudio. Si este TFM hubiese sido planificado desde el principio por nosotros con toda seguridad los instrumentos de medida que habríamos seleccionado para comprobar la hipótesis habría sido otros.

En primer lugar, en lo relativo a la escala BELS, si tenemos en cuenta los ítems que evalúa, podemos suponer que no influye de manera directa en los aspectos del desempeño relacionados con la práctica reglada de fútbol cómo, por ejemplo, los ítems relacionados con “Habilidades domésticas” y “Habilidades comunitarias”, en los cuales, no se obtienen resultados estadísticamente significativos. Por otro lado, hemos observado que tras la participación en el programa los ítems de “Habilidades de autocuidado” y “Actividades y Relaciones Sociales”, obtuvieron mejores resultados, con una significación estadística cerca de ser significativa, consideramos que el desempeño en estos dos ítems tiene una relación directa con la práctica deportiva. Además, el sesgo observacional puede influir significativamente en los resultados, debido a la poca especificación de la valoración numérica que aporta el instrumento.

El uso de la escala GENCAT está más justificado ya que se han publicado estudios que muestran que la percepción de la calidad de vida puede mejorar con la práctica deportiva (Dauwan et al., 2016).

El posible sesgo de observación

Con el fin de evitar el sesgo de observación la persona que coordinó la práctica de la actividad reglada de fútbol no participó en la administración de los instrumentos para evitar que su conocimiento de como habían evolucionado los participantes durante la práctica deportiva pudiese influir en la evaluación de los resultados. Por ello, los instrumentos fueron administrados por personal ajeno al programa deportivo. Igualmente, con el fin de evitar el sesgo de observación se garantizó que las personas que administraban los instrumentos al final del ensayo desconociesen los resultados de estos mismos instrumentos antes de la prueba.

Comparación con estudios anteriores

En este estudio se han visto resultados similares respecto a la mejora en la percepción de calidad de vida, tras la práctica de deporte de manera regulada y colectiva, compatibles con los resultados otros estudios que relacionan la práctica deportiva no especificada con este aspecto (Dauwan et al., 2016). Por otro lado, en relación con lo aportado en otro

ensayo de características similares (Battaglia et al., 2013), la práctica del fútbol mejora la percepción de la calidad de vida.

En relación con la mejora del desempeño en AVD's, no encontramos artículos previos que mostrasen evidencias de la relación en la mejora del desempeño de las mismas y la realización de actividad física regulada.

La gran mayoría de estudios realizan intervenciones con personas diagnosticadas de Esquizofrenia, sin embargo, en este ensayo encontramos participantes con dos diagnósticos distintos Esquizofrenia y Trastorno de Personalidad.

Gran parte de los estudios cuentan con una muestra reducida de participantes en el grupo experimental y en el grupo de control, 10 participantes por grupo (Battaglia et al., 2013) y 34 participantes (Kimhy et al., 2013)

Muchos son los que establecen periodos de actividad física de 9 a 12 semanas de duración, siendo 24 semanas las llevadas a cabo en este estudio (Battaglia et al., 2013. Dauwan et al., 2016 y Sancassiani et al., 14)

Son diversos los instrumentos utilizados en los diferentes estudios, muchos de ellos relacionados con aspectos clínicos del ser humano, frecuencia cardíaca, medidas antropométrica e IMC (Battaglia et al., 2013). En ninguno de ellos son utilizados los instrumentos BELS y GENCAT como escalas de evaluación.

En todos los estudios se encuentran relaciones positivas entre la práctica deportiva en sus diferentes disciplinas y los beneficios en la salud de personas diagnosticadas de trastorno mental grave.

Limitaciones y fortalezas del estudio

Este estudio presenta las limitaciones propias de un ensayo naturalista. En ningún momento se intervino en el desarrollo del programa ni en su evaluación, excepto en la selección de las personas encargadas de administrar los instrumentos. Tampoco se transmitió la idea de que las personas que participaron estaban siendo objeto de una prueba. No se seleccionaron las personas que participaron, ni se les asignó aleatoriamente al grupo experimental o de control, tal como se habría hecho en un ensayo controlado. Solamente se intervino en la confección del grupo de control. Por todo ello este estudio debe ser considerado un ensayo naturalista y su resultado una evaluación de la efectividad de la práctica reglada de fútbol en un centro de rehabilitación psicosocial para personas con trastorno mental grave. La ausencia de controles (muestras seleccionadas, asignación

aleatoria a los grupos, creación de un entorno experimental) reduce la validez interna del estudio, pero aumenta su validez externa.

CONCLUSIONES

1. Una intervención basada en la práctica reglada de fútbol aplicada durante 6 meses en personas con trastorno mental grave mejoró significativamente su percepción de su calidad de vida, especialmente en lo referente a las “Relaciones Interpersonales”.
2. Sin embargo, el desempeño en habilidades básicas de la vida diaria aunque también mejoró, no llegó a alcanzar un nivel estadísticamente significativo.
3. En el grupo intervenido la adherencia a la intervención se asoció significativamente con la mejoría en la percepción de la calidad de vida.
4. Estos resultados son parcialmente compatibles con la hipótesis sostenida en este TFM, a saber, que “La práctica de ejercicio físico en grupo mejora el desempeño de actividades básicas de la vida diaria y la calidad de vida percibida en personas con trastorno mental grave”.

BIBLIOGRAFÍA

Battaglia G., Alesi M., Inguglia M., Roccella M., Caramazza G., Bellafiore M. y Palma A. (2013). Soccer practice as an add-on treatment in the management of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9, 595-603.

Dauwan M., Begemann MJ., Heringa SM. y Sommer IE. (2016). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*, 42(3), 588-99

Firth, J., Cotter, J., Elliot, R., French, O., Yung, A., R., (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patient. *Psychological Medicine*, 45, 1343-1361.

Firth J., Stubbs B., Rosenbaum S., Vancampfort D., Malchow B., Schuch F., Elliott R., Nuechterlein KH. y Yunng AR. (2017). Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull*. 1;43(3), 546-556.

Gorczynski P. y Faulkner G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.*, 12(5)

Ho R., Siu C., Wan A., Tam S., Wong C., Wong K. y Au-Yeung F. (2014). Impact of Taichi on independent activities of daily living of adults with Schizophrenia: preliminary results from a randomized controlled trial. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(4), 71.

Jiménez, J. F. y cols (2000). Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del "Basic Everyday Living Skills" (BELS). *Actas Españolas de Psiquiatría*. 28(5), 284-288

Kimhy D., Vakhrusheva J., Bartels M., Armstrong H., Ballon J., Khan S., Chang R., Hansen M., Ayanruoh L., Smith E. y Sloan R. (2014). Aerobic fitness and body mass index in individuals with schizophrenia: Implications for neurocognition and daily functioning. *Psychiatry Res*, 220(3), 784-91.

Mullor, P. D., Gallego, J., Cangas, A. J., Aguilar-Parra, J. M., Valenzuela, L., Mateu, J. M., López-Pardo, A., (2016) Efectividad de un programa de actividad física en personas con trastorno mental grave. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 17 (67), 507-521.
[Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista67/artefectos842.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista67/artefectos842.htm)

Mullor, P. D., Gallego, J., Nuno, J., Aguilar-Parra, J. M. (2017). Efectos de un Programa Inclusivo de Deporte y Actividad Física en la Autoestima y la Ansiedad en personas con Trastornos Mentales Graves

O'Driscoll. C., Leff, J. (1993). The Taps Project: evaluating community placement of the long-stay psychiatric patients. *Br J Psychiatry*. 162(Supl 19), 18-24

Paikkatt B., Singh AR., Singh PK. y Jahan M. (2012). Efficacy of yoga therapy on subjective well-being and basic living skills of patients having chronic schizophrenia. *Ind Psychiatry J*, 21, 109-14.

Sancassiani, F., Machado, S., Preti, A. (2018). Physical Activity, Exercise and Sport Programs as Effective Therapeutic Tools in Psychosocial Rehabilitation. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 14, 6-10

Saraswat N., Rao K., Subbakrishna D. y Gangadhar B. (2006). The Social Occupational Functioning Scale (SOFS): a brief measure of functional status in persons with schizophrenia. *Schizophr Res*, 31;81(2-3), 301-9.

Therapeutic efficacy of add-on yogasana intervention in stabilized outpatient schizophrenia: Randomized controlled comparison with exercise and waitlist. *Indian J Psychiatry*, 54(3), 227-32.

Varambally S., Gangadhar B., Thirthalli J., Jagannathan A., Kumar S., Venkatasubramanian G., Muralidhar D., Subbakrishna D. y Nagendra H. (2012).

Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E y Schalock, R. L., (2009). Escala GENCAT: manual de aplicación de al Escala GENCAT de Calidad de Vida. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials

ANEXOS

ANEXO 1

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

REINSERCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DEL DEPORTE (PROGRAMA DEPORTIVO)

**DEPORTE COMO MOTOR EN LA REINSERCIÓN SOCIAL EN SALUD
MENTAL**

Mentalia Guadarrama apuesta por la práctica deportiva como medio rehabilitador y de reinserción social en Salud Mental.

Por todos son conocidos los aspectos positivos que tiene el deporte en la salud de las personas, tanto físicamente como psicológicamente, en el ámbito de la Salud Mental estos aspectos se vuelven fundamentales.

Los usuarios de salud mental padecen en muchas ocasiones desequilibrios emocionales que desencadenan episodios de ansiedad, depresión o distintos trastornos socio-afectivos, desde Casta Guadarrama abordamos este tipo de intervenciones a través de la práctica deportiva mediante el **Programa de reinserción social a través del deporte (programa deportivo)**.

Son muchos los objetivos que incluimos en dicho programa, todos ellos fundamentados en experiencias empíricas y en las características de cada usuario, estos podrían dividirse en dos áreas de intervención, aquellos que inciden en el usuario a nivel individual y aquellos que inciden en su desempeño social.

Aquellos usuarios incluidos en el programa ven mejoras en su autoestima, en la autoconfianza con la que realizan, no solo actividades deportivas si no cualquier actividad de su vida diaria, presentan mayor estabilidad emocional y funcionamiento intelectual, lo que desencadena en más independencia y por lo tanto mayor índice de reinserción social. Además aparecen conceptos como superación, sacrificio, capacidad de esfuerzo, que definen el proyecto de vida de estos usuarios.

Estas mejoras individuales van unidas a las mejoras sociales que aporta el deporte, no solo en la adquisición de un rol social favorable, si no en aspectos tan importantes como la mejora del trabajo en equipo, el sentimiento de pertenencia, identidad y colectividad. El ser humano se define como social, aspecto que en Salud Mental se encuentra perjudicado, mediante el deporte exponemos y trabajamos con los usuarios las distintas relaciones sociales con sus roles abordando estrategias de afrontamiento específicas.

Un aspecto muy importante que no se trabaja de forma directa pero que es la consecuencia de la práctica deportiva es la creación de hábitos saludables como la alimentación, higiene, pérdida de hábitos sedentarios, reducción del tabaquismo, prevención de enfermedades cardiovasculares, mejorar de aspectos psicomotrices y conciencia corporal, etc.

Este programa se fundamenta en 7 tipos de intervención diferentes (actividades), los cuales se ajustan a las necesidades fisiológicas y psicosociales de los usuarios del centro.

- Acondicionamiento físico
- Actividades y juegos cooperativos
- Deporte en equipo (fútbol)
- Baile activo
- Cultura deportiva

A continuación, se desarrolla cada una de ellas.

ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

REALIZADO POR: Terapeuta Ocupacional, Monitor Ocupacional y Fisioterapeuta

DIRIGIDO A: Usuarios con capacidades motrices básicas conservadas, con dificultades para mantener hábitos de vida saludables y con riesgos fisiológicos de enfermedades derivadas del sedentarismo y la obesidad. Usuarios con dificultades para realizar uso correcto de instalaciones deportivas públicas y privadas.

DURACIÓN Y PERIODICIDAD: 1 vez por semana (Martes) en sesiones de 2h (Septiembre-Junio)

DESARROLLO: se realizarán 4 sesiones al mes de diferentes actividades que cumplirán los mismos objetivos. Las actividades a desarrollar son:

- Spinning: con monitor externo
- Acuagym: con monitor externo
- Senderismo: con personal del centro
- Atletismo: con personal del centro en instalación pública

Estas actividades se realizarán de forma alterna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Adquisición de destrezas en el uso de recursos deportivos públicos y privados
- Mejorar adaptación a exigencias y normas del entorno
- Crear hábitos saludables y reducir riesgos vasculares y obesidad
- Reducir sedentarismo
- Mejorar autoestima y autoconcepto

INSTALACIONES Y RECURSOS MATERIALES:

A gestionar por el centro:

- Complejo deportivo municipal de Guadarrama
- Autobús

A gestionar por los usuarios:

- Calzado deportivo
- Toalla para la actividad
- Ropa de cambio
- Utensilios de ducha
- Chanclas
- Toalla de ducha
- Gafas de bucear (Acuagym)
- Bañador (Acuagym)

REGISTRO EN GCR:

Validación de planes ocupaciones – Plan Ocupacional – Actividades deportivas – Acondicionamiento físico.

ACTIVIDADES Y JUEGOS COOPERATIVOS

REALIZADO POR: Terapeuta Ocupacional y Monitor Ocupacional.

DIRIGIDO A: Usuarios con distintas capacidades motrices, con dificultades para establecer relaciones sociales adecuadas e identificar roles sociales.

DURACIÓN Y PERIODICIDAD: 1 vez por semana (Jueves) en sesiones de 2h (Septiembre-Junio)

DESARROLLO: se realizarán 4 sesiones al mes de diferentes actividades que cumplirán los mismos objetivos, todas ellas afrontarán los objetivos desde la perspectiva del juego, exponiendo a los usuarios a situaciones de colaboración y trabajo en equipo con todas las especificidades que esto conlleva. Las actividades a desarrollar son:

- Juegos cooperativos
- Juegos competitivos
- Juego asociativos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mejorar aspectos socio-afectivos
- Mejorar habilidades sociales
- Mejorar desempeño de roles sociales
- Establecer lazos afectivos

INSTALACIONES Y RECURSOS MATERIALES:

A gestionar por el centro:

- Complejo deportivo municipal de Guadarrama
- Autobús
- Material necesario para las actividades (aros, pelotas, cuerda, etc.)

A gestionar por los usuarios:

- Calzado deportivo
- Toalla para la actividad
- Ropa de cambio
- Utensilios de ducha
- Chanclas
- Toalla de ducha

REGISTRO EN GCR:

Validación de planes ocupacionales – Plan Ocupacional – Actividades deportivas –
Juegos colaborativos.

DEPORTE REGLADO (FÚTBOL)

REALIZADO POR: Terapeuta Ocupacional y Monitor Ocupacional.

DIRIGIDO A: Usuarios con dificultades para establecer relaciones sociales saludables, con necesidad de trabajar las distintas habilidades sociales.

DURACIÓN Y PERIODICIDAD: 1 vez por semana (Jueves) se llevarán a cabo entrenamientos en sesiones de 2h y en función al calendario de competición se jugarán los partidos (Sábado-Domingo). Además se llevarán a cabo entrenamientos o amistosos en distintas instalaciones deportivas (Septiembre-Junio)

DESARROLLO: Fútbol. se realizarán 4 sesiones de entrenamiento al mes en las que se desarrollarán distintos aspectos del juego, comprensión de reglamento y aplicación del mismo, desarrollo de la técnica del fútbol, comprensión del juego, establecimiento de normativa interna. La competición se llevará a cabo en Guadarrama (Liga de Fútbol-7 Local), se acordarán partidos amistosos con instituciones de Salud Mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Adquisición de rutina de AVDs autónoma y funcional
 - Mejorar aspectos individuales como tolerancia a la frustración, capacidad de sacrificio, esfuerzo, compromiso con el grupo y hábitos saludables.
 - Mejorar aspectos sociales, mejora de habilidades sociales básicas respeto de normas, aceptación de rol dentro del equipo y en la competición, fomentar la creación de red social de apoyo.
-

INSTALACIONES Y RECURSOS MATERIALES:

A gestionar por el centro:

- Complejo deportivo municipal de Guadarrama
- Autobús
- Material necesario para las actividades (balones, petos, botellas, conos, etc)

A gestionar por los usuarios:

- Calzado deportivo (botas de fútbol)
 - Ropa deportiva
 - Ropa de cambio
 - Utensilios de ducha
 - Chanclas
 - Toalla de ducha
-

REGISTRO EN GCR:

Validación de planes ocupaciones – Plan Ocupacional – Actividades deportivas – Deporte reglado.

BAILE ACTIVO

REALIZADO POR: Terapeuta Ocupacional y Monitor Ocupacional.

DIRIGIDO A: usuarios con hábitos de vida sedentarios

DURACIÓN Y PERIODICIDAD: una vez por semana (jueves) se realizará una sesión de 1 hora y media. De manera esporádica se apuntará al grupo a una sesión grupal organizada por instituciones ajenas al recurso.

DESARROLLO: Los usuarios acudirán una vez a la semana a las instalaciones municipales para participar en una clase de baile activo dirigida por un Terapeuta Ocupacional del centro, los usuarios participan en la elección de las canciones, además puntualmente el grupo asistirá a una clase grupal (masterclass) realizada por diferentes instituciones públicas y privadas de la zona donde los participantes disfrutarán de una sesión con personas de fuera del recurso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Adquisición de destrezas en el uso de recursos deportivos públicos y privados
- Fomentar interacción social saludable
- Fomentar disfrute de ocio saludable

INSTALACIONES Y RECURSOS MATERIALES:

A gestionar por el centro:

- Complejo deportivo municipal de Guadarrama
- Autobús
- Material necesario para las actividades (altavoces)

A gestionar por los usuarios:

- Calzado deportivo (botas de fútbol)
- Ropa deportiva
- Ropa de cambio

REGISTRO EN GCR:

Validación de planes ocupaciones – Plan Ocupacional – Actividades deportivas – Danzaterapia.

CULTURA DEPORTIVA

REALIZADO POR: Terapeuta Ocupacional y Monitor Ocupacional.

DIRIGIDO A: todos los usuarios del centro participen o no en otras actividades del programa.

DURACIÓN Y PERIODICIDAD: 1 vez cada 6 meses.

DESARROLLO: acudir a un evento deportivo de cualquier índole, ya sea ir a ver una competición o entrenamiento de cualquier deporte o realizar visitas a instalaciones deportivas. Además de charlas o conferencias sobre hábitos deportivos y la práctica del deporte, también se asistirá o contará con deportistas que transmitan a los usuarios los beneficios de la práctica deportiva como hábito social y de ocio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mejora de habilidades sociales básicas
- Mejorar adaptación a exigencias y normas del entorno
- Fomentar disfrute de ocio saludable

INSTALACIONES Y RECURSOS MATERIALES:

A gestionar por el centro:

- Instalaciones o acuerdos con entidades y deportistas
- Autobús

A gestionar por los usuarios:

- Gestión económica para afrontar el coste de la actividad.

REGISTRO EN GCR:

Validación de planes ocupaciones – Plan Ocupacional – Actividades deportivas – Actividades en comunidad

ANEXO 2

CATÁLOGO DE VARIABLES

- **Nº H.** Número de historia del usuario en el recurso. Dato numérico del 0000 al 9999. Obtenida de la base de datos del centro.
- **E/C.** Grupo experimental / grupo control. Grupo experimental (1), grupo control (2). Dato definido por la participación en la actividad estudio.
- **Edad.** Edad del usuario en el momento del estudio. Dato numérico de la edad. Obtenido de la base de datos del centro.
- **ESC.** Número de años escolarizado. Dato numérico de los años escolarizado. Dato obtenido mediante entrevista personal.
- **TB.** Haber trabajado de manera remunerada (mínimo 3 meses). Sí (1), No (0). Dato obtenido mediante entrevista personal
- **CONV.** Convivencia, mantener salidas a entorno familiar ocasionales. Sí (1), No (0). Dato obtenido mediante entrevista personal y base de datos del centro.
- **TOX.** Haber estado en tratamiento por consumo de tóxicos. Sí (1), No (0). Dato obtenido mediante entrevista personal y base de datos del centro.
- **TOX. ACT.** Haber consumido tóxicos en los últimos 6 meses. Sí (1), No (0). Dato obtenido mediante entrevista personal y base de datos del centro.
- **EXPECT.** Expectativas de derivación. Sí (0), No (1). Dato obtenido mediante base de datos del centro.
- **G. ENF.** Total obtenido en escala BRPS en el ítem gravedad de la enfermedad. Dato obtenido mediante base de datos del centro.
- **M. GLOBAL.** Total obtenido en escala BRPS en el ítem mejoría global. Dato obtenido mediante base de datos del centro.
- **FARMA.** Cambios en el tratamiento farmacológico en los últimos 6 meses. Cambio del medicamento administrado (2), aumento o disminución de la dosis en el medicamento administrado (1), sin cambio en el tratamiento (0). Dato obtenido de base de datos del centro
- **PRESEN.** Nº de asistencias a las sesiones del programa. Dato obtenido de registro en base de datos del centro

- **COLAB.** Nivel de participación en las sesiones asistidas. Participación activa (1), poca participación o participación pasiva (0). Dato obtenido mediante observación en las sesiones.
- **H.AUTO.** Habilidades de autocuidado en la escala de BELS. Total obtenido en el ítem de habilidades de autocuidado de la escala BELS. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada antes del comienzo del programa de intervención.
- **H.DOMES.** Habilidades domésticas en la escala de BELS. Total obtenido en el ítem de habilidades domésticas de la escala BELS. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada antes del comienzo del programa de intervención.
- **H.COM.** Habilidades comunitarias en la escala de BELS. Total obtenido en el ítem de habilidades comunitarias de la escala BELS. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada antes del comienzo del programa de intervención.
- **ACT.REL.** Actividades y relaciones sociales en la escala BELS. Total obtenido en el ítem actividades y relaciones sociales de la escala BELS. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada antes del comienzo del programa de intervención.
- **H.AUTO2.** Habilidades de autocuidado en la escala de BELS. Total obtenido en el ítem de habilidades de autocuidado de la escala BELS. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **H.DOMES2.** Habilidades domésticas en la escala de BELS. Total obtenido en el ítem de habilidades domésticas de la escala BELS. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **H.COM2.** Habilidades comunitarias en la escala de BELS. Total obtenido en el ítem de habilidades comunitarias de la escala BELS. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **ACT.REL2.** Actividades y relaciones sociales en la escala BELS. Total obtenido en el ítem actividades y relaciones sociales de la escala BELS. Dato

obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.

- **B.EMO.** Bienestar emocional. Total obtenido en el ítem bienestar emocional del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada al comienzo del programa de intervención.
- **R.INTER.** Relaciones interpersonales. Total obtenido en el ítem relaciones interpersonales del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada al comienzo del programa de intervención.
- **B.MAT.** Bienestar material. Total obtenido en el ítem bienestar material del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada al comienzo del programa de intervención.
- **D.PER.** Desarrollo personal. Total obtenido en el ítem desarrollo personal del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada al comienzo del programa de intervención.
- **B.FIS.** Bienestar físico. Total obtenido en el ítem bienestar físico del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada al comienzo del programa de intervención.
- **AUTOD.** Autodeterminación. Total obtenido en el ítem autodeterminación del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada al comienzo del programa de intervención.
- **I.SOC.** Inclusión social. Total obtenido en el ítem inclusión del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada al comienzo del programa de intervención.
- **DCH.** Derechos. Total obtenido en el ítem bienestar derechos del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada al comienzo del programa de intervención.
- **IND.CV.** Total obtenido en la escala GENCAT en el ítem índice de calidad de vida (puntuación tota de la escala). Dato obtenido de la base de datos del centro. Medida realizada antes del comienzo del programa.
- **PERC.CV.** Total obtenido en la escala GENCAT en el ítem índice de calidad de vida (puntuación tota de la escala). Dato obtenido de la base de datos del centro. Medida realizada antes del comienzo del programa.

- **B.EMO2.** Bienestar emocional. Total obtenido en el ítem bienestar emocional del instrumento GENCAT. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **R.INTER2.** Relaciones interpersonales. Total obtenido en el ítem relaciones interpersonales del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **B.MAT2.** Bienestar material. Total obtenido en el ítem bienestar material del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **D.PER2.** Desarrollo personal. Total obtenido en el ítem desarrollo personal del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **B.FIS2.** Bienestar físico. Total obtenido en el ítem bienestar físico del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **AUTOD2.** Autodeterminación. Total obtenido en el ítem autodeterminación del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **I.SOC2.** Inclusión social. Total obtenido en el ítem inclusión del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **DCH2.** Derechos. Total obtenido en el ítem bienestar derechos del instrumento GENCAT. Dato obtenido mediante la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa de intervención.
- **IND.CV2.** Total obtenido en la escala GENCAT en el ítem índice de calidad de vida (puntuación tota de la escala). Dato obtenido de la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa.
- **PERC.CV2.** Total obtenido en la escala GENCAT en el ítem índice de calidad de vida (puntuación tota de la escala). Dato obtenido de la base de datos del centro. Medida realizada 6 meses después del comienzo del programa.

ANEXO 3

ESCALA GENCAT

Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Miguel Ángel Verdugo Alonso (dir.)

Benito Arias Martínez

Laura E. Gómez Sánchez

Robert L. Schalock

ESCALA GENCAT

Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Miguel Ángel Verdugo Alonso (dir.)

Benito Arias Martínez

Laura E. Gómez Sánchez

Robert L. Schalock

BIBLIOTECA DE CATALUNYA - DADES CIP

Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida

Bibliografía

ISBN 9788439379287

I. Verdugo Alonso, Miguel Ángel, dir. II. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials

1. Discapacitats – Catalunya – Condicions socials – Avaluació 2. Qualitat de vida – Catalunya – Mesurament

364.65(467.1)

Copyright de los textos: Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez y Robert L. Schalock

Copyright de esta edición: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya

Barcelona, enero 2009

ISBN: 978-84-393-7928-7

Depósito legal: B-3087-2009

Maquetación: INDICA



Permitida la reproducción, siempre que se mencione la procedencia y no se haga con finalidades comerciales.

PRESENTACIÓN	9
1. DESCRIPCIÓN GENERAL	17
1.1. Ficha técnica	17
1.2. Fundamentación teórica	18
1.3. Material para la aplicación	19
2. NORMAS DE APLICACIÓN	20
2.1. Requisitos del informador	20
2.2. El rol del informador	21
2.3. Aplicación de la Escala GENCAT	21
3. NORMAS DE CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN	24
3.1. Perspectiva general	24
3.2. Puntuación y corrección	24
3.2.1. <i>Datos demográficos</i>	24
3.2.2. <i>Escala GENCAT</i>	24
Puntuaciones directas	24
Puntuaciones estándar y percentiles de cada dimensión	26
Índice de Calidad de vida y percentil del Índice de Calidad de vida	27
Perfil de Calidad de vida	28
3.2.3. <i>Ejemplo de corrección y puntuación de la Escala GENCAT</i>	30
4. PROPIEDADES TÉCNICAS	35
4.1. Muestra normativa	35
4.1.1. <i>Método de muestreo</i>	35
4.1.2. <i>Características demográficas de los evaluadores</i>	36
4.1.3. <i>Características demográficas de la muestra</i>	37
Distribución por género y edad	38
Distribución por ámbito geográfico en el que se ubica el centro	39
Distribución por condición de los participantes	40
Distribución por estado civil	40
Distribución por lugar de residencia	41
Distribución por nivel educativo alcanzado	41

4.2. Fiabilidad	42
4.3. Validez	43
4.3.1. <i>Validez de contenido</i>	43
Fase 1. Revisión de la literatura	43
Fase 2. Consulta a jueces expertos	44
Fase 3. Proceso de grupos focales	46
4.3.2. <i>Validez convergente</i>	46
4.3.3. <i>Validez discriminante</i>	48
4.3.4. <i>Validez nomológica</i>	49
4.3.5. <i>Validez de constructo</i>	50
4.3.6. <i>Conclusión</i>	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXO 1. Baremos de las subescalas	57
ANEXO 2. Índice de Calidad de vida	65
ANEXO 3. Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida	69

Índice de tablas

TABLA 1. Reparto de la muestra y errores de muestreo por ámbitos (personas mayores)	35
TABLA 2. Reparto de la muestra y errores de muestreo por colectivos (resto de colectivos)	36
TABLA 3. Características demográficas de los evaluadores	37
TABLA 4. Descriptivos de la distribución por género y edad de los participantes	38
TABLA 5. Distribución por género y grupo de edad de los participantes	38
TABLA 6. Coeficientes de consistencia interna y error típico de medida	43
TABLA 7. Tabla de contraste de los ítems de la dimensión Bienestar emocional en idoneidad	45
TABLA 8. Saturaciones factoriales (solución estandarizada)	47
TABLA 9. Fiabilidad compuesta de las variables y varianza media extractada	48
TABLA 10. Varianza media extractada y coeficientes de determinación de cada par de variables latentes	49
TABLA 11. Coeficientes de correlación entre las variables latentes del modelo	49
TABLA 12. Ajuste del modelo teórico de Calidad de vida	50

Índice de figuras

FIGURA 1. Clave de puntuación de la Escala GENCAT	22
FIGURA 2. Matizaciones de la Escala GENCAT	22
FIGURA 3. Primer ejemplo sobre cómo contestar los ítems	23
FIGURA 4. Segundo ejemplo sobre cómo contestar los ítems	23
FIGURA 5. Cálculo de la puntuación directa total de la dimensión Bienestar emocional	25
FIGURA 6. Anotación de las puntuaciones directas totales en el cuadro de resumen de puntuaciones	25
FIGURA 7. Cálculo de puntuaciones estándar y percentiles de la Escala GENCAT (baremos muestra general)	27
FIGURA 8. Cálculo del Índice de Calidad de vida de la Escala GENCAT	28
FIGURA 9. Perfil de Calidad de vida de la Escala GENCAT	29
FIGURA 10. Cuadernillo de anotación de la Escala GENCAT cumplimentado para César Martín	33
FIGURA 11. Hoja de resumen de puntuaciones cumplimentada para César Martín	34
FIGURA 12. Pirámide de frecuencias por tramos de edad en función del género de los participantes	39
FIGURA 13. Comparación de proporciones de centros y sujetos por ámbito geográfico	39
FIGURA 14. Pirámide de frecuencias por condición en función del género de los participantes	40
FIGURA 15. Pirámide de frecuencias por estado civil en función del género de los participantes	40
FIGURA 16. Pirámide de frecuencias por lugar de residencia de los participantes	41
FIGURA 17. Pirámide de frecuencias por nivel educativo alcanzado por los participantes	41
FIGURA 18. Distribución por nivel educativo alcanzado en función del género de los participantes	42
FIGURA 19. Acuerdo en idoneidad de los ítems de Bienestar emocional en personas mayores	44
FIGURA 20. Rangos de los ítems de la dimensión Bienestar emocional en idoneidad	45
FIGURA 21. Puntuaciones promedio en idoneidad, importancia y observabilidad de los ítems de la dimensión Bienestar emocional	46
FIGURA 22. Modelo de calidad de vida de ocho dimensiones	51

Presentación

Calidad de vida se ha convertido en uno de los conceptos internacionalmente más identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones en los aspectos de la persona, de la organización y del sistema social. El concepto se ha convertido en un marco de referencia conceptual para evaluar resultados de calidad, un constructo social que guía las estrategias de mejora de la calidad y un criterio para evaluar la eficacia de esas estrategias. Por ello, está siendo cada vez más utilizado en los servicios sociales y, en la actualidad, nos encontramos en el momento propicio para generalizar su aplicación. De hecho, el uso del concepto es hoy de primordial importancia en los servicios sociales, educativos y de salud, pues permite, por un lado, subrayar la importancia de las opiniones y experiencias del propio individuo y, por otro lado, planificar los programas y actividades en función de avances medibles en logros personales de los usuarios de los servicios.

Debido a estos avances, el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), como una organización de la Administración pública de la Generalitat de Cataluña, en su objetivo de la Mejora de la Calidad de los servicios sociales, y con la colaboración del Instituto de Integración de la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, ha trabajado para el desarrollo de la escala de valoración de la calidad de vida GENCAT, enmarcada dentro del **Plan de Mejora de la Calidad** en Cataluña, que es innovador para el desarrollo y evaluación de los servicios sociales en un contexto internacional.

El Plan de **Mejora de la Calidad** del ICASS, basado en el uso del concepto de calidad de vida según el modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003), tiene como objetivo asegurar la mejora continua de los servicios que se ofrecen a la ciudadanía, en la línea de conseguir unos servicios más personalizados y adecuados a las necesidades y exigencias actuales y futuras.

La Escala GENCAT, es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), que actualmente cuenta con gran aceptación internacional. La Escala GENCAT fue pensada para ser utilizada como instrumento para la mejora continua de los servicios sociales, con la intención de que los planes de atención y apoyo que éstos realizan sean más personalizados y adecuados a las necesidades actuales y futuras de los usuarios.

La Escala GENCAT ha sido construida con rigor metodológico, combinando metodologías cuantitativas y cualitativas, y desarrollando un proceso de elaboración que ha servido como modelo en otros países para la construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto (Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007). Los resultados obtenidos al aplicar el instrumento a una muestra representativa en Cataluña son muy positivos y respaldan su utilización.

La elaboración y validación de la Escala GENCAT ha sido posible gracias a la financiación del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), que ha mostrado un interés prioritario por la Mejora de la Calidad en sus servicios sociales. En este sentido, hay que agradecer la iniciativa y apoyo de Esther Rovira, Subdirectora General del ICASS, y la colaboración de Xavier Canals. Asimismo, los autores agradecen la inestimable colaboración aportada por el grupo de jueces expertos, los participantes en los grupos focales, y los numerosos centros y profesionales de Cataluña que participaron en el proceso de desarrollo de la escala y en el trabajo de campo. Por ello, expresamos nuestra máxima gratitud a las personas e instituciones que se relatan a continuación.

A las personas de toda España que participaron como jueces expertos durante el proceso de desarrollo de la escala:

Abel Bakero	Eliana Sabeh	María Gómez Vela
Agustina Suárez	Emili Grande	María Luisa Curcoll
Alberto Jarabo Martín	Emma Lourenço	Marian Valmaseda
Alberto Uriarte Méndez	Enrique García Huete	Maribel Campo
Alfredo Bohórquez	Ester Navallas	Marta Díez Rodríguez
Ana Álvarez Navares	Fabián Sainz Modinos	Marta Rodríguez
Ana María Arnés Pérez	Félix Arregui Etxeberria	Mercè Cervantes
Antoni Espinal	Fran Gazapo	Mercedes Camprubí
Antonio Centeno	Francisco Javier Leturia	Miguel Acosta
Araceli Díez Díez	Gonzalo Berzosa Zaballos	Miguel Pereyra
Argimiro Gómez Sánchez	Jesús Hernández Galán	Natacha García Dávila
Beatriz Carramolino Arranz	José Juan Uriarte Uriarte	Óscar Moral
Beatriz González	José Luis González Sánchez	Patricia Bermejo
Belén Montero Herráez	José Manuel Hernández	Pedro Cano
Carlos Egea García	Josep de Martí	Pedro Manuel Jiménez Navarro
Carmela Velasco	Josep Fàbregas	Pere Rueda
Carmen Gordillo	Juan Antonio González	Pilar Monreal
Carmen Jáudenes	Juan José Cantalejo	Purificación Díaz Veiga
Carmen Sáez Megías	Juan José Martínez González	Rafael Sánchez
Cristina Caballo	Luis Alberto González Collantes	Ramón Novell
Cristina Julve Pascual	M.ª Ángeles Alcedo	Raquel Morentín Gutiérrez
Daniel Tabuyo	M.ª Ángeles Núñez	Rocío Fernández Ballesteros
Demetrio Casado	M.ª Luz Iglesias Martínez	Roser Fernández
Desiderio López Gómez	M.ª Victoria Martín Fraile	Susana Martín
Dolores Soler	Manuel Ángel Franco Martín	
Efrén Carbonell	Mar Cogollos	

A los usuarios, familiares y profesionales de Cataluña que participaron en los grupos focales celebrados en Barcelona:

Amparo Martín	Isabel Maraculla	Mercè Cervantes
Ana García Medina	Itziar Ancizu	Miguel Ángel Ruiz
Ana González	Jaume Vidal	Miguel Carrillo
Anna Sanahuja	Javier Gracia	Montse Palomeras
Antoni Duch	Joan Artur Sales	Montse Vilella
Carmen Osul	José Conrado Gargallo	Montserrat Canom
Cristina Casolà	Josep Solà	Montserrat Enrich
Efren Carbonell	Lluís Pérez	Pere Martí
Elena López	Luciano Literas	Pilar Vilagrassa
Emilia Valls Soto	Luis Latorre	Ricardo Collado
Emilio Grande	M. ^a José Delor	Rita Ibeas Fonseca
Ester Borrego	Maite Tudela	Roser Ayats
Fernando Bustamante	Manuel Fernández	Rubén del Río
Francisco Villegas	Mar García	Silvia Lobera
Imma Sunyer	Marga Alonso	Sofía Crespi
Inma Arriaga	Margarita Galeano	Susana Cordón
Irene Soto	María Combalia	Tina Ureña
Isabel Llorens	Marta Mateu	Víctor Hurtado

A los profesionales que participaron en el proceso de recolección de la muestra y aplicación de la escala en las siguientes instituciones:

APSBC "Llar"	Casa dels Avis (servei de centre de dia per a gent gran)	Centre d'acollida Convent dels Franciscans
Asil Hospital de la Garriga (servei de residència assistida)	Casa dels Avis (servei de residència assistida per a gent gran)	Centre d'acollida Sara
Calafell Park Residencial	Centre assistència Sant Joan de Déu	Centre d'acolliment diürn de Residència geriàtrica Montsacopa
Casa Asil de Sant Andreu de Palomar (servei de residència assistida)	Centre Can Monich	Centre de dia Amunt
Casa d'Acollida de Malalts de la Sida Creu Roja (Tarragona)	Centre d'acollida Can Banús	Centre de dia ca la Cileta

Centre de dia de la residència Alt Camp	Centre de dia per a gent gran de Manresa	Centre Verge de Montserrat
Centre de dia de la Residència d'Avis Jaume Nualart	Centre de dia per a gent gran de Natzarret	Centro Geriátrico Ontalva
Centre de dia de la Residència Diocesana d'Ancians Sant Miquel Arcàngel	Centre de dia per a gent gran de Vilafranca del Penedès	Centro Residencial Rosben
Centre de dia de la Residència d'Uldecona	Centre de dia per a gent gran els Arcs	Comunitat terapèutica Can Parellada
Centre de dia de la Residència Jaume I	Centre de dia per a gent gran les Garrigues	Comunitat terapèutica de Malgrat
Centre de dia de la Residència Mare de Déu de la Riera	Centre de dia per a gent gran Llar de l'Ancianitat	Comunitat terapèutica Projecte Home
Centre de dia de la Residència municipal per a la gent gran Vall de Ribes	Centre de dia Residencial El Colomé	CTD Can Serra
Centre de dia de la Residència Sant Antoni de Tàrraga-Hospital pobres Jesucrist	Centre de dia Rocaprevera	CTD La Masia
Centre de dia Hospital Pere Màrtir Colomé	Centre de dia Sabadell Gent Gran	CTD Masia II
Centre de dia la Llar	Centre de dia Sant Feliu de Guíxols Gent Gran	Els Roures (Sant Gregori)
Centre de dia l'Aplec	Centre de disminuïts físics del Bages (Althaia)	Equipament per a Gent Gran Josep Miracle
Centre de dia l'Onada (Golden Beach)	Centre de serveis per a la gent gran Vall de Terri	Escola Rosella
Centre de dia Map	Centre geriàtric Maria Gay	Geriàtric Palafolls
Centre de dia Mare Nostrum	Centre gerontològic Myces (servei de centre de dia per a gent gran)	Gràcia III
Centre de Dia Masia El Xiprer	Centre la Coma	Habitatge Alba 3
Centre de dia Món Barnasalut	Centre Psicopedagògic Nostra Senyora de Montserrat	Habitatge Artesà
Centre de dia per a gent gran Josep Jaques	Centre residencial Joviar	Habitatges autònoms Sant Ponç
Centre de dia per a gent gran Sant Pere de Madrona	Centre Residencial per a Gent Gran Jaume I (servei de residència assistida)	Hogar La Salud
Centre de dia per a gent gran Comtes d'Urgell	Centre residencial per a persones amb disminució Riudeperes	Hospital Berenguer de Castelltort
Centre de dia per a gent gran Creu de Barberà-Sabadell	Centre sociosanitari de la salut (Germanes de la Caritat de Santa Anna)	Residència Mare Güell (servei de residència assistida)
		Hospital de Sant Pere
		Las Magnolias
		Llar 2000
		Llar Barba Roca
		Llar Can Cabassa
		Llar Can Llovera - residència
		Llar Clarella
		Llar Clarella-Manlleu
		Llar Cottet
		Llar d'Acollida de Gràcia III
		Llar d'Avis Itely (servei de residència assistida)

Llar de Grup d'ASPIANIAS I	Llar residència Sant Joan de Déu (Almacelles)	Residència assistida d'Horta
Llar de l'Avi, Residència l'Estrella	Llar residència Sant Jordi-Vallès	Residència assistida la Sagrera
Llar de Pau - Residència	Llar residència Verdager	Residència assistida Mossèn Vidal i Aunòs
Llar de Santa Anna	Llar residència Vidar per a disminuïts psíquics	Residència assistida Novallar de Mediona
Llar el Rusc	Llar Sant Martí - Barceloneta	Residència Assistida Palamós Gent Gran
Llar Emilio Benedetti	Llar habitatge el Vilar (3)	Residència assistida per a gent gran Sant Antoni de Pàdua
Llar Francesc Tàrraga	Llar residència Ntra. Sra. del Carme	Residència assistida Toribi Duran
Llar Guru	Llar residència APROMI	Residència Aura
Llar La Matinada	Llar residència Bell-Iloc	Residència Aurià VIII
Llar les Cabanyes I	Llar residència Claror	Residència Bellpuig
Llar Oxalis - residència	Llar residència d'AMPANS Sant Joan	Residència Boscana
Llar residència Acudam	Llar residència Espronceda	Residència Can Tarrida
Llar residència Aprestadora 1	Llar residència Estel II	Residència Clívia
Llar residència Ca l'Ametller	Llar residència font Verda	Residència Continental
Llar residència d'AMPANS Sant Joan	Llar residència per a gent gran d'Amposta	Residència d'avis Bet-San (servei de residència assistida)
Llar residència d'Amposta	Llar residència per a persones amb discapacitat d'Esplugues	Residència d'avis de la Pobla de Lillet (servei de residència assistida)
Llar residència de Tarragona	Llar residència Ramon Noguera II	Residència d'avis la Torrassa
Llar residència el Pont 3 - Torreforta	Llar residència Sant Joan de Déu Serveis Socio-sanitaris	Residència d'avis Nostra Senyora de Montserrat
Llar residència el Soplúig	Mas Casadevall I	Residència d'avis Piera
Llar residència els Xiprers	Miniresidència per a la Gent Gran d'Almacelles	Residència de disminuïts físics - Institut Municipal de Serveis Socials de Badalona
Llar residència Estela	Pis-Residència ASSA	Residència de disminuïts psíquics amb trastorns de conducta d'Empresseguera
Llar residència Ginesta I	Residència Costa Mediterrànea	Residència de disminuïts psíquics severs i profunds Íbera
Llar residència Gran Via	Residència La Vall	Residència de Gent Gran d'Esterrí d'Àneu
Llar residència La Maçana	Residència AFAP	Residència de la Fundació Privada
Llar residència la Sardana	Residència Alexandra	
Llar residència L'Àngel	Residència AREMI	
Llar residència Llevant 2	Residència assistida de Gandesa	
Llar residència Masia Roig	Residència assistida de Gavà	
Llar residència Pàdua	Residència assistida de l'Alta Ribagorça	
Llar residència per a malalts mentals Manlleu		
Llar residència per a persones disminuïdes La Fageda 3		
Llar residència Poble Sec		
Llar residència Providència		
Llar residència Roger de Llúria		

Asil Inglada Via (servei de residència assistida)	residència assistida	nuïdes psíquiques Mestral
Residència de la gent gran d'Ascó	Residència l'Anunciata	Residència Pinya de Rosa
Residència de Pas de Disminuïts Psíquics - Institut Municipal de Serveis Socials de Badalona (Josep Padrós)	Residència Les Vinyes	Residència Sant Miquel
Residència de Puigcerdà	Residència l'Espiga	Residència Sant Roc de Canet
Residència de Salut Mental Mas-caró	Residència Lleó XIII	Residència Santa Susanna
Residència Diocesana d'Ancians Sant Miquel Arcàngel	Residència Magí Aranda	Residència Santa Tecla Llevant
Residència Domènech i Montaner	Residència Maria Feixa	Residència tercera edat Sant Jaume
Residència Elisenda de Montcada	Residència Metroces, SA Castell d'Oliana (Caser residencial)	Residència Venero
Residència Francesca Roig (servei de residència assistida)	Residència Nostra Senyora del Remei	Residència Ventall
Residència Fundació Mifas 2	Residència Nostrallar (servei de residència assistida)	Residència Verge del Castell
Residència Fundació Ntra. Sra. de Fátima	Residència núm. 1 de l'Associació Shalom	Residència Vora Riu per a persones amb disminució severa i profunda
Residència geriàtrica Ca l'Avi	Residència Palau	Residencial Blanes
Residència geriàtrica Casal dels Avis de Ripoll (servei de residència assistida)	Residència per a disminuïts Gandhi	Residencial Sant Sebastià
Residència geriàtrica Maria de la Salut	Residència per a disminuïts psíquics ASPASIM	Sanitas Residencial Gerunda
Residència geriàtrica San Pablo	Residència per a disminuïts psíquics profunds la Pineda	Sanitas Residencial Ilerda
Residència Gornal	Residència per a Gent Gran Berllor	Sant Miquel de Maifré
Residència Hotel Prudenci (servei de residència assistida)	Residència per a grans disminuïts físics Amílcar	Senior Centre - Centre de dia
Residència Igualada	Residència per a grans disminuïts físics Pla d'en Boet	Servei d'acolliment diürn de la Mini-residència d'Avis Verge de l'Aguda
Residència Itaca-Reus	Residència per a grans disminuïts físics Sant Salvador	Servei de residència Tilmar
Residència Jaume Jornet	Residència per a grans disminuïts psíquics a Santpedor Julio Payàs	Servei Residència - Llar de Santa Anna
Residència Joan Trias	Residència per a greus disminucions físiques Terres de Ponent	TEB Casa Bloc 4
Residència La Font	Residència per a persones disminuïdes psíquiques Mar i Cel	Triginta, Salut Mental
Residència La Maresma (servei de	Residència per a persones dismi-	Versat, Centre de dia i assistència integral

Por último queremos agradecer la colaboración a todos los miembros y compañeros del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), de manera especial a Fabián Sainz Modinos, M^a Cruz Sánchez Gómez, Mónica Santamaría Domínguez y Pilar Sarto Martín, por participar como moderadores de los grupos focales celebrados en Barcelona; a Patricia Navas Macho, por su ayuda incondicional a lo largo de todo el proceso de investigación, y finalmente a Raquel Morentín por su ayuda en el proceso de análisis de datos.

Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez,
Laura E. Gómez Sánchez y Robert L. Schalock
Salamanca, marzo 2008

1. Descripción general

1.1. Ficha técnica

Nombre:	Escala GENCAT
Autores:	Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez y Robert L. Schalock.
Ámbito de aplicación:	Adultos a partir de 18 años.
Informadores:	Profesionales de los servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde hace tres meses.
Administración:	Individual.
Validación:	Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España.
Duración:	10 a 15 minutos, aproximadamente.
Significación:	Evaluación objetiva de la Calidad de vida (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos).
Finalidad:	Identificar el perfil de Calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes.
Baremación:	Puntuaciones estándar (M= 10; DT= 3) de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida.
Material:	Manual y cuadernillo de anotación.

1.2. Fundamentación teórica

La Escala GENCAT presenta un conjunto de aspectos observables de distintas áreas que conforman la calidad de vida de una persona y que pueden ser objeto de planes de apoyo personalizados por distintos tipos de servicios sociales. Teniendo en cuenta la distinción realizada en los últimos años entre aspectos objetivos y subjetivos, así como la débil concordancia encontrada entre ellos (Arostegui, 2002; Gómez, 2005; Janssen, Schuengel y Stolk, 2005; Olson y Schoeber, 1993; Perry, Felce y Lowe, 2000; Perry y Felce, 2005; Schalock y Felce, 2004; Verdugo, Arias y Gómez, 2006), este instrumento permite la evaluación objetiva de la calidad de vida proporcionando indicadores sensibles al diseño ambiental y de programas por parte de las organizaciones y servicios.

Partiendo del marco teórico propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, en prensa), calidad de vida se entiende como un concepto multidimensional, compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, que está influido por factores tanto ambientales como personales, así como por su interacción, y que se mejora a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida. Su medición hace referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, tiene en cuenta el contexto de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas, e incluye tanto experiencias humanas comunes como experiencias vitales únicas (Verdugo, Schalock, Keith y Stancliffe, 2005). De este modo, los principales usos del concepto de calidad de vida son de tres tipos. Primero, como un marco de referencia para la prestación de servicios. Segundo, como un fundamento para las prácticas basadas en la evidencia. Y tercero, como un vehículo para desarrollar estrategias de mejora de la calidad (Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007, en prensa).

La Escala GENCAT está basada en este modelo multidimensional en el cual existen ocho dimensiones o dominios que cuando se toman en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida. Entendemos las dimensiones básicas de calidad de vida como “un conjunto de factores que componen el bienestar personal”, y sus indicadores centrales como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” (Schalock y Verdugo, 2003, p. 34).

A continuación, se presenta una breve definición de cada una de las ocho dimensiones del modelo, así como los indicadores seleccionados para operativizar dichas dimensiones, que han sido fruto de más de una década de investigación nacional e internacional (Gómez, 2005; Gómez, Verdugo y Arias, 2007; Jenaro [et al.], 2005; Keith y Schalock, 2000; Schalock y Keith, 1993; Schalock, 1996, 1997; Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007; Schalock [et al.], 2005; Verdugo, Arias y Martín, 2006; Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007; Verdugo, Gómez y Arias, 2007; Schalock y Verdugo, 2007; Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008.2009).

Bienestar emocional (BE): hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.

Relaciones interpersonales (RI): relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.

Bienestar Material (BM): tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

Desarrollo personal (DP): se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

Bienestar físico (BF): tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.

Autodeterminación (AU): decidir por si mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.

Inclusión social (IS): ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.

Derechos (DE): ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

1.3. Material para la aplicación

ANEXO a éste MANUAL en el que se presentan las bases teóricas, la descripción, normas de aplicación y corrección, y propiedades técnicas de la prueba, se halla el cuadernillo de anotación, que recoge la prueba y la hoja de resumen de puntuaciones necesaria para la interpretación de las respuestas.

2. Normas de aplicación

La Escala GENCAT es una escala multidimensional diseñada para obtener el perfil de calidad de vida de un individuo. El instrumento es completado por un informador que conoce bien a la persona cuya calidad de vida se quiere evaluar pero que, en el caso de desconocer algún aspecto, puede consultar a tantos otros informadores como sea necesario para obtener una información precisa y completa. Si se recurre a la ayuda de otros informadores, se debe recoger en la casilla correspondiente del cuadernillo de anotación.

2.1. Requisitos del informador

La Escala GENCAT debe ser completada por un profesional que esté trabajando en el campo de los servicios sociales. Un informador puede ser un psicólogo, un trabajador social, un orientador, un trabajador de apoyo directo, un profesor, un cuidador, un gestor de casos o cualquier otro profesional que esté familiarizado con el concepto de calidad de vida y pueda adoptar el rol de observador externo.

El informador, además, debe trabajar directamente con la persona cuya calidad de vida va a evaluar y debe conocerla bien (al menos desde hace tres meses). Debe tener posibilidad de observar a la persona en distintos contextos y durante amplios períodos de tiempo (al menos varias horas en cada contexto), puesto que tendrá que responder a preguntas de muy diversa índole sobre su vida. Es decir, debe conocer aspectos de la persona como, por ejemplo, cómo se desenvuelve en su trabajo, cómo se relaciona con otras personas o cómo se desenvuelve en su vida diaria.

Si el informador necesita solicitar información de otros informadores, no debe hacerlo nunca a la propia persona sobre la cual está informando. Puede consultar a otros profesionales y, en último caso, a familiares, padres o tutores. Es responsabilidad del informador contrastar e integrar la información recibida de los distintos informadores para llegar a la calificación final.

2.2. El rol del informador

El trabajo que lleva a cabo el informador en la aplicación de la Escala GENCAT es de vital importancia puesto que de él depende la calidad de la información proporcionada. El informador debe adoptar el rol de observador externo para completar el cuestionario. Es en él en quien recae la responsabilidad, objetividad, veracidad y exactitud de los datos proporcionados, así como de sus implicaciones. La función principal como informador es proporcionar información de calidad sobre la calidad de vida de la persona que evalúa. La calidad de la información proporcionada radica fundamentalmente en su habilidad para completar de forma precisa la información requerida.

De este modo, el informador es la persona fundamental en el proceso de la evaluación objetiva de la calidad de vida con la Escala GENCAT y debe realizar de forma responsable la evaluación, aportando sus conocimientos y experiencia acerca de la persona que evalúa. Su máxima será asegurar la objetividad. El informador debe evitar que influyan sus ideas y sentimientos en el proceso de evaluación. Para ello, deberá ser imparcial, objetivo y preciso, garantizando que la información que proporciona esté libre de opiniones y prejuicios.

2.3. Aplicación de la Escala GENCAT

La Escala GENCAT es aplicable a cualquier usuario con una edad mínima de 18 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado, en el que un informador –preferentemente un profesional de los servicios sociales– responde a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación oscila entre 10 y 15 minutos, pero puede alcanzar unos 30 minutos si sumamos el tiempo de lectura del manual donde se facilita al profesional toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma. Cuando esta tarea exige más de 45 minutos, es probable que el informador tenga un problema para asumir el papel de observador externo, para proporcionar información de modo objetivo o que no conozca suficientemente a la persona que está evaluando.

La calidad de vida es evaluada a través de 69 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003): Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos.

Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (*'nunca o casi nunca'*, *'a veces'*, *'frecuentemente'* y *'siempre o casi siempre'*). Si tiene dificultad para contestar alguno de los ítems con la escala de frecuencia, el informador puede responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos (*'totalmente en desacuerdo'*, *'en desacuerdo'*, *'acuerdo'* y *'totalmente de acuerdo'*). Para marcar su respuesta, deberá tener en cuenta la siguiente clave de puntuación (figura 1).

Si la respuesta fuera "totalmente de acuerdo", marcará "siempre o casi siempre".

Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
4	3	2	1

Si la respuesta fuera "de acuerdo", marcará "frecuentemente".

Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
4	3	2	1

Si la respuesta fuera "en desacuerdo", marcará "algunas veces".

Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
4	3	2	1

Si la respuesta fuera "totalmente en desacuerdo", marcará "nunca o casi nunca".

Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
4	3	2	1

Figura 1. Clave de puntuación de la Escala GENCAT

Los ítems de la Escala GENCAT se refieren a cuestiones observables, concretas y fáciles de comprender. No obstante, el cuadernillo de anotación incluye algunas matizaciones para algunos ítems. Es muy importante que el informador lea estas matizaciones antes de contestar. Las matizaciones aparecen en un recuadro bajo la subescala del ítem al que se refiere.

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="color: red; font-weight: bold;">Matizaciones</div> <div>Puntuación directa TOTAL _____</div> </div>					
<p>ÍTEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.</p>					

Figura 2. Matizaciones de la Escala GENCAT

El informador debe completar todos los ítems. Puede que le resulte difícil contestar algunos ítems si la persona tiene un alto deterioro cognitivo o si piensa que no son aplicables a un individuo en concreto. Si esto ocurre, el informador debe tener siempre en cuenta que la información que se le requiere consiste en saber si la persona lleva a cabo o no una determinada actividad, si tiene o no oportunidades para hacer una determinada actividad, si tiene o no una capacidad concreta. El informador no debe tener en cuenta los motivos por los que la persona no realiza una determinada actividad. Si en el momento de la evaluación, la persona no realiza alguna de las actividades que se recogen en el cuestionario, debe contestar pensando en cómo haría dicha actividad si la persona que está siendo evaluada fuera a realizar la actividad en cuestión.

Se quiere evaluar la calidad de vida de una persona con drogodependencias que se encuentra en un servicio de rehabilitación. En una de las fases del tratamiento, se le ha prohibido tener contacto con su familia y amigos durante un período de tiempo.

Dado que hay varios ítems referidos a la relación que la persona mantiene con su familia y amigos, el informador contestará a dichos ítems pensando en cómo sería esa relación si en el programa de rehabilitación no se le hubiese prohibido mantener el contacto con ellos.

Figura 3. Primer ejemplo sobre cómo contestar los ítems

En la evaluación de una persona con un grave deterioro cognitivo.

En este caso, el informador encontrará varios ítems que puede considerar no aplicables a la persona, por ejemplo, 'organiza su propia vida' o 'participa en la elaboración de su programa individual'. El informador debe responder a todos los ítems, aunque lo haga siempre de forma negativa. Se trata de registrar si la persona lo hace o no lo hace, sin considerar que no lo hace porque tiene un grave deterioro cognitivo.

Figura 4. Segundo ejemplo sobre cómo contestar los ítems

Una vez terminada la aplicación de la escala y comprobado que no se ha dejado ninguna cuestión en blanco y, si es así, el informador debe puntuar e interpretar los resultados como se describe en el siguiente apartado.

3. Normas de corrección e interpretación

3.1. Perspectiva general

Este apartado describe cómo puntuar la Escala GENCAT y cómo interpretar los siguientes indicadores de calidad de vida:

- **Perfil de Calidad de vida**, obtenido a partir de puntuaciones estándar de cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida.
- **Índice de Calidad de vida**, obtenido a partir de la puntuación estándar compuesta calculada a partir de las ocho subescalas.

Al final del apartado se incluye un ejemplo práctico que ilustra la corrección e interpretación de los resultados de la Escala GENCAT.

3.2. Puntuación y corrección

3.2.1. Datos demográficos

En la primera página del cuadernillo el informador debe indicar la fecha en la que se completa la escala. Además, es preciso recoger la información demográfica de la persona evaluada (nombre y apellidos, sexo, edad, dirección, número de teléfono y lengua hablada en casa) y del informador (nombre, puesto de trabajo, agencia o afiliación, dirección, correo electrónico y teléfono). En el caso de que el informador necesite consultar a otras personas para completar el cuestionario, también deberá anotar el nombre, relación que mantiene con la persona evaluada y lengua que normalmente utilizan todos ellos.

3.2.2. Escala GENCAT

Las puntuaciones obtenidas en la escala servirán para completar el resumen de puntuaciones y obtener el Perfil de Calidad de vida que se incluye al final del cuadernillo de anotaciones de la Escala GENCAT.

Puntuaciones directas

Para obtener la *puntuación directa total* en cada subescala o dimensión se han de sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen, tal y como se muestra en la figura 5.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					16

Figura 5. Cálculo de la puntuación directa total de la dimensión Bienestar emocional

De este modo, se calculan las puntuaciones directas totales en las ocho dimensiones de calidad de vida. Estas puntuaciones directas totales se utilizarán más tarde para completar el resumen de puntuaciones en la última página del cuadernillo de anotación. Siguiendo el ejemplo de la figura 5, como la puntuación directa de la dimensión *Bienestar emocional* es '16', anotamos este valor en la casilla correspondiente (puntuaciones directas totales) del cuadro *Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT* del resumen de puntuaciones. Se procederá de modo similar con el resto de las dimensiones hasta completar la primera columna de dicho cuadro (ver figura 6).

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles			
3. Introducir el Índice de Calidad de vida			
Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional	16		
Relaciones interpersonales	25		
Bienestar material	30		
Desarrollo personal	14		
Bienestar físico	27		
Autodeterminación	9		
Inclusión social	20		
Derechos	35		
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de vida			

Figura 6. Anotación de las puntuaciones directas totales en el cuadro de resumen de puntuaciones

Puntuaciones estándar y percentiles de cada dimensión

En el anexo 1 se incluyen las tablas de baremos para la muestra general (apartado A), para personas mayores (a partir de 50 años) (apartado B), para personas con discapacidad intelectual (apartado C) y el baremo de la muestra para el resto de colectivos (personas con drogodependencias, VIH/SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental) (apartado D). De este modo, en función de los objetivos de la evaluación, podrá utilizarse la tabla correspondiente al colectivo al que pertenezca la persona o la tabla correspondiente a la muestra general (válida para cualquier persona). Así, por ejemplo, cuando se evalúa la calidad de vida de una persona con discapacidad intelectual, el evaluador puede utilizar el baremo para personas con discapacidad intelectual si su objetivo es comparar la posición relativa del individuo con respecto a la muestra de personas con discapacidad. Por el contrario, puede optar por utilizar el baremo para la muestra general si su interés es establecer la posición relativa de la persona con discapacidad intelectual con respecto a la muestra general de usuarios de servicios sociales (que incluye todos los colectivos mencionados anteriormente).

En todo caso, el evaluador debe registrar el baremo utilizado en la casilla correspondiente de la hoja *Resumen de puntuaciones* para poder así utilizar el mismo baremo en el caso de que se haga un seguimiento del individuo y las puntuaciones obtenidas por éste sean comparables en distintos momentos temporales.

Una vez determinada la tabla de baremos que se va a utilizar (anexo 1), se localizará en ella la puntuación estándar y el percentil correspondiente a la puntuación directa total de cada una de las dimensiones o subescalas. Las puntuaciones estándar, como ya se ha señalado, establecen la posición relativa de una persona dentro de su muestra de tipificación, teniendo en cuenta que su media es 10 y su desviación típica es 3. Los percentiles, por su parte, indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Por ejemplo, el percentil 78 indica que la persona tiene una puntuación superior al 78% de las personas y que el restante 22% superan su puntuación. Una vez localizada en la tabla (anexo 1) la puntuación directa total, en la misma fila de la primera columna encontrará la puntuación estándar normalizada y en la última columna el percentil correspondiente a esa puntuación directa. Es necesario anotar todos esos valores en las columnas correspondientes del cuadro *Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT* (ver figura 7). Tanto en el caso de las puntuaciones estándar como en el de los percentiles, las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida.

Número de identificación:
[]

Nombre y apellidos
[]

Informante
[]

Fecha de aplicación
[]

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT
 1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
 3. Introducir el Índice de Calidad de vida

Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional	16	6	9
Relaciones interpersonales	25	9	37
Bienestar material	30	11	63
Desarrollo personal	14	5	5
Bienestar físico	27	9	37
Autodeterminación	9	3	1
Inclusión social	20	8	25
Derechos	35	9	37

Puntuación estándar TOTAL (suma)

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA
(Puntuación estándar compuesta)

Percentil del Índice de Calidad de vida

Baremo usado

Baremo para la muestra general

Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)

Baremo para personas con discapacidad intelectual

Baremo para personas de otros colectivos (personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

Figura 7. Cálculo de puntuaciones estándar y percentiles de la Escala GENCAT (baremos muestra general)

Índice de Calidad de vida y percentil del Índice de Calidad de vida

El Índice de Calidad de vida o *puntuación estándar compuesta*, se calculó aplicando el procedimiento de agrupación de varianzas de Guilford y Fruchter (1978). Las puntuaciones estándar compuestas tienen una distribución con media de 100 y una desviación típica de 15, por lo que la mayoría de los evaluadores están familiarizados con ella y las puntuaciones que genera permitiendo una interpretación muy intuitiva.

Para obtener el Índice de Calidad de vida primero se han de sumar las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y anotar el resultado en la casilla '*Puntuación estándar TOTAL (suma)*' del cuadernillo de anotación. Este valor se convierte en el Índice de Calidad de vida (o puntuación estándar compuesta) mediante la tabla que se incluye en el anexo 2. En dicha tabla se deberá localizar la puntuación estándar total. En la misma fila, en las dos columnas de la derecha se encontrará el Índice de Calidad de vida y el percentil. Siguiendo el ejemplo (figura 8), una suma de las puntuaciones estándar de las ocho subescalas de '60' se convertiría en un Índice de Calidad de vida de '81'. El percentil del Índice de Calidad de vida será en este caso '11', lo que significa que el 89% de la muestra estandarizada obtuvo una puntuación más alta en el Índice de Calidad de vida.

Número de identificación: <input type="text"/>			
Nombre y apellidos <input type="text"/>			
Informante <input type="text"/>			
Fecha de aplicación <input type="text"/>			

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

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT 1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles 3. Introducir el Índice de Calidad de vida			
Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional	16	6	9
Relaciones interpersonales	25	9	37
Bienestar material	30	11	63
Desarrollo personal	14	5	5
Bienestar físico	27	9	37
Autodeterminación	9	3	1
Inclusión social	20	8	25
Derechos	35	9	37
Puntuación estándar TOTAL (suma)		60	
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)		81	
Percentil del Índice de Calidad de vida			11

Figura 8. Cálculo del Índice de Calidad de vida de la Escala GENCAT

Perfil de Calidad de vida

El Perfil de Calidad de vida que se encuentra en la última página del cuadernillo de anotación, proporciona una representación gráfica de las puntuaciones estándar obtenidas por el individuo en las dimensiones de calidad de vida, con su correspondiente percentil. Además representa el Índice de Calidad de vida, también con su correspondiente percentil.

Para obtener el Perfil de Calidad de vida, debe rodear la puntuación estándar obtenida en cada dimensión de calidad de vida y unir las mediante una línea. A través de este perfil el evaluador podrá obtener una representación visual inmediata de las dimensiones de calidad de vida, discriminando de un modo sencillo cuáles son las áreas en las que el individuo obtiene una puntuación más baja y podrían ser, por tanto, objeto de planes de apoyo para la mejora de su calidad de vida. Del mismo modo, discriminará fácilmente las dimensiones de calidad de vida en las que la persona ha obtenido mejores puntuaciones. Siguiendo con el ejemplo, la figura 9 muestra cómo se obtiene el Perfil de Calidad de vida.

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida
 Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de vida.
 Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.

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

Figura 9. Perfil de Calidad de vida de la Escala GENCAT

Se debe tener en cuenta que la evaluación de calidad de vida puede variar no sólo en cuanto a las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones, sino también a lo largo del tiempo y en función de distintos acontecimientos vitales que pueden acontecer en la vida de una persona. Es por ello recomendable evaluar periódicamente a cada persona con el objetivo de obtener información actualizada sobre su calidad de vida, especialmente si se lleva a cabo algún plan de intervención con el objetivo de mejorar alguna de las dimensiones. Si el plan de apoyo llevado a cabo para mejorar una determinada dimensión es eficaz, la persona obtendrá una puntuación más alta en dicha dimensión. Si por el contrario, la puntuación permanece o disminuye, será recomendable revisar el plan de apoyo.

3.2.3. Ejemplo de corrección y puntuación de la Escala GENCAT

César Martín tiene 65 años y discapacidad intelectual. Su calidad de vida ha sido evaluada por el psicólogo de la residencia para personas mayores en la que vive. Para responder algunas preguntas, ha requerido la ayuda de otro profesional del centro y de un familiar. Tras completar la Escala GENCAT, César obtiene las siguientes puntuaciones (figura 10).

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

Puntuación directa TOTAL 26

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL 30

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	④
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	④	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	③	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	④
23	El lugar donde vive está limpio.	④	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	④	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	④
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	④	3	2	1

Puntuación directa TOTAL 31

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	④
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	①
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	③	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	①	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	①
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	④	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	①
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	③	4

Puntuación directa TOTAL 18

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL 29

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL 12

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

Puntuación directa TOTAL 22

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

Puntuación directa TOTAL 26

Figura 10. Cuadernillo de anotación de la GENCAT cumplimentado para César Martín

Dado que lo que le interesa al evaluador en este caso es establecer la posición relativa de la persona con respecto al resto de las personas que viven en la residencia, habiendo entre ellas personas mayores con discapacidades físicas y sensoriales, y personas con problemas de salud mental, ha optado por utilizar los baremos para la muestra general (anexo 1, apartado A), tal y como se muestra en la figura 11.

Número de identificación:

Nombre y apellidos:

Informante:

Fecha de aplicación:

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT

1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
 3. Introducir el Índice de Calidad de vida

Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional	26	12	75
Relaciones interpersonales	30	12	75
Bienestar material	31	12	75
Desarrollo personal	18	8	25
Bienestar físico	29	11	63
Autodeterminación	12	5	5
Inclusión social	22	9	37
Derechos	26	3	1
Puntuación estándar TOTAL (suma)		72	
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)		92	
Percentil del Índice de Calidad de vida			31

Baremo usado

Baremo para la muestra general

Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)

Baremo para personas con discapacidad intelectual

Baremo para personas de otros colectivos (personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

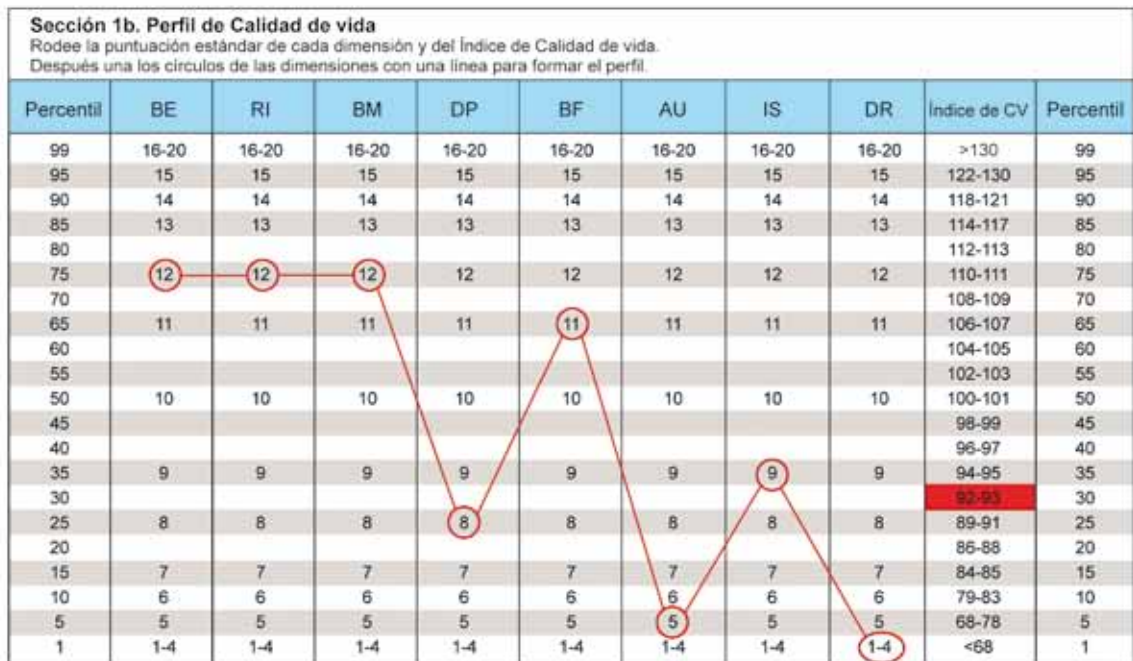


Figura 11. Hoja de resumen de puntuaciones cumplimentada para César Martín

4. Propiedades técnicas

4.1. Muestra normativa

En este apartado se resume el proceso de tipificación de la Escala GENCAT, haciendo referencia en primer lugar a los métodos usados para la selección de la muestra y en segundo lugar a las características demográficas de la muestra normativa y de los evaluadores que completaron las escalas.

4.1.1. Método de muestreo

Para garantizar que la muestra fuera representativa, se realizó un diseño muestral probabilístico para personas mayores y otro para las personas del resto de colectivos. En el caso de las personas mayores el análisis se efectuó por ámbitos geográficos, mientras que en el segundo se llevó a cabo por colectivos. Dada la marcada heterogeneidad en el número de residencias y centros de día por ámbitos geográficos, se aplicó un diseño muestral estratificado con afijación de la muestra uniforme y proporcional dependiendo del total de centros en cada ámbito geográfico.

El error de muestreo para el total de residencias y centros de día en Cataluña fue del 2,43% (tabla1). Si se consideran sólo las residencias, el error se eleva al 2,66%, mientras que para los centros de día el error de muestreo fue del 6,07%. En el resto de colectivos (tabla 2), el error de muestreo para el total de Cataluña fue del 2,62%. En el colectivo de personas con drogodependencias y en el de personas con VIH/SIDA, no fue posible determinar el tamaño de la población, por lo que no se imputó ningún error de muestreo, pero se estimó en aproximadamente un 10% para ambos colectivos.

Tabla 1. Reparto de la muestra y errores de muestreo por ámbitos (personas mayores)

	Residencias	Centros de día	Total	Errores de muestreo
Ámbito metropolitano	570	89	659	3,75%
Comarcas gerundenses	231	25	256	5,84%
Campo de Tarragona	144	22	166	7,28%
Tierras del Ebro	89	21	110	7,90%
Ámbito de Poniente	194	44	238	5,96%
Comarcas centrales	85	36	121	8,70%
Alto Pirineo y Aragón	41	28	69	11,32%
Cataluña	1.354	265	1.619	2,43%

Tabla 2. Reparto de la muestra y errores de muestreo por colectivos (resto de colectivos)

	DF	DI	SM	DR	VS	Total
Ámbito metropolitano	181	263	188	30	51	713
Comarcas gerundenses	62	79	26	29	23	219
Campo de Tarragona	33	56	18		7	114
Tierras del Ebro	4	24	16			44
Ámbito de Poniente	40	67	15	16		138
Comarcas centrales	31	90	46			167
Alto Pirineo y Arán	4	7	4			15
Cataluña	355	586	313	75	81	1.410
Errores de muestreo	5,19%	3,99%	5,51%			2,62%

Nota: DF= centros para personas con discapacidad física, DI= centros para personas con discapacidad intelectual, SM= centros para personas con problemas de salud mental, DR= centros para personas con drogodependencias, VS= centros para personas con VIH/SIDA.

Mediante los métodos de muestreo comentados anteriormente, se garantiza la representatividad de la muestra de tipificación, que finalmente quedó compuesta por 3.029 usuarios de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Para obtener los datos, se aplicó un riguroso y sistemático protocolo de administración. En primer lugar, el ICASS envió una carta a los centros explicando los objetivos del estudio y solicitando su participación. A continuación, los autores se pusieron en contacto telefónico con cada centro para confirmar su participación. A los que respondieron de forma positiva, se les envió por mensajería urgente un manual de aplicación y las escalas que debían completar.

La recogida de datos tuvo lugar de junio a septiembre de 2007, aunque la mayor parte de las escalas se recibieron durante los dos primeros meses. Un total de 608 profesionales de 239 centros participaron completando la Escala GENCAT para los 3.029 usuarios.

4.1.2. Características demográficas de los evaluadores

En cuanto a las características principales de los 608 profesionales que cumplimentaron las escalas, la mayoría eran mujeres (85%). En torno al 80% tenían una titulación universitaria (el 48,32% eran diplomados y el 32,21% licenciados) y conocían a más de la mitad de las personas evaluadas (55,74%) desde hacía más de dos años. La mayoría eran psicólogos (23,01%) y trabajadores sociales (18,41%). Más de la mitad (52,80%) tenían una experiencia profesional superior a cinco años en atención especializada. La edad oscilaba entre los 18 y los 68 años ($M= 35,39$; $DT= 9,02$).

Tabla 3. Características demográficas de los evaluadores

Variable	N	Porcentaje
Sexo		
Varón	90	15,00
Mujer	510	85,00
Cualificación académica		
Licenciado	182	32,21
Diplomado	273	48,32
Formación profesional	98	17,35
Bachillerato	5	0,88
COU	1	0,18
Máster	4	0,71
Doctorado	2	0,35
Profesión		
Psicólogo	130	23,01
Trabajador social	104	18,41
Auxiliar clínico	34	6,02
Fisioterapia	26	4,60
Educador social	48	8,50
Gerocultor	23	4,07
Monitor / Coordinador	32	5,66
Otros	8	1,42
Años en atención especializada		
< 1 año	31	5,10
1-2 años	91	14,97
3-5 años	165	27,14
+ 5 años	321	52,80
Tiempo que conoce a la persona		
3-6 meses	311	10,71
6-12 meses	491	16,91
12-24 meses	483	16,64
+ 24 meses	1.618	55,74

4.1.3. Características demográficas de la muestra

A continuación se describen las características de los usuarios de servicios sociales que conforman la muestra normativa.

Distribución por género y edad

La distribución por género de los participantes muestra una representación algo mayor de mujeres (55,7%) que de varones (44,3%). La edad de los participantes alcanza una media de 64.72 años (DT= 21,34), con un rango que oscila entre los 16 y los 105 años. Tal como se observa en la tabla 4, en el caso de los varones la media de edad se sitúa en 57,50 (DT= 20,59), con un rango desde los 16 hasta los 102 años. En las mujeres, la asimetría negativa es mayor y la media se sitúa en 70,41 (DT= 20,17), lo que resulta esperable si tenemos en cuenta la mayor esperanza de vida de las mujeres con respecto a los hombres.

Tabla 4. Descriptivos de la distribución por género y edad de los participantes

	Hombre	Mujer	Total
Media	57,50	70,41	64,72
Mediana	54	79	71
Desv. típ.	20,59	20,17	21,34
Mínimo	16	18	16
Máximo	102	105	105
Rango	86	87	89
Amplitud intercuartil	36	33	38
Asimetría	0,10	-0,80	-0,36
Curtosis	-1,17	-0,66	-1,21
N	1.308	1.643	2.951
Porcentaje	44,32	55,68	100,00

Agrupando la variable edad en intervalos, el 57,57% (N= 1711) tiene más de 60 años y el 17,39% (N= 515) tiene menos de 41. El grupo mayoritario es el conformado por personas con edades entre 81 y 90 años (26,61%). La distribución conjunta por género y edad muestra que el porcentaje de varones es superior al de mujeres hasta los 70 años. A partir de esta edad las mujeres superan a los varones. La mayor distancia en representatividad entre hombres y mujeres se encuentra a partir de los 81 años.

Tabla 5. Distribución por género y grupo de edad de los participantes

	Hombre		Mujer		Total
	N	%	N	%	
Menos de 20 años	10	66,67	5	33,33	15
De 21 a 30 años	116	63,74	66	36,26	182
De 31 a 40 años	195	61,32	123	38,68	318
De 41 a 50 años	250	58,41	178	41,59	428
De 51 a 60 años	186	58,49	132	41,51	318
De 61 a 70 años	122	54,95	100	45,05	222
De 71 a 80 años	189	38,57	301	61,43	490
De 81 a 90 años	197	24,91	594	75,09	791
Más de 90 años	51	24,52	157	75,48	208
Total	1.316	44,28	1.656	55,72	2.972

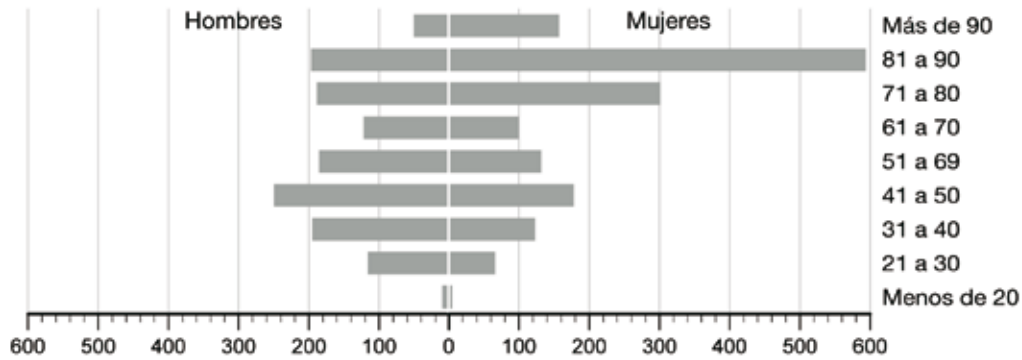
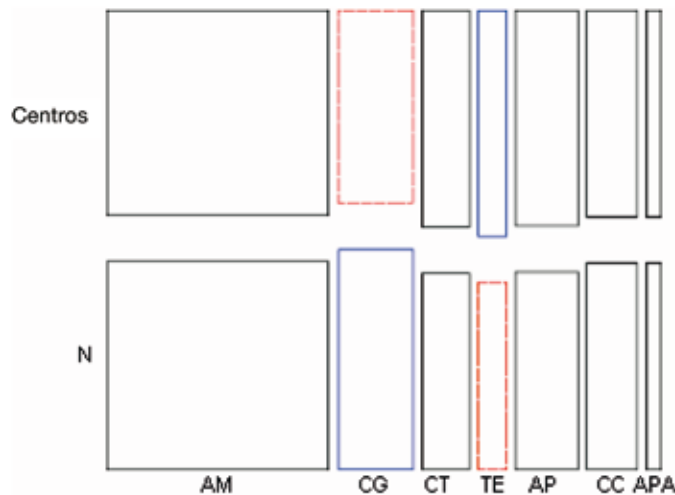


Figura 12. Pirámide de frecuencias por tramos de edad en función del género de los participantes

Distribución por ámbito geográfico en el que se ubica el centro

Respecto al ámbito geográfico donde se encuentra el centro al que asisten los participantes, el grupo mayoritario lo constituyen los centros ubicados en el ámbito metropolitano (45,30% de los sujetos; 44,35% de los centros), seguidos a cierta distancia por las comarcas gerundenses (15,68% de los sujetos; 14,23% de los centros) y el ámbito de Poniente (12,41% de los sujetos; 13,39% de los centros). El 10,04% de los centros se encuentran en las comarcas centrales (9,51% de los sujetos) y el 9,62% en el Campo de Tarragona (9,24% de los sujetos). Menor representatividad se obtiene en Tierras del Ebro (5,86% de los centros; 5,08% de los sujetos) y en Alto Pirineo y Arán (22,77% de los sujetos; 2,51% de los centros). En la figura 13, que representa los residuos estandarizados de Pearson de las proporciones de participantes y centros por ámbito geográfico ($\chi^2_{(6)}=0,328$; $p=,999$), se puede apreciar que los porcentajes son equiparables.



Nota: AM= Ámbito metropolitano; CG= Comarcas gerundenses; CT= Campo de Tarragona; TE= Tierras del Ebro; AP= Ámbito de Poniente; CC= Comarcas centrales y APA= Alto Pirineo y Arán.

Figura 13. Comparación de proporciones de centros y sujetos por ámbito geográfico

Distribución por condición de los participantes

El grupo más representativo lo constituyen las personas mayores que se encuentran en residencia (44,70%). A cierta distancia se encuentran los grupos de personas con discapacidad intelectual (19,35%), personas con discapacidad física (11,72%), personas con problemas de salud mental (10,33%) y personas mayores que asisten a centros de día (8,75%). El 2,48% y el 2,67% suponen respectivamente el grupo de personas con drogodependencias y VIH/SIDA. En la figura 14, se observa que el porcentaje de mujeres es superior al de varones entre las personas mayores (son mujeres el 67,94% en residencias y el 71,76% en centros de día), mientras que el porcentaje de varones es superior en el resto de condiciones, y de manera especialmente patente en el grupo de personas con drogodependencias (el 83,56% son varones).

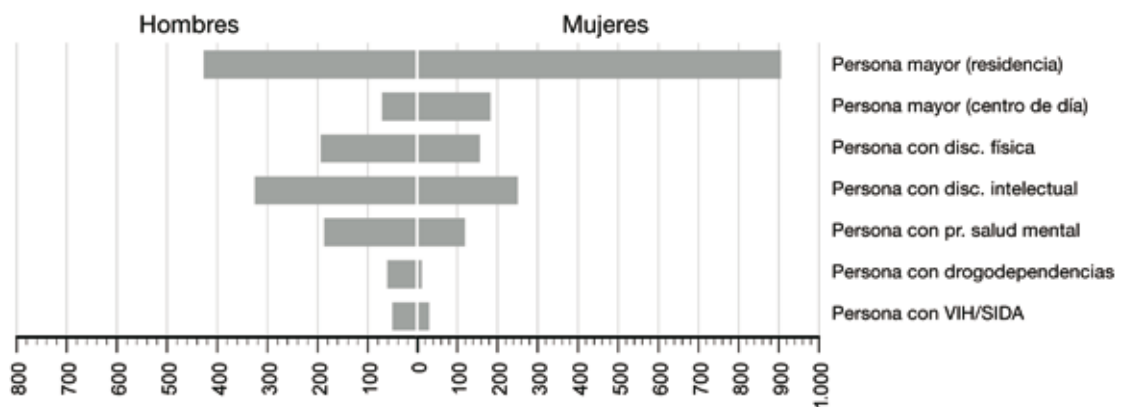


Figura 14. Pirámide de frecuencias por condición en función del género de los participantes

Distribución por estado civil

El 46,38% está soltero sin pareja y el 32,32% en situación de viudedad. Porcentajes inferiores suponen la condición de casados (8,43%) y, sobre todo, las condiciones de divorciado, separado y soltero pero con pareja (3-4%). Si consideramos el estado civil en relación con el género de los participantes, no se observan distribuciones exageradamente desequilibradas (exceptuando la situación de viudedad, que muestra una clara supremacía de mujeres –80,67%– frente a varones –19,33%–).

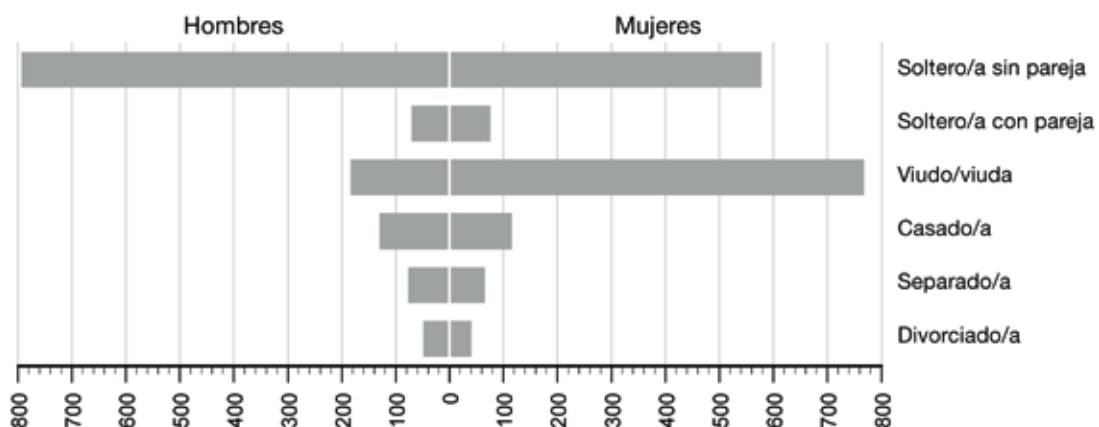


Figura 15. Pirámide de frecuencias por estado civil en función del género de los participantes

Distribución por lugar de residencia

La descripción de los participantes en función del lugar de residencia pone de manifiesto una clara sobre-representación de las personas viviendo en residencias (79,53%). En el otro extremo, se encuentran las personas que viven de manera independiente con apoyos (2,33%) y sin apoyos (1,01%). Entre ambos, el 7,50% de los participantes viven en la residencia familiar, el 5,54% en piso tutelado y el 4,09% en otros tipos de residencia.

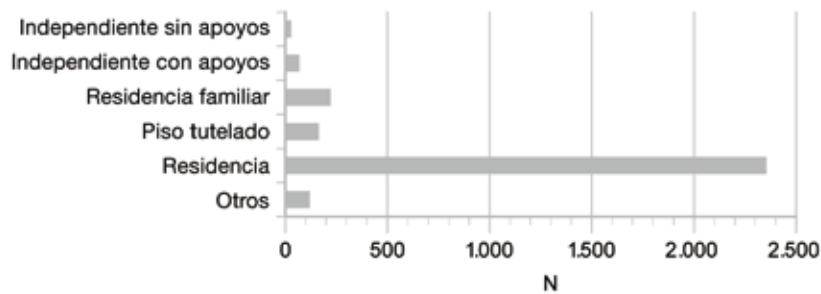


Figura 16. Pirámide de frecuencias por lugar de residencia de los participantes

Distribución por nivel educativo alcanzado

Más de la mitad de los participantes (54,84%) tiene estudios de educación primaria. El segundo grupo de mayor representatividad corresponde a personas que nunca han sido escolarizadas (27,64%). El 8,37% terminó la educación secundaria, el 3,81% bachillerato y el 3,48% formación profesional. Menos del 1% tienen estudios universitarios (diplomatura y licenciatura) o participaron en programas de garantía social.

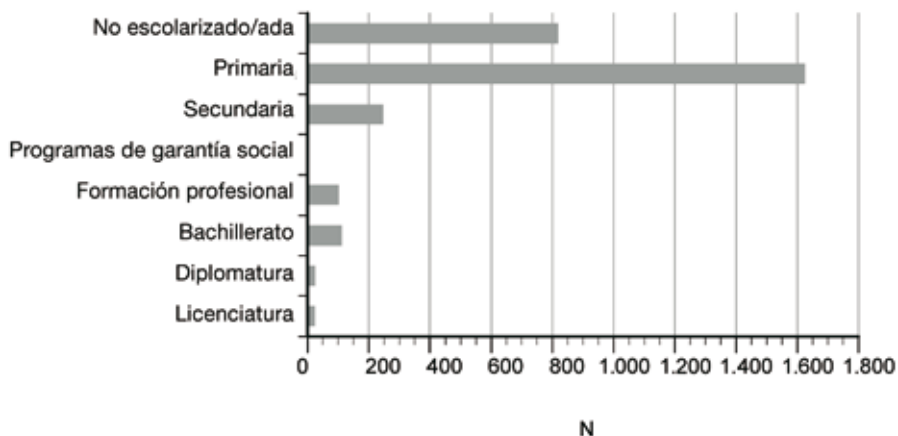


Figura 17. Pirámide de frecuencias por nivel educativo alcanzado por los participantes

El porcentaje de mujeres es superior al de varones entre los no escolarizados (61,26% frente al 38,74%), los que han alcanzado la educación primaria (57,40% frente al 42,60%) y quienes han obtenido una diplomatura (65,38% frente al 34,62%). El caso contrario, mayor porcentaje de varones que de mujeres, se aprecia en el resto de las categorías (100% de las personas en garantía social, 61,76% en formación profesional, 60% en bachillerato, 56,61% en educación secundaria y 54,17% en licenciatura).

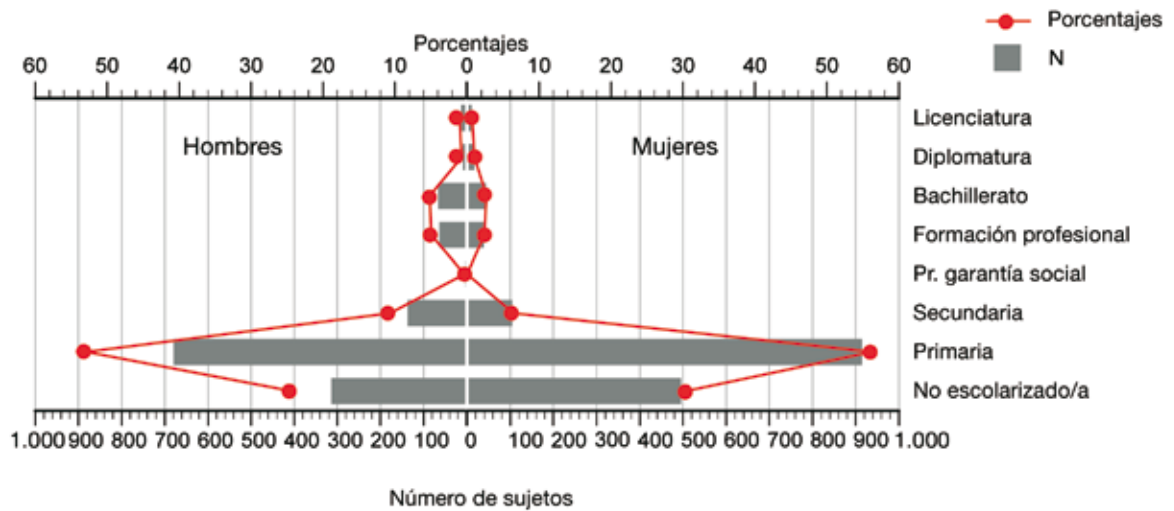


Figura 18. Distribución por nivel educativo alcanzado en función del género de los participantes

4.2. Fiabilidad

Una medida de evaluación debe cumplir los requisitos elementales de fiabilidad y validez. A continuación se demuestra la fiabilidad de la Escala GENCAT mediante los índices de consistencia interna y error típico de medida. En la tabla 6 se muestran los coeficientes de *consistencia interna* y *el error típico de medida* para cada una de las dimensiones y para el total de la escala.

La consistencia interna constituye una de las formas básicas de fiabilidad de cualquier instrumento de evaluación. Depende del grado de homogeneidad de los ítems de un test y resulta un índice idóneo en el caso de pruebas que han sido aplicadas una sola vez. El coeficiente de consistencia interna encontrado para el total de la escala fue de ,916. En cinco de las dimensiones la consistencia interna se consideró adecuada (*Autodeterminación, Bienestar emocional, Desarrollo personal, Derechos y Relaciones interpersonales*), en tanto que fue más baja en el resto (*Inclusión social, Bienestar material y Bienestar físico*).

El *error típico de medida* (ETM) sirve de complemento a los coeficientes de consistencia interna. Representa la desviación típica de los errores de medida, señalando la franja de error que rodea a las puntuaciones directas. Conociendo estos errores es posible determinar, a partir de la puntuación obtenida en la escala, el intervalo de puntuaciones en el que se encuentra la puntuación real del individuo. De este

modo, cuanto menor sea el error, mayor confianza se puede tener en las puntuaciones que un individuo obtiene en la prueba. En la Escala GENCAT, los errores típicos de medida asociados a cada dimensión no alcanzan una magnitud excesiva, lo que redundará en la precisión de medida del instrumento.

Tabla 6. Coeficientes de consistencia interna y error típico de medida

	Consistencia interna	Error típico de medida
Bienestar emocional	,83	2,03
Relaciones interpersonales	,66	2,75
Bienestar material	,57	1,87
Desarrollo personal	,74	2,39
Bienestar físico	,47	2,05
Autodeterminación	,88	2,41
Inclusión social	,57	2,52
Derechos	,69	2,18
Total	,92	6,92

4.3. Validez

La Escala GENCAT tiene como objetivo evaluar de forma objetiva la calidad de vida de los usuarios de los servicios sociales de Cataluña. A continuación se demuestra que el instrumento cuenta con la validez suficiente para ser útil a dicho objetivo. En las siguientes páginas se consideran los siguientes tipos de validez: (a) *validez de contenido*; (b) *validez convergente*; (c) *validez discriminante*; (d) *validez nomológica* y (e) *validez de constructo*.

4.3.1. Validez de contenido

El riguroso y sistemático proceso de desarrollo de la escala garantiza la *validez de contenido* del instrumento mediante distintos métodos: la *revisión de fuentes bibliográficas*, una extensa consulta a *jueces expertos* y varios procesos de *grupos focales*.

Fase 1. Revisión de la literatura

El proceso de desarrollo del instrumento, comenzó con una exhaustiva revisión de la literatura científica sobre calidad de vida. Los indicadores e ítems inicialmente seleccionados fueron extraídos de dicha revisión de la literatura, de la Escala de Calidad de Vida de Schalock y Keith (1993), la Escala Integral de Calidad de Vida de Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2009), de grupos focales realizados en distintos países sobre la importancia de dichos indicadores y de investigaciones transculturales (Jenaro *et al.*, 2005; Schalock, 1997; Schalock y Verdugo, 2002/2003, en prensa; Schalock *et al.*, 2005, 2008; Verdugo, 2006; Verdugo y Schalock, 2003; Verdugo *et al.*, 2001, 2005).

Fase 2. Consulta a jueces expertos

Se seleccionaron 106 ítems y 39 indicadores, que fueron sometidos a un análisis de validez de contenido mediante la consulta a 73 *jueces expertos*. El 16,4% (n= 12) eran expertos en personas mayores; 11% (n= 8) en personas con problemas de salud mental; 19,2% (n= 14) en personas con discapacidad física; 4,1% (n= 3) en personas con discapacidad auditiva; 8,2% (n= 6) en personas con discapacidad visual; 24,7% (n= 18) en personas con discapacidad intelectual; 11% (n= 8) en personas con drogodependencias y 5,5% (n= 4) con VIH/SIDA. Su tarea consistió en que evaluaran la *idoneidad*, *importancia* y *observabilidad* de los ítems, así como proponer nuevos ítems, indicadores o reformulaciones si así lo consideraban oportuno.

Para analizar el acuerdo entre los jueces, se calculó el coeficiente de concordancia ponderado (BN) (Bangdiwala, 1987). Se presenta, a modo de ejemplo, la figura correspondiente al acuerdo encontrado entre los jueces expertos en personas mayores en cuanto a la idoneidad de los ítems en *Bienestar emocional* (BE) (figura 19). Los cuadrados totalmente coloreados muestran el acuerdo observado. Dichos cuadrados se inscriben en rectángulos mayores que muestran el acuerdo máximo posible. El acuerdo parcial se consigna incluyendo una contribución ponderada proveniente de las celdas fuera de la diagonal y se representa en el gráfico por medio de rectángulos sombreados. El '5' significa en este caso que los ítems son muy adecuados para medir la dimensión, mientras que el '1' indica que los ítems de esa dimensión son muy poco adecuados.

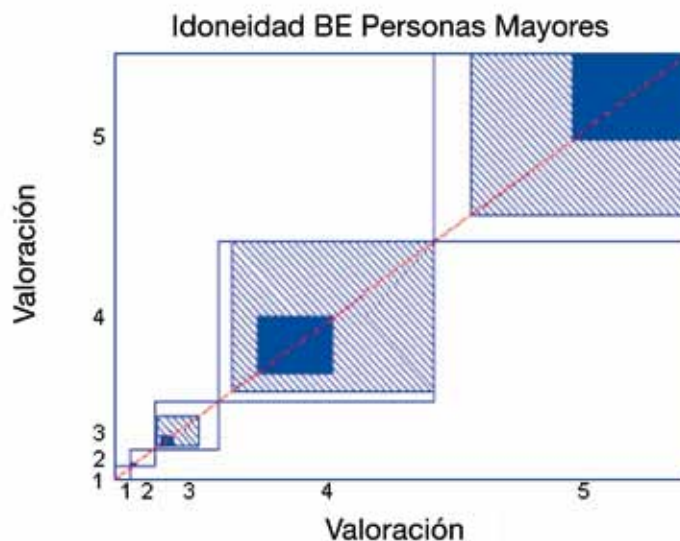


Figura 19. Acuerdo en idoneidad de los ítems de Bienestar emocional en personas mayores

A continuación, se realizó una comparación de rangos de la valoración de los ítems por parte de los jueces. Se calcularon los rangos promedios de los ítems de cada una de las dimensiones y se compararon atendiendo a la especialidad de los jueces mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Siguiendo con el ejemplo, se presenta la tabla de contraste χ^2 y nivel de significación asintótica (tabla 7) y el gráfico de los rangos por especialidad e ítem en el caso de la idoneidad en la dimensión Bienestar emocional (BE) (figura 20).

Tabla 7. Tabla de contraste de los ítems de la dimensión Bienestar emocional en idoneidad

Ítems	i001	i002	i003	i004	i005	i006	i007	i008	i009	i010	i011	i012
χ^2	11,01	12,35	5,41	7,14	5,18	2,28	5,49	1,73	6,04	2,10	2,69	3,26
gl	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Sig. asintótica	,14	,09	,61	,41	,64	,94	,60	,97	,54	,95	,91	,86

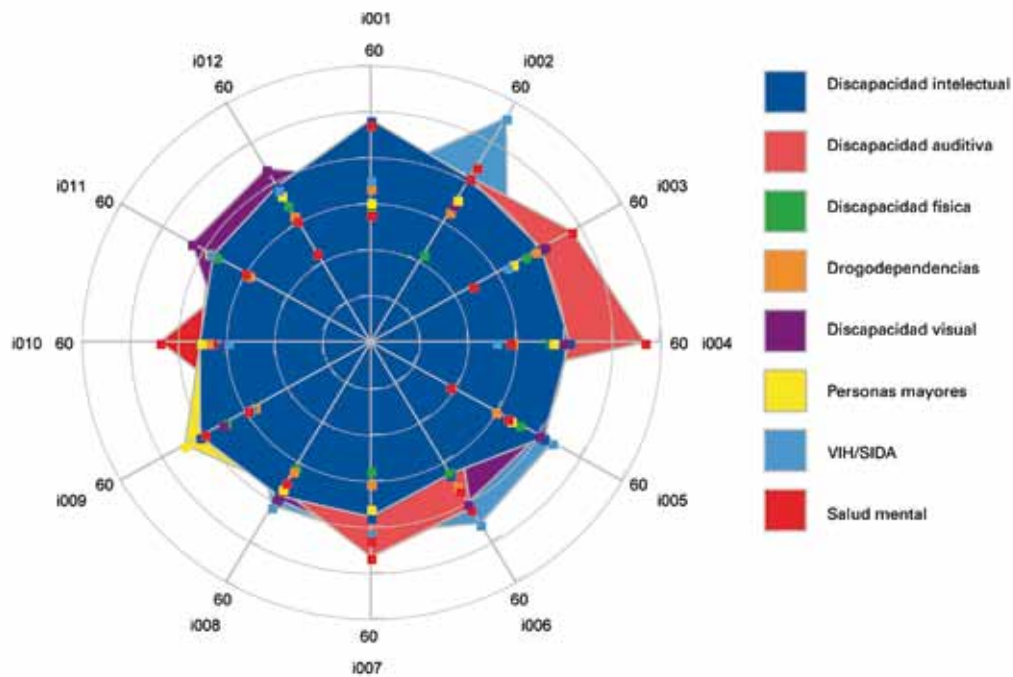


Figura 20. Rangos de los ítems de la dimensión Bienestar emocional en idoneidad

Se encontraron diferencias significativas ($p < ,05$) en la valoración de los jueces en cuanto a la *idoneidad* en 13 ítems, en cuanto a la *importancia* en 14 ítems y en cuanto a la *observabilidad* en 4 ítems. Además, se observan correlaciones muy elevadas entre idoneidad e importancia ($r = ,80$), y ligeramente más bajas con observabilidad ($r = ,60$)

El siguiente paso consistió en calcular las puntuaciones promedio otorgadas por los jueces a cada ítem. Como hemos venido haciendo hasta ahora, presentamos como ejemplo la figura correspondiente a *Bienestar emocional* (BE) (figura 21). Los ítems se presentan ordenados de forma decreciente atendiendo a la puntuación alcanzada en idoneidad. Para esta misma variable, se incluye la dispersión de cada ítem. A fin de salvaguardar la validez de contenido, se primó la idoneidad que según los expertos tiene el ítem para medir la dimensión, seguida de la importancia.

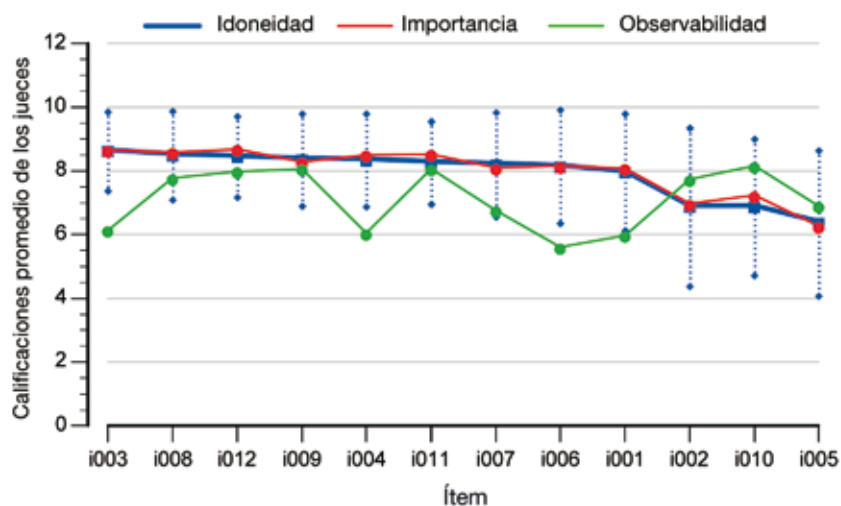


Figura 21. Puntuaciones promedio en idoneidad, importancia y observabilidad de los ítems de la dimensión Bienestar emocional

Los criterios utilizados para la eliminación de los ítems menos adecuados fueron excluir aquellos (1) con mayor dispersión y (2) en los que los jueces mostraron mayor grado de desacuerdo. En consecuencia, se mantuvieron aquellos ítems que presentaron: a) las puntuaciones más elevadas (en torno a 8 o superiores) y una desviación típica inferior a 2,5 en idoneidad e importancia, y b) puntuaciones razonables (superiores a 6) y una desviación típica inferior a 3 en observabilidad. De este modo, se eliminaron ítems como, por ejemplo, el número 'i002', 'i010' e 'i005' en *Bienestar emocional*. La versión preliminar de la Escala GENCAT quedó compuesta por 64 ítems, 55 ítems seleccionados tras la consulta y 9 nuevos propuestos por los jueces.

Fase 3. Proceso de grupos focales

Se dio un paso más para confirmar la validez de contenido del instrumento utilizando la técnica de grupos focales. Los grupos focales requirieron de procesos de interacción, discusión y elaboración de acuerdos dentro del grupo acerca de los indicadores e ítems de calidad de vida propuestos. Los grupos estuvieron formados por usuarios de servicios sociales, familiares y profesionales de los distintos colectivos. Los grupos focales no solo confirmaron la validez de contenido del instrumento, sino que además sirvieron para reformular y hacer matizaciones oportunas a algunos ítems que resultaban confusos. Los grupos focales: (1) validaron todos los ítems (N= 54) e indicadores propuestos; (2) reformularon alguno de los ítems; y (3) aportaron 5 ítems nuevos. La Escala GENCAT quedó compuesta por 69 ítems tras este proceso.

4.3.2. Validez convergente

Para determinar la *validez convergente* de la escala se consideraron las saturaciones factoriales estandarizadas, la varianza media extractada y la fiabilidad compuesta. En la tabla 8 se puede observar que el 81.3% de las saturaciones factoriales supera el valor de ,50 y que todas ellas resultaron estadísticamente significativas con valores t superiores a 2,58 ($p < ,01$).

Tabla 8. Saturaciones factoriales (solución estandarizada)

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR
P1_1	,78**							
P1_2	,81**							
P1_3	,82**							
P1_4	,81**							
P2_1		,75**						
P2_2		,38**						
P2_3		,71**						
P2_4		,67**						
P3_1			,52**					
P3_2			,83**					
P3_3			,69**					
P3_4			,49**					
P4_1				,64**				
P4_2				,78**				
P4_3				,77**				
P4_4				,70**				
P5_1					,49**			
P5_2					,73**			
P5_3					,48**			
P5_4					,43**			
P6_1						,83**		
P6_2						,89**		
P6_3						,84**		
P6_4						,85**		
P7_1							,51**	
P7_2							,50**	
P7_3							,66**	
P7_4							,46**	
P8_1								,67**
P8_2								,85**
P8_3								,54**
P8_4								,67**

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

*p< ,05; **p< ,01

En cuanto a la fiabilidad compuesta de las variables latentes (fiabilidad de constructo) y la varianza media extractada, en la tabla 9 puede apreciarse que los valores obtenidos indican una consistencia interna adecuada, especialmente en las dimensiones de *Autodeterminación*, *Bienestar emocional*, *Desarrollo personal* y *Derechos*. Al igual que sucedió en el análisis de la fiabilidad, resulta más baja la fiabilidad compuesta de las dimensiones *Bienestar material*, *Relaciones interpersonales*, *Bienestar físico* e *Inclusión social*.

Tabla 9. Fiabilidad compuesta de las variables y varianza media extractada

	Fiabilidad compuesta (ρ_c)	Varianza media extractada (ρ_v)
Bienestar emocional	,881	,648
Relaciones interpersonales	,729	,415
Bienestar material	,734	,419
Desarrollo personal	,815	,525
Bienestar físico	,618	,297
Autodeterminación	,914	,727
Inclusión social	,614	,289
Derechos	,782	,478

4.3.3. Validez discriminante

La *validez discriminante* se determinó comparando, para cada par de variables latentes, la varianza media extractada y el coeficiente de determinación (que se encuentra entre paréntesis en la tabla 10). De las 28 comparaciones efectuadas, en 21 el valor de la varianza media extractada supera al correspondiente coeficiente de determinación, lo que aporta evidencia a la validez discriminante en la medida en que cada constructo latente debe explicar las medidas que lo componen mejor que las correspondientes a otro constructo cualquiera del modelo. En este sentido, los mayores problemas de validez discriminante se encuentran entre relaciones interpersonales e inclusión social por un lado, y desarrollo personal e inclusión social por otro.

Tabla 10. Varianza media extractada y coeficientes de determinación de cada par de variables latentes

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS
RI	,53 (,59)						
BM	,53 (,12)	,42 (,12)					
DP	,59 (,46)	,47 (,49)	,47 (,06)				
BF	,47 (,40)	,36 (,25)	,36 (,40)	,41 (,29)			
AU	,69 (,16)	,57 (,19)	,57 (,00)	,63 (,56)	,51 (,06)		
IS	,47 (,36)	,35 (,86)	,35 (,28)	,41 (,59)	,29 (,44)	,51 (,31)	
DR	,56 (,08)	,45 (,14)	,45 (,14)	,50 (,41)	,39 (,10)	,60 (,67)	,38 (,35)

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

4.3.4. Validez nomológica

En la tabla 11 se muestran los coeficientes de correlación entre las variables latentes del modelo. El coeficiente más elevado ($r = ,93$) se observa entre *Relaciones interpersonales* e *Inclusión social*, seguido de *Autodeterminación* con *Derechos* ($r = ,82$), *Relaciones interpersonales* con *Bienestar emocional* ($r = ,77$), *Inclusión social* con *Desarrollo personal* ($r = ,77$) y *Autodeterminación* con *Desarrollo personal* ($r = ,75$). Los coeficientes más bajos se observan entre *Bienestar material* y *Autodeterminación* ($r = ,07$), *Autodeterminación* y *Bienestar físico* ($r = ,24$), *Desarrollo personal* y *Bienestar material* ($r = ,25$) y *Derechos* y *Bienestar emocional* ($r = ,29$). Estas correlaciones están en consonancia con resultados de otras investigaciones, aportando evidencia a la validez nomológica de la escala.

Tabla 11. Coeficientes de correlación entre las variables latentes del modelo

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS
RI	,77						
BM	,34	,35					
DP	,68	,70	,25				
BF	,63	,50	,63	,54			
AU	,40	,44	,07	,75	,24		
IS	,60	,93	,53	,77	,66	,56	
DR	,29	,37	,38	,64	,31	,82	,59

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

4.3.5. Validez de constructo

Con objeto de comprobar si los datos recogidos reflejaban la estructura de ocho factores del modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio utilizando como método de estimación DWLS (mínimos cuadrados ponderados diagonalizados) sobre la matriz de covarianzas y de covarianzas asintóticas. Como variables indicadoras de cada uno de los ocho factores se han utilizado cuatro parcels, cada uno de ellos consistente en la media de los ítems correspondientes seleccionados de forma aleatoria. Así pues, contamos con un total de 32 parcels, a razón de cuatro por factor o dimensión.

La interpretación de los resultados para determinar si el modelo es correcto y útil para nuestros objetivos se basó en Bollen (1998) y en Jöreskog y Sörbom (1993), considerándose un modelo como correcto si predice adecuadamente la realidad; es decir, si conduce a diferencias reducidas y aleatorias entre las varianzas y covarianzas observadas y las implicadas por el modelo.

Los estadísticos de la bondad de ajuste del modelo (tabla 12) permiten concluir que la calidad de vida está compuesta por ocho factores. Así por ejemplo, el RMSEA (*error cuadrático medio de aproximación*) y el SRMR (*raíz del residuo estandarizado cuadrático medio*) presentan valores en torno a ,05, mientras que el NFI (*índice de ajuste no normado*) y CFI (*índice de ajuste comparado*) presentan valores superiores a ,95.

Tabla 12. Ajuste del modelo teórico de Calidad de vida

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

La figura 22 proporciona una representación visual de la teoría facilitando la comprensión de las relaciones entre las variables del modelo. En ella puede observarse cómo las ocho dimensiones de calidad de vida están correlacionadas entre sí, encontrándose la mayor correlación entre las dimensiones *Inclusión social* y *Relaciones interpersonales* ($r = ,93$), mientras que la correlación menor se encuentra entre las dimensiones *Autodeterminación* y *Bienestar material* ($r = ,07$). Los errores de medición aleatorios oscilan entre ,20 y ,86, mientras que las relaciones de medición oscilan entre ,38 y ,89.

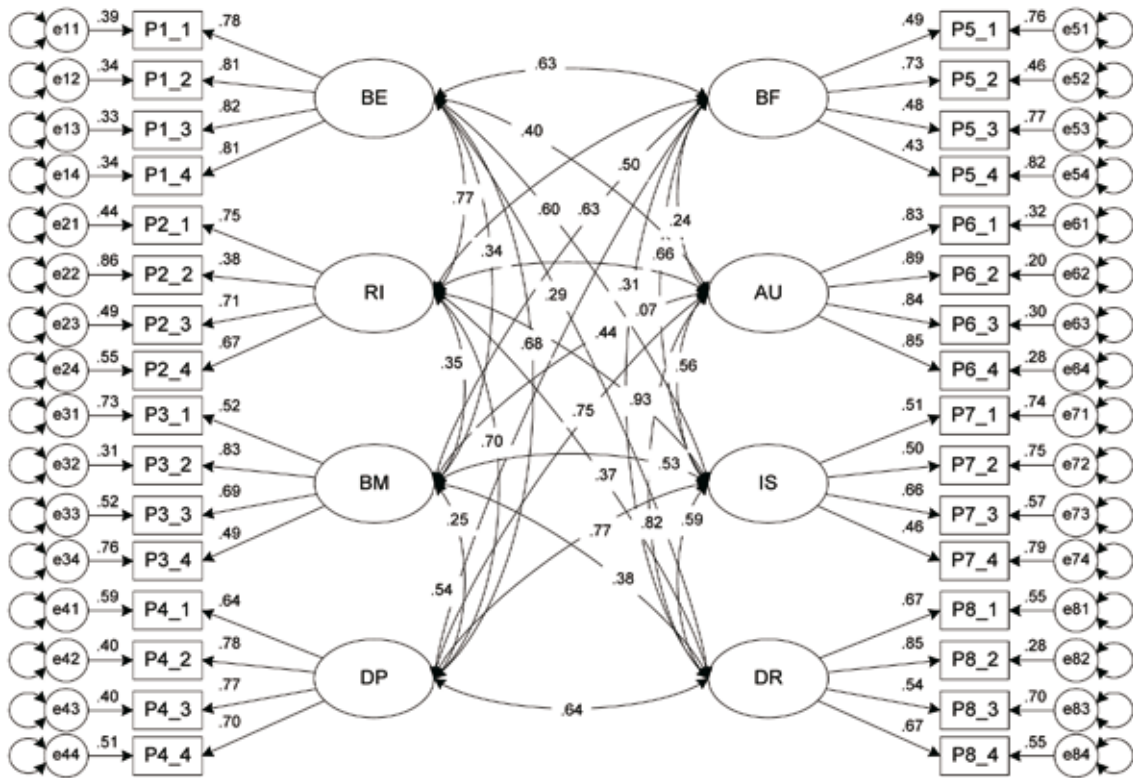


Figura 22. Modelo de calidad de vida de ocho dimensiones

4.3.6. Conclusión

A lo largo de las páginas anteriores se ha aportado evidencia sobre las propiedades técnicas de la Escala GENCAT. Los resultados obtenidos permiten concluir que la Escala GENCAT es un instrumento válido y fiable que sirve a los objetivos planteados: la medición objetiva de la calidad de vida de usuarios de servicios sociales.

Referencias bibliográficas

- Arostegui, I. (2002). *Calidad de vida y retraso mental*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Bangdiwala, K. (1987). Using SAS software graphical procedures for the observer agreement chart. *Proceedings of the SAS Users Group International Conference*, 12, 1083-1088.
- Bollen, K. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: J. Wiley and sons.
- Gómez, L. E. (2005). *Construcción de una escala de calidad de vida para adultos con discapacidad intelectual*. Trabajo de grado sin publicar, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Guilford, J. P. i Fruchter, B. (1978). *Estadística aplicada a la psicología y la educación*. Bogotá: McGraw Hill.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C. y Stolk, J. (2005). Perspectives on quality of life of people with intellectual disabilities: The interpretation of discrepancies between clients and caregivers. *Quality of Life Research*, 14, 57-69.
- Jenaro, C., Verdugo, M. A., Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle, Y., Otbrebski, W. y Schalock, R. L. (2005). Cross-cultural study of person-centered quality of life domains and indicators: A replication. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 734-739.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1993). LISREL 8: *Structural equation modelling with the SIMPLIScommand language*. Chicago, IL: Scientific Software.
- Keith, K. D. y Schalock, R. L. (ed.) (2000). *Cross-cultural perspectives on quality of life*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Olson, G. I. y Schober, B. I. (1993). The satisfied poor. *Social Indicators Research*, 28, 173-193.
- Perry, J. y Felce, D. (2005). Predictors of outcome in community group homes. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 121-135.
- Perry, J., Felce, D. y Lowe, K. (2000). *Subjective and objective quality of life assessment: Their interrelationship and determinants*. Cardiff: College of Medicine.
- Schalock, R. L. (1996). *Quality of life: Vol. I: Conceptualization and measurement*. Washington: American Association on Mental Retardation.

- Schallock, R. L. (1997). *Quality of life: Vol II: Application to persons with disabilities*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schallock, R. L. y Felce, D. (2004). Quality of life and subjective well-being: conceptual and measurement issues. A. E. Emerson, C. Hatton, T. Thompson, y T. R. Parmenter (ed.), *International handbook of applied research in intellectual disabilities* (pp. 261-279). Londres: John Wiley and Sons.
- Schallock, R. L. y Keith, K. D. (1993). *Quality of life questionnaire*. Worthington, OH: IDS.
- Schallock, R. L. y Verdugo, M. A. (2002/2003). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation [traducido al castellano por M. A. Verdugo y C. Jenaro. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza].
- Schallock, 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.
- Schallock, R. L. y Verdugo, M. A. (2008). Quality of life conceptual and measurement frameworks: from concept to application in the field of intellectual disabilities. *Evaluation of Program Planning*, 31 (2), 181-190.
- Schallock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Xu, J. y Lachapelle, Y. (2005). A cross-cultural study of QOL Indicators. *American Journal on Mental Retardation* 49(10), 734-739.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Gómez, L. E. (2006). Escala integral de medición subjetiva y objetiva de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual. A M. A. Verdugo (dir.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 417-448). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E. y Schallock, R. L. (2009). *Escala Integral de Calidad de Vida*. Madrid: CEPE.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E. y Schallock, R. L. (2008). *Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials a Catalunya*. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania, Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Martín, J. C. (2006). *Validación mediante análisis multivariante del modelo de Schallock y Verdugo (2002)*. Tesis doctoral sin publicar. INICO, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Arias, B. (2007). La escala integral de calidad de vida: desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas. *Siglo Cero* 38(4), 37-56.

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Gómez, L. E. y Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero* 38(4), 57-72.

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D. y Stancliffe, R. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10), 707-717.

Anexo 1: Baremos de las subescalas

A. Baremo para la muestra general

Puntuaciones directas

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

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

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

Puntuaciones directas

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

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

C. Baremo para personas con discapacidad intelectual

Puntuaciones directas

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

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

D. Baremo para personas del resto de colectivos

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

Puntuaciones directas

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

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

Anexo 2: Índice de Calidad de vida

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

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

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

Anexo 3:

Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Miguel Ángel Verdugo Alonso (dir.)

Benito Arias Martínez

Laura E. Gómez Sánchez

Robert L. Schalock



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

Número de identificación:

Nombre

Apellidos

Sexo

Varón

Mujer

Dirección

Localidad/Provincia/CP

Teléfono

Lengua hablada en casa

Servicio

Colectivo

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

Datos de la persona informante

Nombre de la persona que completa el cuestionario

Puesto de trabajo

Agencia/Afiliación

Lengua hablada en casa

Dirección

Correo electrónico

Teléfono

Nombre de otros informantes

Relación con la persona

Lengua hablada en casa

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

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

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

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

GENCAT. Escala de Calidad de vida

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

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

GENCAT. Escala de Calidad de vida

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

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

GENCAT. Escala de Calidad de vida

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

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

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Número de identificación:

Nombre y apellidos

Informante

Fecha de aplicación

Baremo usado

A Baremo para la muestra general

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

C Baremo para personas con discapacidad intelectual

D Baremo para personas de otros colectivos (personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT
 1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
 3. Introducir el Índice de Calidad de vida

Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Derechos			
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de vida			

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida
 Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de vida.
 Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.

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



Generalitat de Catalunya
**Institut Català d'Assistència
i Serveis Socials**



9 788439 379287

ANEXO 4



Habilidades básicas de la vida diaria

Basic Everyday Living Skills (BELS)

Versión extraída de:

Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. Validación y adaptación al castellano EVERYDAY LIVING SCHEDULE (BELS) Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) 1989.: Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. 2000.

Versión original:

Driscoll CO, Leff J. The Taps Project. 8: Design of the research study on the long-stay patients. Br J Psychiatry 1993; 162(Supl 19): 18-24

Otras referencias de interés:

Jiménez J, Torres F, Laviana M, Luna J, Trieman N, Richard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del “Basic Everyday Living Skills” (BELS). Actas Esp Psiquiatr. 2000; 28(5): 284-288.

Descripción del cuestionario

Este cuestionario ha sido diseñado para evaluar los cambios en el desempeño de las habilidades de la vida diaria en personas que sufren una enfermedad mental de larga duración. Se compone de 26 preguntas, cada una de las cuales describe un comportamiento concreto. Cada pregunta se divide en dos escalas:

- (a) Una escala de tres partes sobre el grado de oportunidad para la realización de actividades de forma independiente.
- (b) Una escala de cinco partes sobre el nivel real de realización de cada actividad de la vida diaria.

Instrucciones

Existen 3 etapas en el procedimiento:

- (1) Selección de un/a informante apropiado/a.
- (2) Valoración del grado de oportunidad para que la persona ejerza de forma independiente una habilidad concreta en ese entorno.
- (3) Valoración del nivel de realización de cada una de las habilidades en la vida diaria.

1. Selección de un/a informante

Hay que seleccionar un/a informante que conozca bien las habilidades de la persona en la vida diaria. Por lo común deberá ser un/a familiar o persona de referencia cercana. En el caso de personas que vivan completamente independientes, como último recurso, el mismo sujeto puede ser el informante. Sin embargo, esto requeriría alguna reformulación de las preguntas para adaptarse a la situación y la necesidad de contrastar de manera objetiva la información aportada.

2. Grado de oportunidad para que la persona ejerza de forma independiente una habilidad concreta en ese entorno.

Se le pregunta al/a la informante sobre el grado de oportunidad que tiene la persona para realizar por su cuenta cada actividad de la vida diaria.

Existen tres posibles clasificaciones o escalas, que dependerán principalmente de las características físicas y posibilidades del entorno: Total oportunidad de independencia 2 -Alguna oportunidad de independencia 1 -Ninguna oportunidad de independencia 0.

3. Clasificación del nivel de realización de cada una de las habilidades en la vida diaria

En términos generales, la clasificación se basa en el comportamiento de la persona durante el mes previo, con la excepción de las conductas poco frecuentes (preguntas 4, 14, 15, 26) en cuyo caso el período de observación es de seis meses.

En primer lugar se formula la pregunta básica. Tras la respuesta inicial del/de la informante, el/la entrevistador/a podrá valorar en la escala aproximadamente el nivel de realización de la persona. Para realizar una clasificación adecuada, se hacen sugerencias que se centran en la parte de la escala en la que el/la entrevistador/a ha fijado su atención por la respuesta inicial del/de la informante. Estas sugerencias se hacen en forma de preguntas, para reformular el texto de cada punto de la escala cuando sea necesario.

En general, las clasificaciones se hacen normalmente de acuerdo con la lista que mostramos a continuación, pero hay excepciones y, por tanto, sigue siendo necesario que la escala de cada pregunta sea comprendida por el/la evaluador/a. El objetivo ha sido crear en las escalas una jerarquía basada en el nivel de realización o en la frecuencia en que las sugerencias se hacen necesarias. Los niveles más pobres de realización y los niveles en que las sugerencias sean más necesarias son las que reciben puntuaciones inferiores.

Las personas que actúan independientemente recibirán una puntuación de 3 ó 4 en cada pregunta. Las puntuaciones para el desempeño actual son las siguientes:

1. Nivel normal de realización	4
2. Problemas menores que no afectan a la independencia	3
3. Problema moderado o necesidad ocasional de una sugerencia	2
4. Problema severo o necesidad frecuente de una sugerencia	1
5. No realiza ninguna actividad o es necesaria una supervisión diaria	0
6. Desconocido	9

Nota: Ocasional = menos de 4 veces al mes

Frecuente = semanalmente o más a menudo, pero no a diario.

Una vez que se han valorado las dos clasificaciones, el nivel de realización de actividades y el grado de oportunidad, el/la evaluador/a pasa a la siguiente pregunta del cuestionario.

CUESTIONARIO

Autocuidado

1. INDEPENDENCIA DE MOVIMIENTOS

(Se valora la frecuencia de sus salidas y cuánto se aleja en ellas)

- P. ¿Hasta qué punto <S>¹ es independiente para salir?
 ¿Hasta qué distancia se atreve a salir? ¿Está desorientado/a en el espacio?

Escala de oportunidad

- 2 Alojamiento abierto.
- 1 Alojamiento cerrado, pero esta persona en concreto es libre para salir, o alojamiento abierto, pero este/a residente en concreto tiene que informar al personal / familiar de sus salidas.
- 0 El alojamiento está cerrado para mantener dentro a esta persona en concreto o sólo se le permite salir acompañada, está incapacitada y necesita asistencia física.

Escala de realización de actividades

- 4 Totalmente independiente. Sale solo/a más allá de los límites del área local. Puede orientarse en lugares que no le son familiares.
- 3 Independiente dentro del barrio. Visita uno o dos lugares conocidos fuera del área local. Sale regularmente.
- 2 Sale a diferentes lugares conocidos dentro de distancias que puede recorrer a pie (p. ej., tiendas, parques, instalaciones asistenciales, visitas a amigos/as). Salidas irregulares.
- 1 Encuentra su camino dentro del vecindario, pero rara vez sale. Es acompañado/a a lugares que se encuentran a mayor distancia.
- 0 Nunca sale fuera sin compañía. Sin ganas o incapaz (debido a falta de movilidad u orientación pobre).
- 9 Desconocido.

¹ La <S> que aparece en cada pregunta debe ser sustituida por el nombre del <Sujeto>

Autocuidado

2. DESPERTARSE Y LEVANTARSE

(Se valora la rutina de despertarse y levantarse por la mañana de lunes a viernes únicamente).

P. *¿Hasta qué punto <S> es independiente para levantarse por la mañana?*

Escala de oportunidad

- 2 La persona no es despertada por el personal / familiar.
- 1 Oportunidad para despertarse espontáneamente pero al final la persona es despertada por el personal / familiar.
- 0 Es despertado/a por el personal / familiar sin ninguna oportunidad para despertarse espontáneamente o necesita ayuda física.

Escala de realización de actividades

- 4 Independencia total. Se despierta espontáneamente y se levanta a una hora razonable.
- 3 Funciona independientemente. Ninguna supervisión, algunas veces es lento para despertarse y levantarse a una hora razonable menos de 1 vez por semana.
- 2 Ocasionalmente se le sugiere que se levante a tiempo (Ej. menos de 4 veces al mes, pero no a diario). Si ningún miembro del personal / familiar intenta modificar su comportamiento no llega al desayuno u ocasionalmente se retrasa en las actividades programadas.
- 1 Frecuentemente se le ayuda para que se levante a tiempo (más de 4 veces al mes pero no diariamente). Si ningún miembro del personal / familiar intenta modificar su comportamiento llega tarde a las actividades más de dos veces a la semana.
- 0 Se le ayuda diariamente o tiene ayuda física para levantarse (debido a una movilidad defectuosa). Si no se le estimula se levanta todos los días tarde, a una hora no razonable.
- 9 Desconocido

Autocuidado

3. VESTIRSE

(Se valora la independencia para seleccionar la ropa y vestirse)

P. *¿Hasta qué punto <S> es independiente al vestirse? ¿Se viste apropiadamente?*

Escala de oportunidad

- 2 La persona tiene la posibilidad de seleccionar su ropa.
- 1 La persona está en un alojamiento donde el personal / familiar selecciona la ropa rutinariamente.

Escala de realización de actividades

- 4 Totalmente independiente. Escoge la ropa apropiada según la temperatura o la situación y se viste correctamente.
- 3 Funciona independientemente. No hay supervisión. Muestra una ligera inadecuación o descuido.
- 2 Se le recuerda ocasionalmente que mantenga las normas apropiadas en el vestir (por ejemplo, menos de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si no se intenta modificar su conducta, muestra ocasionalmente descuido o forma inadecuada en el vestir o duerme con la ropa del día.
- 1 Frecuentemente es supervisado/a para seleccionar la ropa adecuada y ponérsela correctamente (p. ej., más de cuatro veces al mes, pero no a diario). Si no se intenta modificar su conducta, se muestra ocasionalmente inadecuado/a o descuidado/a en el vestir o se viste de acuerdo con un delirio.
- 0 Es supervisado/a a diario a la hora de vestirse. O necesita ayuda física.
- 9 Desconocido.

Autocuidado

4. VUELTA A CASA POR LA NOCHE

(Se valora la responsabilidad a su propia seguridad y la atención hacia las personas cuidadoras / familiares interesados/as)

P. *¿Hasta qué punto se puede confiar en que <S> vuelva a la casa o residencia?*

Escala de oportunidad

- 2 Alojamiento o residencia abierta.
- 1 Alojamiento cerrado pero este/a residente en concreto es libre para salir o alojamiento abierto pero este/a residente en concreto tiene que informar al personal / familiar si sale.
- 0 El alojamiento está cerrado para impedir la salida de este/a residente en concreto / o únicamente se le permite salir acompañado/a / o está incapacitado/a y necesita ayuda física.

Escala de realización de actividades

- 4 Totalmente independiente. No necesita ser controlado/a.
- 3 Funciona independientemente. De vez en cuando llega más tarde de lo que se esperaba, pero no es supervisado/a, ni es una preocupación importante para el personal / familiar.
- 2 Ocasionalmente llega tarde (p. ej., menos de cuatro veces al mes) y no informa a cuidadores / familiares sobre la hora de su regreso. A veces puede ser un problema. (Casi siempre coopera bajo supervisión).
- 1 Frecuentemente llega tarde (p. ej., más de cuatro veces al mes pero no a diario) y a menudo es un problema para cuidadores y/o familiares. O se fugó o perdió en los seis últimos meses. (Bajo supervisión, la mayoría de las veces no coopera).
- 0 Problemas importantes en este área. No regresa, ausente durante días. No deja que las personas cuidadoras / familiares sepan su paradero. Estuvo perdido/a más de una vez en los 6 últimos meses (problemas importantes en aceptar o seguir orientaciones) o no se le permite salir sin compañía.
- 9 Desconocido.

Autocuidado

5. COMIDAS

(Se valora la regularidad en obtener su comida diaria, incluyendo comida preparada).

P. *¿Con qué regularidad come <S>? ¿Se salta a menudo las comidas?*

Escala de oportunidad

2 Para todos los y las residentes

Escala de realización de actividades

4 Obtiene su comida diaria regularmente. O bien, prepara sus propias comidas de un modo adecuado, o si le facilitan éstas, asiste regularmente a comer.

3 Ocasionalmente se despreocupa de conseguir la comida. Si se le sirve, falta a veces a alguna comida. No hay supervisión.

2 Hay que recordarle ocasionalmente que asista u obtenga la comida (p. ej., menos de cuatro veces al mes). Si no se le recuerda falta a varias comidas principales en la semana o falta al desayuno todos los días.

1 Hay que recordarle frecuentemente que asista a las comidas con regularidad (p. ej., más de cuatro veces al mes pero no a diario). Si no se le recuerda se salta una comida principal casi todos los días.

0 Se le recuerda a diario que asista a las comidas.

9 Desconocido.

Autocuidado

6. MEDICACIÓN

(Se valora la independencia y conformidad con cualquier medicación prescrita)

P. *¿Hasta qué punto <S> es independiente para tomar la medicación?*

Escala de oportunidad

- 2 Maneja y guarda su propia medicación sin supervisión.
- 1 Las medicinas las tiene el personal / familiar pero la persona tiene la obligación de recordar cuándo debe tomar la medicación (bajo supervisión del personal / familiar).
- 0 Las medicinas son manejadas y administradas por el personal / familiar.

Escala de realización de actividades

- 4 Completamente responsable para tomar la medicación o asiste regularmente a ponerse las inyecciones depot o va a por las recetas.
- 3 Guarda su propia medicación. Se le recuerda ocasionalmente que tome las medicinas o el personal de enfermería le administra las inyecciones en el hogar o en el trabajo. Cooperar.
- 2 Medicación administrada por las personas cuidadoras / familiares. Suele cooperar.
- 1 Medicación administrada por las personas cuidadoras/ familiares. A menudo no coopera.
- 0 Problemas graves con el cumplimiento del tratamiento. Rechaza la medicación.
- 9 No tiene medicación / Desconocido.

Autocuidado

7. HIGIENE PERSONAL

(Se valora la higiene corporal)

P. ¿Hasta qué punto <S> es independiente para mantener la rutina de aseo personal diario?

Escala de oportunidad

- 2 Puede usar el cuarto de baño sin restricciones o supervisión.
- 1 Se baña o se ducha en días concretos o precisa ayuda física para ello.
- 0 Necesita ayuda física para el aseo personal diario.

Escala de realización de actividades

- 4 Totalmente independiente. Mantiene buen nivel de higiene y aseo.
- 3 Funciona independientemente. Sin supervisión. Algún descuido con la higiene.
- 2 Ocasionalmente hay que recordarle que se asee (Ej. menos de cuatro veces al mes) (Ej. afeitado, cepillado de dientes). Si se le deja, presenta descuidos ocasionales con ciertos aspectos del aseo personal.
- 1 Se le pide con frecuencia que mantenga un nivel aceptable de aseo personal (p. ej., más de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si se le deja, muestra frecuentes descuidos en el aseo personal diario.
- 0 Se le pide a diario que cuide su aseo. Ningún intento espontáneo / o necesita ayuda física para el aseo personal.
- 9 Desconocido.

Autocuidado

8. ROPA

(Se valora la limpieza y el estado de conservación)

P. *¿Hasta qué punto <S> es independiente para cambiarse de ropa sucia o estropeada?*

Escala de oportunidad

- 2 Para todas las personas residentes.
- 1 La persona se encuentra en un alojamiento donde el personal / familiar selecciona rutinariamente su ropa.

Escala de realización de actividades

- 4 Totalmente independiente. Se cambia de ropa regularmente. Ropa limpia, planchada, en buen estado de conservación.
- 3 Funciona independientemente. Pequeños problemas con la limpieza y el estado de la ropa.
- 2 De vez en cuando se le pide que se cambie la ropa sucia (menos de cuatro veces al mes). Si se le deja, se muestra descuidado con ciertos aspectos de limpieza y estado de la ropa.
- 1 Se le pide frecuentemente que mantenga un nivel aceptable de limpieza (más de cuatro veces al mes, pero no diariamente). Si se le deja, se muestra muy descuidado/a.
- 0 Es supervisado/a diariamente. Ningún intento espontáneo de cuidar el estado de la ropa.
- 9 Desconocido.

Autocuidado

9. INCONTINENCIA

(Se valora la incapacidad física para controlar los esfínteres vesical y anal)

P. *¿Es capaz <S> de controlar sus esfínteres vesical y anal?*

Escala de oportunidad

2 Para todas las personas residentes.

Escala de realización de actividades

4 No existe incontinencia.

3 Incontinencia urinaria (menos de cuatro veces al mes) pero no incontinencia fecal.

2 Incontinencia urinaria (más de cuatro veces al mes) pero no incontinencia fecal.

1 Incontinencia fecal (menos de cuatro veces al mes con o sin incontinencia urinaria).

0 Incontinencia fecal (más de cuatro veces al mes con o sin incontinencia urinaria).

9 Desconocido.

Autocuidado

10. COMPORTAMIENTO EN EL CUARTO DE BAÑO

P. Independientemente de que tenga o no incontinencia ¿Utiliza <S> el cuarto de baño de un modo apropiado?

Escala de oportunidad

2 Para todas las personas residentes.

Escala de realización de actividades

4 Siempre.

3 Funciona independientemente pero tiene algún descuido (Ej. olvida tirar de la cisterna, o moja la superficies del retrete o el suelo).

2 La ropa está mojada y/o huele mal, es necesario llamarle la atención.

1 Orina o defeca en zonas públicas.

0 Problema importante. La ropa está mojada y/o huele mal y orina o defeca en zonas públicas.

9 Desconocido.

Habilidades Domésticas

11. PREPARACIÓN DE COMIDAS/PLATOS COMBINADOS/COMPLETOS

(Se valora la organización de comidas)

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para preparar sus comidas: desayuno, almuerzo o cena?*

Escala de oportunidad

- 2 Puede usar la cocina sin restricciones o supervisión.
- 1 Permitido el uso de la cocina sólo en ciertos momentos del día o sólo con la supervisión del personal / familiar.
- 0 Nunca se permite usar la cocina o no hay cocina.

Escala de realización de actividades

- 4 Completamente independiente. Prepara todas sus comidas con variedad.
- 3 Prepara la mayoría de sus comidas (Ej. almuerzo en un servicio de día, pero se prepara el desayuno y la cena y las comidas del fin de semana con variedad). O toma parte activa en la cocina de la comunidad (Ej. cocina normalmente cuando le toca) con regularidad.
- 2 Prepara alguna comida (Ej. el desayuno) pero las demás son proporcionadas por cuidadores/as o familiares o prepara todas sus comidas sin variedad.
- 1 Ayuda con limitaciones en la cocina (Ej.. limpiar y cortar verdura).
- 0 No participa en la preparación de las comidas.
- 9 Desconocido.

Habilidades Domésticas

12. PREPARACIÓN DE COMIDAS SIMPLES, BOCADILLOS, BEBIDAS ENTRE COMIDAS

P. *¿Hasta qué punto <S> es independiente al prepararse sus bebidas calientes o sus bocadillos?*

Escala de oportunidad

- 2 Tiene acceso a la cafetera y electrodomésticos de la cocina (Ej. tostador) sin restricción.
- 1 Tiene acceso a las instalaciones arriba mencionadas únicamente a ciertas horas del día o sólo con la supervisión del personal / familiar.
- 0 Nunca se le permite utilizar las instalaciones o no hay instalaciones.

Escala de realización de actividades

- 4 Prepara comidas o bebidas simples independientemente. Lo hace con regularidad.
- 3 Tiene algún pequeño problema con la preparación de comidas o bebidas simples.
- 2 Tiene supervisión ocasional para la preparación de comidas simples (menos de cuatro veces al mes). Si no hay supervisión, prepara comidas o bebidas solo de forma ocasional / o algunas veces las prepara de manera inapropiada.
- 1 Siempre es supervisado/a en la preparación de comidas simples.
- 0 Nunca prepara comidas o bebidas simples.
- 9 Desconocido.

Habilidades Domésticas

13. COMPRA DE COMESTIBLES

(Se valora el uso de tiendas y la variedad de productos que compra. No incluye comer en cafeterías o restaurantes al estar esto valorado en la pregunta 19)

P *¿Hasta qué punto es <S> independiente para ir a las tiendas de comestibles?*

Escala de oportunidad

- 2 Puede salir sin compañía y tiene la oportunidad de cocinar algo.
- 1 Puede salir sin compañía pero no tiene la oportunidad de cocinar, o va de compras sólo en grupo.
- 0 No se le permite salir sin compañía.

Escala de realización de actividades

- 4 Completamente independiente. Consigue sus propias provisiones organizándose adecuadamente y utiliza las tiendas correctamente.
- 3 Parcialmente independiente al comprar alimentos. Hace turnos normales en las compras. Hace la compra correctamente con una lista.
- 2 Utiliza una tienda que le es familiar. Compra independientemente una gama limitada de productos, no incluyendo planificación para la preparación de la comida completa, (Ej. té, café, galletas). Recibe ayuda con otras compras. Si no se le presta ayuda, olvida cosas necesarias o hace compras inapropiadas.
- 1 Sólo compra con supervisión, o cuenta con los empleados de la tienda para que le ayuden a pagar y obtener el cambio correcto. Compra pocos productos para su consumo inmediato (Ej. dulces, bebidas).
- 0 No compra en tiendas de comestibles.
- 9 Desconocido.

Habilidades Domésticas

14. COMPRAS

(Se valora ropa, zapatos y objetos personales o de la casa)

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para comprar objetos personales que no sean comida?*

Escala de oportunidad

- 2 Alojamiento abierto o residencia.
- 1 Alojamiento cerrado pero este/a residente en concreto tiene libertad para salir, o alojamiento abierto pero este residente en concreto tiene que informar al personal o familiar si sale.
- 0 Alojamiento cerrado para impedir salir a este/a residente o sólo se le permite salir acompañado/a o está incapacitado/a y necesita ayuda física.

Escala de realización de actividades

- 4 Completamente independiente.
- 3 Parcialmente independiente. Recibe algo de ayuda para las compras más complejas (Ej. muebles, etc.).
- 2 Compra independientemente una gama limitada de productos (Ej. jabón o cigarrillos). Recibe ayuda con otras compras (Ej. zapatos). Si no recibe ayuda, descuida compras necesarias o hace compras inapropiadas.
- 1 Sólo compra con supervisión o cuenta con ayuda del personal de la tienda para pagar y obtener el cambio correcto incluso para una compra simple.
- 0 No compra nunca ningún objeto personal.
- 9 Desconocido.

Habilidades Domésticas

15. LAVADO DE ROPA

(Se valora ropa personal y ropa de cama)

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para lavar su propia ropa o ropa de cama?*

Escala de oportunidad

- 2 Utiliza la lavadora. Lava la ropa de cama y la ropa personal.
- 1 Utiliza la lavadora pero se le proporcionan las sábanas.
- 0 No tiene lavadora.

Escala de realización de actividades

- 4 Completamente independiente. Utiliza la lavadora, la lavandería y la limpieza en seco de forma autónoma y correcta.
- 3 Independiente en parte. Usa la lavadora y/o lava a mano espontáneamente y con regularidad. Las personas cuidadoras o familiares le lavan algunas cosas (Ej. sábanas, etc.)
- 2 Es supervisado/a o se le recuerda que lave su ropa personal. Si no se le supervisa, muestra negligencia en esta actividad.
- 1 Ayuda con la colada (Ej. recogerla), pero depende básicamente de cuidadores/as o familiares para la provisión de ropa o sábanas limpias.
- 0 No hace la colada ni ayuda con el lavado de ropa.
- 9 Desconocido.

Habilidades Domésticas

16. CUIDADO DEL ESPACIO PERSONAL

(Se valora el orden de la habitación, especialmente en la zona de la cama)

P. *¿Hasta qué punto es <S> limpio/a y ordenado/a en el espacio donde vive?*

Escala de oportunidad

- 2 No hay personal de limpieza.
- 1 Hay personal de limpieza pero se espera que la persona mantenga limpia su zona de la cama y armario.
- 0 Hay personal de limpieza. No se espera que la persona mantenga limpia su zona de la cama y armario.

Escala de realización de actividades

- 4 Completamente independiente. Limpia y ordena su espacio personal. Mantiene un nivel correcto de limpieza.
- 3 Parcialmente independiente al limpiar su espacio personal. Necesita que se le recuerde en ocasiones o está por debajo del nivel normal de limpieza (menos de cuatro veces al mes).
- 2 Se le recuerda frecuentemente que mantenga un nivel correcto de limpieza (más de cuatro veces al mes, pero no a diario) si no, se descuida.
- 1 Se le sugiere a diario que cuide su espacio personal (si no, muestra muchos descuidos).
- 0 No ordena su espacio personal.
- 9 Desconocido.

Habilidades Domésticas

17. CUIDADO DE SU CASA O ZONAS COMUNES

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente al hacer las tareas domésticas generales?*

Escala de oportunidad

- 2 Vive en la comunidad y tiene la oportunidad de hacer tareas domésticas.
- 1 Vive en el hospital o en residencias asistidas y tiene la oportunidad de hacer tareas domésticas.
- 0 Ninguna oportunidad de hacer tareas domésticas (Ej. las normas del alojamiento lo impiden).

Escala de realización de actividades

- 4 Completamente independiente para mantener limpia la casa o comparte las tareas domésticas comunes. Ninguna ayuda de nadie del personal o familia.
- 3 Parcialmente independiente en la limpieza de la casa. Hace una tarea particular en la casa. Si vive independientemente, pequeños problemas con el nivel de limpieza y el orden. Ninguna ayuda del personal / familiar.
- 2 En ocasiones necesita que se le recuerde que haga las tareas domésticas, (menos de cuatro veces al mes) si no, se descuida.
- 1 Rara vez ayuda en las tareas domésticas o frecuentemente se le sugiere que lo haga. Si no, signos de gran descuido.
- 0 No hace ni comparte tareas domésticas.
- 9 Desconocido.

Habilidades Comunitarias

18. USO DEL TRANSPORTE PÚBLICO

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente al utilizar el transporte público?*

Escala de oportunidad

- 2 Alojamiento abierto.
- 1 Alojamiento cerrado pero esta persona en concreto es libre de salir, o alojamiento abierto, pero esta persona en concreto tiene que informar al personal / familiar si sale.
- 0 Alojamiento cerrado para impedir que salga esta persona, o sólo se le permite salir acompañada o discapacitada y necesita ayuda física.

Escala de realización de actividades

- 4 Utiliza diferentes transportes públicos con total independencia. Puede ir a lugares que no le son familiares en transporte público.
- 3 Usa el transporte regularmente de forma independiente en líneas conocidas.
- 2 Usa el transporte público independientemente para ir sólo a un sitio concreto y conocido.
- 1 Es acompañado/a cuando utiliza el transporte público o usa transporte asistido.
- 0 Nunca usa el transporte público independientemente. Resistencia y dificultad incluso con compañía.
- 9 Desconocido.

Habilidades Comunitarias

19. USO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

(Sanitarios y sociales: médico general, dentista, seguridad social, vivienda y otros servicios sociales).

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para utilizar los servicios asistenciales (sanitarios y sociales)?*

Escala de oportunidad

- 2 Se espera que concierte todas las citas.
- 1 Algunas de las citas tienen que hacerse a través del personal / familiar.
- 0 Todas las citas las tienen que concertar el personal / familiar

Escala de realización de actividades

- 4 Usa los servicios arriba mencionados bien y con total independencia.
- 3 Usa algunos servicios independientemente pero necesita ayuda con otros (Ej. cumplimentar formularios más complejos).
- 2 Es ayudado/a para ponerse en contacto con los servicios apropiados (Ej. pedir cita, cumplimentar formularios). Puede verbalizar sus necesidades al personal/ familiares. Si no se le ofrece ayuda, muestra dificultades en el manejo personal (Ej. fracaso en conseguir la ayuda social, problemas de salud no atendidos).
- 1 Siempre recibe ayuda para contactar con los servicios apropiados. Escasa habilidad para reconocer y verbalizar necesidades, o se niega a utilizar los servicios a pesar de necesitarlos.
- 0 No intenta comunicar espontáneamente las necesidades que tiene de estos servicios.
- 9 Desconocido.

Habilidades Comunitarias

20. UTILIZACIÓN DE LOS LOCALES Y SERVICIOS PÚBLICOS

(Se valora biblioteca, parques, bancos, oficinas de correo, bares, restaurantes, cines, teatros, club sociales, clases nocturnas, instalaciones deportivas, iglesia, etc.)

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para utilizar los locales o servicios públicos?*

Escala de oportunidad

- 2 Alojamiento abierto o residencia.
- 1 Alojamiento cerrado pero esta persona en concreto es libre para salir, o alojamiento abierto pero esta persona en concreto tiene que informar al personal/ familiar si sale.
- 0 Alojamiento cerrado para impedir que salga esta persona, o sólo se le permite salir acompañada, o incapacitada y necesita ayuda física.

Escala de realización de actividades

- 4 Usa diferentes locales y servicios públicos independientemente y con alguna regularidad.
- 3 Usa uno regularmente (Ej. oficina de correos) u otros ocasionalmente (menos de cuatro veces al mes).
- 2 Usa uno sólo si se le propone. Si se le deja rara vez usa servicios locales o públicos (una vez al mes).
- 1 Usa los locales o servicios públicos acompañado/a.
- 0 Nunca usa ninguno de los arriba mencionados.
- 9 Desconocido.

Habilidades Comunitarias

21. USO DEL DINERO O CAPACIDAD DE CONTROLAR SU PRESUPUESTO

(Se valora la administración del dinero sin tener en cuenta la fuente de ingresos)

P. *¿Hasta qué punto es <S> independiente para administrar su dinero?*

Escala de oportunidad

- 2 Se le paga el dinero a través de su propia cuenta bancaria, fuera del hospital o residencia y paga sus propias facturas.
- 1 Se le paga el dinero en su cuenta personal, dentro de la institución. Pago de facturas deducido antes de que lo reciba.
- 0 Recibe un paquete (Ej. un paquete que contiene productos personales como elementos de aseo, caramelos).

Escala de realización de actividades

- 4 Administra su economía independientemente.
- 3 Independiente. Ocasionalmente escasez de dinero pero no presenta problemas importantes.
- 2 Para controlar el dinero tiene una asignación semanal.
- 1 Para controlar el dinero tiene una asignación diaria o pequeñas sumas de dinero cada vez.
- 0 Tiene problemas importantes con el concepto dinero o administración. El dinero es administrado totalmente por el personal/ familiares. O no tiene interés en el uso de dinero.
- 9 Desconocido.

Actividad y Relaciones Sociales

22. OCUPACIÓN DIARIA

(Se valora el grado en que se involucra en actividades instrumentales, excluyendo las que no tienen un objetivo). (Tener en cuenta la edad y situación).

P. *¿Hasta qué punto es <S> una persona activa y resuelta en sus tareas diarias?*

Escala de oportunidad

- 2 Alojamiento o residencia abierta.
- 1 Alojamiento cerrado.

Escala de realización de actividades

- 4 Se mantiene apropiadamente activo/a (tiene un trabajo, trabaja como voluntario/a o asiste a algún servicio social de día sin estímulo o está involucrado/a en actividades domésticas).
- 3 Se mantiene activo/a parte del tiempo (como se menciona arriba pero con periodos ocasionales de inactividad).
- 2 Se le sugiere ocasionalmente que realice alguna actividad de este tipo, si no se intenta modificar su comportamiento, muestra periodos frecuentes de inactividad (50% del tiempo).
- 1 Se le sugiere frecuentemente que realice alguna actividad que tenga propósito, si no se modifica el comportamiento muestra diariamente periodos prologados de inactividad.
- 0 Muy difícil de ocupar. No hace nada la mayor parte del tiempo.
- 9 Desconocido.

Actividad y Relaciones Sociales

23. ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

P. *¿Cómo pasa <S> su tiempo libre? ¿Realiza alguna actividad de ocio?*

Escala de oportunidad

- 2 Alojamiento o residencia abierta.
- 1 Alojamiento cerrado.

Escala de realización de actividades

- 4 Sigue actividades de ocio tanto individuales como de grupo sin que haya que estimularle regularmente (visitas, salidas con amigos/as).
- 3 Se une a actividades de ocio tanto individuales como de grupo (charlando con la gente, saliendo con otros) pero necesita que le estimule para algunas actividades.
- 2 Sigue actividades de ocio individuales (Ej. leer, ver la televisión, oír la radio, pasear).
- 1 Participa en actividades en solitario sólo cuando se le sugieren. Ninguna actividad de grupo.
- 0 Dificultad para interesarle o engancharle en algo. Pasa el tiempo libre sin hacer nada.
- 9 Desconocido.

Actividad y Relaciones Sociales

24. SOCIABILIDAD

(Se valora la frecuencia y el nivel de relación con otras personas)

P. *¿Hasta qué punto es <S> sociable? ¿Busca la compañía de otras personas?*

Escala de oportunidad

- 2 Alojamiento o residencia abierta.
- 1 Alojamiento cerrado.

Escala de realización de actividades

- 4 Mantiene espontáneamente contacto con parientes, amistades o personas conocidas. Se relaciona bien con los demás. Busca compañía.
- 3 Mantiene contacto con varios/as amigos/as, conocidos/as o parientes. Se relaciona superficialmente con otras personas con las que tiene contacto diario.
- 2 Se relaciona con pocas personas conocidas. Abierto a los acercamientos sociales de otros pero no busca compañía.
- 1 Solitario/a, aislado/a o introvertido/a. Raramente se acerca a otras personas.
- 0 Extremadamente aislado/a o introvertido/a. Rechaza los acercamientos sociales.
- 9 Desconocido.

Actividad y Relaciones Sociales

25. CONSIDERACIÓN Y PREOCUPACIÓN POR OTRAS PERSONAS

(Se valora comunicación verbal y no verbal)

P. *¿Qué consideración y preocupación muestra <S> por otras personas?*

(Ej. si un/a miembro del personal/familiar o un/a compañero/a está enfermo/a ¿se preocupa?).

Escala de oportunidad

2 Para todas las personas residentes.

Escala de realización de actividades

4 Muestra consideración y preocupación por otras personas.

3 A veces muestra consideración y preocupación por otros/a pero es inconsistente.

2 Muestra algo de consideración y preocupación por otros/a.

1 Difícilmente muestra cualquier consideración y preocupación por otros/a.

0 No muestra consideración o preocupación.

9 Desconocido.

Actividad y Relaciones Sociales

26. PRESTAR AUXILIO EN UNA EMERGENCIA

P. Considerar una emergencia doméstica (Ej. desmayo de un compañero/a o familiar, fuego en la cocina, reventón de una tubería)

¿Cómo respondería <S> ante esta situación?

Escala de oportunidad

- 2 Para la mayoría de las personas residentes.
- 1 Incapacitados/as, necesitan ayuda física.

Escala de realización de actividades

- 4 Acción rápida y apropiada que conlleva una respuesta independiente inmediata y una petición de ayuda.
- 3 Demandaría ayuda, pero difícilmente iniciaría una acción autónoma.
- 2 Poco probable que busque ayuda.
- 1 Definitivamente no buscaría ayuda.
- 0 No buscaría ayuda, su comportamiento sería de obstrucción (Ej. no permitiría el acceso del servicio de emergencia).
- 9 Desconocido o imposibilidad de juzgar.

HABILIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA – BELS

Nombre del/de la paciente: _____ Código: _____

Nombre de la persona informante: _____ Código: _____

Nombre del/de la entrevistador/a: _____ Código: _____

Fecha de la entrevista: _____

Hoja de respuestas

Autocuidado		Oportunidad de independencia	Desempeño actual		
1. Independencia de movimientos	1				
2. Despertarse y levantarse	2				
3. Vestirse	3				
4. Vuelta a casa por la noche	4				
5. Comidas	5				
6. Medicación	6				
7. Higiene personal	7				
8. Ropa	8				
9. Incontinencia	9				
10. Comportamiento en el cuarto de baño	10				
a) TOTAL b) PROMEDIO		a		b	
Habilidades Domésticas					
11. Preparación de comidas	11				
12. Preparación de comidas simples	12				
13. Compra de comestibles	13				
14. Compras	14				
15. Lavado de ropa	15				
16. Cuidado de espacio personal	16				
17. Cuidado de su casa o zonas comunes	17				
a) TOTAL b) PROMEDIO		a		b	
Habilidades Comunitarias					
18. Uso de transporte público	18				
19. Uso de servicios asistenciales	19				
20. Uso de los locales y servicios públicos	20				
21. Uso de dinero o capacidad de controlar su presupuesto	21				
a) TOTAL b) PROMEDIO		a		b	
Actividad y Relaciones Sociales					
22. Ocupación diaria	22				
23. Actividades de tiempo libre	23				
24. Sociabilidad	24				
25. Consideración y preocupación por otras personas	25				
26. Prestar auxilio en una emergencia	26				
a) TOTAL b) PROMEDIO		a		b	

Normas de administración y puntuación

Aunque esta versión incluye algunas instrucciones previas al contenido de la escala se añaden en este apartado alguna información más.

En: Bobes García, J; G.-Portilla, MP; Bascarán Fernández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García, M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª edición. Barcelona: Ars Médica. 2004

- Concepto: El BELS es un cuestionario diseñado para evaluar los cambios en el desempeño de las actividades de la vida diaria en los/as pacientes con trastornos mentales de larga evolución tras su desinstitucionalización.
- Administración:
 - Heteroaplicada. Precisa la colaboración de una persona que actúe como informante clave (profesional o familiar) que conozca bien al/a la paciente para su cumplimentación, ya que será el/la informante quien proporcione la información necesaria para la codificación.
 - El marco de referencia temporal habitual es el último mes, excepto en los ítems 4 (vuelta a casa por la noche), 14 (compras), 15 (lavado de ropa) y 26 (prestar auxilio en una emergencia), en los que por referirse a comportamientos poco frecuentes se amplía el marco a los 6 meses previos.
- Puntuación:
 - Consta de 26 ítems que evalúan 26 comportamientos desde dos perspectivas:
 - Grado de oportunidad para realizar las actividades de forma independiente: Puntuación mediante escala Likert de 3 grados (0, ninguna oportunidad de independencia; 2, total oportunidad).
 - Nivel real de realización de cada actividad de la vida diaria: Puntuación mediante escala Likert de 5 grados (0, no realiza ninguna actividad o es necesaria supervisión diaria; 4, nivel normal de realización).
 - En la versión del Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental no existen puntuaciones de corte.