

**TESIS DOCTORAL - DOCTOR EUROPEUS**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA  
EN SERVICIOS SOCIALES:  
VALIDACIÓN Y CALIBRACIÓN  
DE LA ESCALA GENCAT.**

**Autora: Laura E. Gómez Sanchez**

**Directores: Miguel Ángel Verdugo Alonso  
Benito Arias Martinez**

Salamanca, 2010

Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología  
Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)





VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD

TESiS DOCToRAL ~DOCToR EVRoPEVS

**“Evaluación de la Calidad de Vida en Servicios Sociales:  
Validación y Calibración de la Escala GENCAT”**

**Autora:**  
**Laura E. Gómez Sánchez**

**Directores:**  
**Miguel Ángel Verdugo Alonso**  
**Benito Arias Martínez**

*Salamanca, 2010*







VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

Avda. de la Merced 109-131, 37005 Salamanca (España). Tel.: 34-923-294695 Fax: 34-923-294685  
E-mail: [inico@usal.es](mailto:inico@usal.es) <http://inico.usal.es>

**Miguel Ángel Verdugo Alonso**, Catedrático de Psicología de la Discapacidad, del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos y Director e Investigador del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, y

**Benito Arias Martínez**, Profesor Titular del Departamento de Psicología de la Universidad de Valladolid e Investigador del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca,

### INFORMAN

Que la Tesis Doctoral realizada bajo su dirección por **Laura E. Gómez Sánchez**, con el título “Evaluación de la calidad de vida en servicios sociales: validación y calibración de la Escala GENCAT”, reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica, por lo que es susceptible de ser sometida a la valoración del Tribunal encargado de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos la presente en Salamanca, a 1 de noviembre de 2009.

Fdo. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Fdo. Benito Arias Martínez



---

*A mis padres*

---



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Reconocimientos</b>	<b>xxix</b>
<b>Precisiones en torno al uso del lenguaje</b>	<b>xxxiii</b>
<b>Presentación</b>	<b>xxxv</b>
<b>Introducción a la Justificación Teórica</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO 1. EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA INDIVIDUAL</b>	<b>45</b>
1. 1. Planteamiento inicial	45
1. 2. Objetivo	46
1. 3. Método	46
1. 3. 1. Materiales	46
1. 3. 2. Tipo de estudio	47
1. 3. 3. Procedimiento	47
1. 3. 4. Análisis de la información	48
1. 4. Resultados	48
1. 4. 1. Breves nociones históricas sobre el concepto de calidad de vida	48
1. 4. 1. 1. <i>Antes de los años 80</i>	48
1. 4. 1. 2. <i>La década de los 80</i>	49
1. 4. 1. 3. <i>La década de los 90</i>	49
1. 4. 1. 4. <i>La presente década</i>	51
1. 4. 2. Concepción actual de la calidad de vida	51
1. 5. 2. 1. <i>Modelo comprehensivo de calidad de vida de Cummins (1997, 2000, 2005)</i>	55
1. 4. 2. 2. <i>Modelo de Felce y Perry (1995, 1996)</i>	57
1. 4. 2. 3. <i>Modelo de Petry, Maes y Vlaskamp (2005, 2007)</i>	59
1. 4. 2. 4. <i>Modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008)</i>	62
1. 4. 2. 5. <i>Criterios para evaluar un modelo operativo</i>	64
1. 4. 3. La concepción de calidad de vida desde el modelo de Schalock y Verdugo	65
1. 4. 3. 1. <i>Elementos del modelo</i>	65
1. 4. 3. 2. <i>Niveles de aplicación del modelo</i>	69
1. 4. 3. 3. <i>Focos del modelo</i>	71
1. 4. 4. La formulación y validación del modelo de Schalock y Verdugo	71
1. 4. 4. 1. <i>La formulación del marco conceptual y de medida</i>	71
a) <i>Estudios para la extracción de los indicadores de calidad de vida</i>	72
1. 4. 4. 2. <i>La validación del marco conceptual y de medida</i>	74
a) <i>Estudio transcultural de los indicadores de calidad de vida</i>	75

b) Validación empírica del marco conceptual	76
c) Operativización del modelo	88
1. 4. 4. 3. Aplicación del modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003)	92
1. 4. 4. 4. Nuevos retos y líneas emergentes en la calidad de vida	93
a) El concepto de calidad de vida como agente de cambio	93
b) La evaluación de la calidad de vida como parte integral del funcionamiento de las organizaciones y sistemas	94
c) Los usuarios como actores clave	94
d) La redefinición del papel de las organizaciones	95
e) Nuevas estrategias de gestión	95
f) El proceso de la calidad como un proceso continuo	95
g) El desarrollo de una teoría de calidad de vida	96
1. 5. Conclusión general	98
<b>CAPÍTULO 2. LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA INDIVIDUAL</b>	<b>101</b>
2. 1. Planteamiento inicial	101
2. 2. Objetivo	102
2. 3. Método	102
2. 3. 1. Materiales	102
2. 3. 2. Tipo de estudio	103
2. 3. 3. Procedimiento	103
2. 3. 4. Análisis de la información	103
2. 4. Resultados	104
2. 4. 1. Utilidad de evaluar resultados personales	104
2. 4. 1. 1. Utilidad de la evaluación de resultados personales	105
2. 4. 1. 2. Utilidad de la evaluación de la calidad	106
2. 4. 3. Principios de evaluación de la calidad de vida	107
2. 4. 4. Técnicas para evaluar la calidad de vida individual	110
2. 4. 5. Instrumentos de evaluación para personas con discapacidad intelectual	113
2. 4. 5. 1. Instrumentos diseñados desde una perspectiva objetiva	114
2. 4. 5. 2. Instrumentos diseñados desde una perspectiva subjetiva	117
2. 4. 5. 3. Instrumentos diseñados desde una perspectiva objetiva y subjetiva	117
a) La Escala comprensiva de calidad de vida (ComQol) de Cummins	119
b) El Cuestionario de calidad de vida (QOL.Q) de Schalock y Keith (1993)	121
c) La Escala INTEGRAL (Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009)	123
2. 4. 5. 4. Relación entre la evaluación objetiva y subjetiva	125
2. 4. 6. Instrumentos de evaluación para personas con discapacidad física	126

2. 4. 7. Instrumentos de evaluación para personas con discapacidad sensorial	128
2. 4. 8. Instrumentos de evaluación para personas con problemas de salud mental	129
2. 4. 9. Instrumentos de evaluación para personas con drogodependencias	131
2. 4. 10. Instrumentos de evaluación para personas con VIH/SIDA	134
2. 4. 11. Instrumentos de evaluación para personas mayores	134
2. 4. 11. 1. Dimensiones e indicadores estudiados	135
2. 4. 11. 2. La Escala de Calidad de Vida (ECV) (Alcedo et al., 2008)	137
2. 4. 11. 2. La Escala FUMAT de calidad de vida (Verdugo, Gómez y Arias, en prensa)	138
2. 5. Conclusiones generales	139
<b>Introducción al Estudio Empírico</b>	<b>143</b>
<b>CAPÍTULO 3. DESARROLLO DE LA ESCALA GENCAT</b>	<b>149</b>
3. 1. Planteamiento inicial	149
3. 2. Objetivos	150
3. 3. Procedimiento	151
3. 3. 2. Consulta a jueces expertos	153
3. 3. 2. 1. <i>Objetivo</i>	153
3. 3. 2. 2. <i>Participantes</i>	154
3. 3. 2. 3. <i>Procedimiento</i>	156
3. 3. 2. 4. <i>Resultados</i>	157
a) <i>Coefficientes de concordancia entre jueces</i>	158
b) <i>Comparación de la concordancia entre grupos de jueces por dimensiones</i>	166
c) <i>Comparación de la concordancia en las dimensiones para el conjunto de jueces</i>	174
d) <i>Comparación de la concordancia en las dimensiones por grupos de jueces</i>	175
e) <i>Comparación de la media de los coeficientes de concordancia en idoneidad, importancia y observabilidad por grupos de jueces</i>	182
f) <i>Correlaciones entre idoneidad, importancia y observabilidad</i>	183
g) <i>Comparación de los rangos promedios de los ítems en las dimensiones por grupos de jueces</i>	184
h) <i>Calificaciones promedio y eliminación de los ítems</i>	189
i) <i>Selección de los ítems más adecuados</i>	191
j) <i>Inclusión de nuevos ítems e indicadores propuestos por los jueces</i>	194
3. 3. 3. Versión inicial de la Escala GENCAT	195
3. 3. 4. Consulta a grupos de discusión	198
3. 3. 4. 1. <i>Objetivo</i>	198
3. 3. 4. 2. <i>Participantes</i>	198

3. 3. 4. 3. <i>Procedimiento</i>	200
3. 3. 4. 4. <i>Resultados</i>	201
3. 3. 5. <i>Versión piloto de la Escala GENCAT</i>	202
3. 3. 6. <i>Traducción de la escala al catalán</i>	202
3. 3. 6. 1. <i>Traducción al catalán</i>	203
3. 3. 6. 2. <i>Traducción inversa</i>	204
3. 3. 6. 3. <i>Comité experto</i>	204
3. 3. 6. 4. <i>Prueba de la versión traducida</i>	205
3. 4. <i>Resumen y conclusiones</i>	206
<b>CAPÍTULO 4. VALIDACIÓN MEDIANTE TEORÍA CLÁSICA DE LOS TESTS Y ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO</b>	<b>211</b>
4. 1. <i>Planteamiento inicial</i>	211
4. 2. <i>Objetivos</i>	214
4. 3. <i>Método</i>	215
4. 3. 1. <i>Procedimiento de muestreo</i>	215
4. 3. 2. 1. <i>Muestra de personas mayores (residencias y centros de día)</i>	217
4. 3. 2. 2. <i>Muestra de personas en situación de riesgo de exclusión social</i>	223
4. 3. 2. <i>Participantes</i>	228
4. 3. 2. 1. <i>Características sociodemográficas de los usuarios evaluados</i>	229
a) <i>Distribución por ámbito geográfico en el que se ubica el centro</i>	229
b) <i>Distribución por género</i>	231
c) <i>Distribución por edad</i>	231
d) <i>Distribución por género y grupos de edad</i>	232
e) <i>Distribución por género y edad: toda la muestra</i>	233
f) <i>Distribución por género y edad: personas mayores</i>	233
g) <i>Distribución por género y edad: resto de colectivos</i>	234
h) <i>Distribución por condición o tipo de colectivo</i>	235
i) <i>Distribución por género y condición de la persona evaluada</i>	235
j) <i>Distribución por estado civil</i>	236
k) <i>Distribución por estado civil y género</i>	237
l) <i>Distribución por lugar de residencia</i>	238
m) <i>Distribución por nivel educativo alcanzado</i>	239
n) <i>Distribución por género y nivel educativo alcanzado</i>	240
4. 3. 1. 2. <i>Características sociodemográficas de los profesionales que evaluaron</i>	241
a) <i>Distribución por tiempo que conoce a la persona evaluada</i>	241
b) <i>Distribución por cualificación académica</i>	241



<i>c) Distribución por profesión</i>	242
<i>d) Distribución por género</i>	243
<i>e) Distribución por edad</i>	243
<i>f) Distribución por años de experiencia en atención especializada</i>	243
4. 3. 3. Instrumento	244
4. 3. 4. Procedimiento de aplicación	246
4. 4. Resultados	248
4. 4. 1. Validez	249
4. 4. 1. 1. <i>Evidencias de validez basadas en el contenido de la escala</i>	253
4. 4. 1. 2. <i>Evidencias de validez basadas en la estructura interna</i>	264
<i>a) Preparación de los datos y condiciones previas</i>	265
<i>b) Elección de la matriz para el análisis</i>	279
<i>c) Especificación e identificación de los modelos</i>	279
<i>d) Estimación de los parámetros de los modelos</i>	286
<i>e) Bondad de ajuste de los modelos</i>	292
<i>f) Fiabilidad y validez del modelo de Schalock y Verdugo</i>	294
<i>g) Relaciones entre las variables latentes del modelo de Schalock y Verdugo</i>	295
4. 4. 2. Fiabilidad de la escala	297
4. 4. 2. 1. <i>Consistencia interna</i>	297
4. 4. 2. 2. <i>Error típico de medida</i>	301
4. 4. 3. Fiabilidad de los ítems	304
4. 5. Resumen y conclusiones	315
<b>CAPÍTULO 5. VALIDACIÓN DE LA ESCALA MEDIANTE MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES EXPLORATORIOS MULTIGRUPO Y CALIBRACIÓN MEDIANTE EL MODELO DE RASCH</b>	<b>321</b>
5. 1. Planteamiento inicial	321
5. 1. 1. Introducción a los Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios	323
5. 1. 1. 1. <i>Los Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios multigrupo</i>	324
5. 1. 2. Valoración de la TCT	325
5. 1. 3. Principales diferencias entre la TCT y la TRI	326
5. 1. 4. Introducción a la TRI	328
5. 1. 5. Principales ventajas de los modelos de la TRI en general	332
5. 1. 6. El Modelo de Rasch	332
5. 1. 6. 1. <i>Ventajas del Modelo de Rasch en particular</i>	334
5. 1. 7. El Modelo de Escalas de Clasificación (RSM)	335
5. 2. Objetivos e hipótesis	337

5. 3. Método	338
5. 3. 1. Participantes	338
5. 3. 2. Instrumento	338
5. 3. 3. Procedimiento	338
5. 4. Resultados	338
5. 4. 1. Análisis de la invarianza factorial	338
5. 4. 1. 1. Especificación de los modelos de base y análisis preliminar	339
5. 4. 1. 2. Establecimiento de restricciones	341
5. 4. 2. Análisis con el Modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI)	343
5. 4. 2. 1. Comprobaciones previas	343
5. 4. 2. 2. Dimensionalidad	349
5. 4. 2. 3. Ajuste de los datos al modelo	353
a) Análisis del ajuste global	355
b) Evaluación del ajuste de los ítems	359
5. 4. 2. 4. Índices de fiabilidad y separación	369
5. 4. 2. 5. Calibración de los ítems	370
a) Calibración de los ítems	371
b) Adecuación del nivel de dificultad de los ítems a la muestra	382
c) Adecuación de las categorías de respuesta a la muestra	387
5. 4. 2. 6. Precisión de la medida	390
a) Función de información de los ítems	391
b) Función de información de los tests	396
c) Curvas características de los ítems y de los tests	398
5. 4. 2. 7. Análisis de la invarianza	404
a) Análisis de la invarianza por género	404
b) Análisis de la invarianza por condición	422
5. 5. Resumen y conclusiones	438

## **CAPÍTULO 6. LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES EN CATALUÑA**

<b>6. 1. Planteamiento inicial</b>	<b>447</b>
<b>6. 2. Objetivo general e hipótesis</b>	<b>448</b>
<b>6. 3. Método</b>	<b>450</b>
6. 3. 1. Participantes	450
6. 3. 2. Instrumento	455
6. 3. 3. Procedimiento	455
<b>6. 4. Resultados</b>	<b>456</b>

6. 4. 1. Distribución de las puntuaciones	460
6. 4. 1. 1. Puntuaciones en la escala total	460
6. 4. 1. 2. Puntuaciones en bienestar emocional	462
6. 4. 1. 3. Puntuaciones en relaciones interpersonales	466
6. 4. 1. 4. Puntuaciones en bienestar material	471
6. 4. 1. 5. Puntuaciones en desarrollo personal	475
6. 4. 1. 6. Puntuaciones en bienestar físico	479
6. 4. 1. 7. Puntuaciones en autodeterminación	483
6. 4. 1. 8. Puntuaciones en inclusión social	487
6. 4. 1. 9. Puntuaciones en derechos	491
6. 4. 2. Comparación de puntuaciones en función de variables sociodemográficas	495
6. 4. 2. 1. Comparación de las puntuaciones en función del género	495
6. 4. 2. 2. Comparación de las puntuaciones en función de la edad	496
6. 4. 2. 3. Comparación de las puntuaciones en función del ámbito geográfico	502
6. 4. 2. 4. Comparación de las puntuaciones en función del colectivo	511
6. 4. 2. 5. Puntuaciones obtenidas en la escala en función del estado civil	519
6. 4. 2. 6. Comparación de las puntuaciones en función del lugar de residencia	525
6. 4. 2. 7. Comparación de las puntuaciones en función del nivel educativo	530
6. 4. 3. Relación de las puntuaciones con distintas variables sociodemográficas	536
6. 4. 3. 1. Relación de las puntuaciones con el género	537
6. 4. 3. 2. Relación de las puntuaciones con la edad	539
6. 4. 3. 3. Relación de las puntuaciones con la condición	542
6. 4. 3. 4. Relación de las puntuaciones con el estado civil	545
6. 4. 3. 5. Relación de las puntuaciones con el lugar de residencia	548
6. 4. 3. 6. Relación de las puntuaciones con el nivel educativo	551
<b>CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>577</b>
7. 1. Conclusiones específicas	578
7. 1. 1. Construcción de una escala de calidad de vida	580
7. 1. 1. 1. Construcción de un 'pool' de ítems	581
7. 1. 1. 2. Consulta a jueces expertos	582
7. 1. 1. 3. Grupos de discusión	585
7. 1. 1. 4. Traducción de la escala al catalán	586
7. 1. 2. Validación de la escala gencat mediante TCT y AFC	586
7. 1. 2. 1. Selección de la muestra	587
7. 1. 2. 2. Participantes y procedimiento	588
7. 1. 2. 3. Evidencias de validez basadas en el contenido	588

7. 1. 2. 4. <i>Evidencias de validez basadas en la estructura interna</i>	589
7. 1. 2. 5. <i>Fiabilidad de la escala y las subescalas</i>	591
7. 1. 2. 6. <i>Fiabilidad de los ítems</i>	593
7. 1. 3. Validación de la escala mediante ESEM multigrupo	594
7. 1. 4. Calibración de la Escala GENCAT mediante el Modelo RSM	595
7. 1. 5. La calidad de vida de los usuarios de los servicios sociales en Cataluña	600
7. 2. Conclusiones generales	604
7. 2. 1. Puntos fuertes del estudio	605
7. 2. 2. Limitaciones del estudio	606
7. 2. 3. Líneas futuras de investigación	607
<b>REFERENCIAS</b>	<b>615</b>
<b>APÉNDICE A. <i>Consulta a jueces expertos</i></b>	<b>659</b>
<b>APÉNDICE B. <i>Grupos de discusión</i></b>	<b>667</b>
<b>APÉNDICE C. <i>Escala GENCAT en catalán</i></b>	<b>681</b>
<b>APÉNDICE D. <i>Escala GENCAT en castellano</i></b>	<b>689</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Principios de conceptualización, medición y aplicación de la calidad de vida</i>	50
<i>Tabla 2. Consenso internacional sobre los aspectos esenciales de la calidad de vida</i>	52
<i>Tabla 3. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (autores de referencia)</i>	54
<i>Tabla 4. Criterios que deben cumplir los modelos (Schalock et al., en prensa)</i>	64
<i>Tabla 5. Funciones de los indicadores de calidad (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009)</i>	67
<i>Tabla 6. Criterios de selección de los indicadores (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009)</i>	68
<i>Tabla 7. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003)</i>	74
<i>Tabla 8. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009)</i>	74
<i>Tabla 9. Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio de la Escala INTEGRAL</i>	78
<i>Tabla 10. Índices de ajuste de los modelos del estudio de Wang et al. (en prensa)</i>	84
<i>Tabla 11. Premisas del modelo (Schalock et al., en prensa)</i>	92
<i>Tabla 12. Principios subyacentes a la medición de resultados personales de calidad de vida</i>	108
<i>Tabla 13. Cuestiones para valorar los ítems de un cuestionario (Sommer y Sommer, 1997)</i>	113
<i>Tabla 14. Dimensiones e indicadores de calidad de vida en las personas mayores</i>	135
<i>Tabla 15. Coeficientes de fiabilidad de la ECV (Alcedo et al., 2008)</i>	137
<i>Tabla 16. Coeficientes de fiabilidad de la Escala FUMAT (Verdugo, Gómez y Arias, en prensa)</i>	139
<i>Tabla 17. Marco conceptual de calidad de vida proporcionado a los jueces expertos</i>	157
<i>Tabla 18. Interpretación de los valores de los coeficientes de concordancia <math>B^{w_n}</math></i>	158
<i>Tabla 19. Coeficientes de concordancia de bienestar emocional</i>	160
<i>Tabla 20. Coeficientes de concordancia de relaciones interpersonales</i>	160
<i>Tabla 21. Coeficientes de concordancia de bienestar material</i>	160
<i>Tabla 22. Coeficientes de concordancia de desarrollo personal</i>	160
<i>Tabla 23. Coeficientes de concordancia de bienestar físico</i>	161
<i>Tabla 24. Coeficientes de concordancia de autodeterminación</i>	161
<i>Tabla 25. Coeficientes de concordancia de inclusión social</i>	161
<i>Tabla 26. Coeficientes de concordancia de derechos</i>	161
<i>Tabla 27. Ítems con diferencias significativas entre los jueces</i>	188
<i>Tabla 28. Diferencias significativas entre jueces</i>	188
<i>Tabla 29. Ítems eliminados según los promedios y dispersiones de los ítems</i>	191
<i>Tabla 30. Número de ítems seleccionados según los promedios y dispersiones de los ítems</i>	191
<i>Tabla 31. Ítems de la dimensión bienestar emocional de la escala inicial</i>	195
<i>Tabla 32. Ítems de la dimensión relaciones interpersonales de la escala inicial</i>	195
<i>Tabla 33. Ítems de la dimensión bienestar material de la escala inicial</i>	196
<i>Tabla 34. Ítems de la dimensión desarrollo personal de la escala inicial</i>	196
<i>Tabla 35. Ítems de la dimensión bienestar físico de la escala inicial</i>	196
<i>Tabla 36. Ítems de la dimensión autodeterminación de la escala inicial</i>	197
<i>Tabla 37. Ítems de la dimensión inclusión social de la escala inicial</i>	197

<i>Tabla 38. Ítems de la dimensión derechos de la escala inicial</i>	197
<i>Tabla 39. Ítems propuestos por grupos focales y seleccionados para la versión piloto</i>	201
<i>Tabla 40. Población total de personas mayores en residencias y centros de día por ámbitos geográficos</i>	217
<i>Tabla 41. Tipo de muestreo y reparto de la muestra por ámbitos geográficos (personas mayores)</i>	219
<i>Tabla 42. Reparto de las unidades muestrales por ámbitos geográficos (personas mayores)</i>	219
<i>Tabla 43. Número de unidades muestrales para residencias por comarcas y ámbitos geográficos</i>	220
<i>Tabla 44. Número de unidades muestrales para centros de día por comarcas y ámbitos geográficos</i>	221
<i>Tabla 45. Reparto de la muestra por ámbitos geográficos y errores de muestreo observados</i>	223
<i>Tabla 46. Población de personas con discapacidad física, discapacidad intelectual y enfermedad mental</i>	224
<i>Tabla 47. Tipo de muestreo y reparto de la muestra por ámbitos geográficos</i>	224
<i>Tabla 48. Errores muestrales observados para las personas en situación de riesgo de exclusión social</i>	224
<i>Tabla 49. Ámbito geográfico en el que se ubican los centros y los participantes</i>	230
<i>Tabla 50. Distribución por género y grupos de edad</i>	232
<i>Tabla 51. Descriptivos de la distribución por género y edad</i>	233
<i>Tabla 52. Descriptivos de la distribución por género y edad (personas mayores)</i>	234
<i>Tabla 53. Descriptivos de la distribución por género y edad (resto de colectivos)</i>	234
<i>Tabla 54. Distribución por la condición de la persona evaluada</i>	235
<i>Tabla 55. Distribución por género y condición de la persona evaluada</i>	236
<i>Tabla 56. Distribución por estado civil</i>	237
<i>Tabla 57. Distribución por estado civil y género de los participantes</i>	237
<i>Tabla 58. Distribución por lugar de residencia</i>	238
<i>Tabla 59. Distribución por nivel educativo alcanzado</i>	239
<i>Tabla 60. Distribución por nivel educativo alcanzado y género</i>	240
<i>Tabla 61. Distribución por tiempo que conoce al usuario</i>	241
<i>Tabla 62. Distribución por cualificación académica</i>	242
<i>Tabla 63. Distribución por profesión</i>	242
<i>Tabla 64. Descriptivos de la distribución por edad del profesional</i>	243
<i>Tabla 65. Distribución por años de experiencia en atención especializada</i>	244
<i>Tabla 66. Concepción de validez (Hair et al., 2006)</i>	250
<i>Tabla 67. Nueva concepción de validez (adaptado de Martínez-Arias et al., 2006)</i>	251
<i>Tabla 68. Poder discriminativo de los ítems de bienestar emocional (Kruskal-Wallis)</i>	254
<i>Tabla 69. Poder discriminativo de los ítems de relaciones interpersonales (Kruskal-Wallis)</i>	256
<i>Tabla 70. Poder discriminativo de los ítems de bienestar material (Kruskal-Wallis)</i>	257
<i>Tabla 71. Poder discriminativo de los ítems de desarrollo personal (Kruskal-Wallis)</i>	257
<i>Tabla 72. Poder discriminativo de los ítems de bienestar físico (Kruskal-Wallis)</i>	258
<i>Tabla 73. Poder discriminativo de los ítems de autodeterminación (Kruskal-Wallis)</i>	259
<i>Tabla 74. Poder discriminativo de los ítems de inclusión social (Kruskal-Wallis)</i>	260
<i>Tabla 75. Poder discriminativo de los ítems de derechos (Kruskal-Wallis)</i>	261
<i>Tabla 76. Poder discriminativo de los ítems de la Escala GENCAT (Kruskal-Wallis)</i>	263

<i>Tabla 77. Contrastes univariantes de normalidad para las variables</i>	267
<i>Tabla 78. Prueba de normalidad univariada (Kolmorov-Sminorv)</i>	267
<i>Tabla 79. Contraste multivariante de normalidad</i>	270
<i>Tabla 80. Distancias de mahalanobis al cuadrado</i>	271
<i>Tabla 81. Coeficientes de correlación entre las dimensiones</i>	274
<i>Tabla 82. Pruebas de unidimensionalidad de los 'parcels'</i>	278
<i>Tabla 83. Modelos sometidos a prueba mediante AFC</i>	280
<i>Tabla 84. Cargas factoriales (<math>\lambda</math>), errores de predicción (<math>\theta</math>) y coeficientes de determinación (<math>r^2</math>) del modelo 2</i>	288
<i>Tabla 85. Índices de ajuste de los distintos modelos</i>	292
<i>Tabla 86. Fiabilidad compuesta (<math>\rho_c</math>) y varianza media extractada (<math>\rho_v</math>)</i>	294
<i>Tabla 87. Coeficientes de correlación entre las variables latentes del modelo</i>	295
<i>Tabla 88. Coeficientes de consistencia interna para la muestra total</i>	298
<i>Tabla 89. Coeficientes de consistencia interna para los subgrupos</i>	299
<i>Tabla 90. Errores típicos de medida</i>	302
<i>Tabla 91. Tipos de índices de los ítems (Crocker y Algina, 1986)</i>	304
<i>Tabla 92. Estadísticos de los ítems de la Escala GENCAT</i>	306
<i>Tabla 93. Estadísticos de los ítems de la dimensión bienestar emocional</i>	308
<i>Tabla 94. Estadísticos de los ítems de la dimensión relaciones interpersonales</i>	308
<i>Tabla 95. Estadísticos de los ítems de la dimensión bienestar material</i>	308
<i>Tabla 96. Estadísticos de los ítems de la dimensión desarrollo personal</i>	309
<i>Tabla 97. Estadísticos de los ítems de la dimensión bienestar físico</i>	309
<i>Tabla 98. Estadísticos de los ítems de la dimensión autodeterminación</i>	309
<i>Tabla 99. Estadísticos de los ítems de la dimensión inclusión social</i>	310
<i>Tabla 100. Estadísticos de los ítems de la dimensión derechos</i>	310
<i>Tabla 101. Reglas de la medida en TCT y TRI</i>	327
<i>Tabla 102. Principales diferencias entre la TCT y la TRI (Martínez-Arias et al., 2006)</i>	327
<i>Tabla 103. Modelos TRI</i>	331
<i>Tabla 104. Índices de ajuste del modelo 2 en personas mayores y en personas en desventaja social (ESEM)</i>	340
<i>Tabla 105. Índices de ajuste del análisis de invarianza multigrupo sin restricciones</i>	342
<i>Tabla 106. Varianza residual estandarizada en unidades 'eigenvalues'</i>	349
<i>Tabla 107. Características de los índices de ajuste infit y outfit (modificado a partir de Linacre, 2009)</i>	355
<i>Tabla 108. Ajuste global para las personas</i>	356
<i>Tabla 109. Ajuste global para los ítems</i>	357
<i>Tabla 110. Ajuste de los ítems</i>	361
<i>Tabla 111. Índices de separación de ítems y personas</i>	370
<i>Tabla 112. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en bienestar emocional</i>	407
<i>Tabla 113. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en relaciones interpersonales</i>	409
<i>Tabla 114. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en bienestar material</i>	411
<i>Tabla 115. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en desarrollo personal</i>	413

<i>Tabla 116. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en bienestar físico</i>	415
<i>Tabla 117. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en autodeterminación</i>	417
<i>Tabla 118. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en inclusión social</i>	419
<i>Tabla 119. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en derechos</i>	421
<i>Tabla 120. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en bienestar emocional</i>	423
<i>Tabla 121. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en relaciones interpersonales</i>	425
<i>Tabla 122. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en bienestar material</i>	427
<i>Tabla 123. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en desarrollo personal</i>	429
<i>Tabla 124. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en bienestar físico</i>	431
<i>Tabla 125. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en autodeterminación</i>	433
<i>Tabla 126. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en inclusión social</i>	435
<i>Tabla 127. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en derechos</i>	437
<i>Tabla 128. Resumen de frecuencias de los participantes por condición, ámbito y género</i>	450
<i>Tabla 129. Resumen de frecuencias de los participantes por condición, ámbito y género (cont.)</i>	451
<i>Tabla 130. Tabla de Burt para las variables condición, género, estado civil y residencia</i>	452
<i>Tabla 131. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones de la Escala GENCAT</i>	456
<i>Tabla 132. Prueba de normalidad univariada (Kolmorov-Sminorov)</i>	457
<i>Tabla 133. Contraste multivariante de normalidad</i>	458
<i>Tabla 134. Distancias de Mahalanobis al cuadrado</i>	458
<i>Tabla 135. Valores extremos en las puntuaciones de la Escala GENCAT</i>	459
<i>Tabla 136. Distribución de las respuestas en bienestar emocional</i>	464
<i>Tabla 137. Correlaciones policóricas entre los ítems de bienestar emocional</i>	465
<i>Tabla 138. Distribución de las respuestas en relaciones interpersonales</i>	469
<i>Tabla 139. Correlaciones policóricas entre los ítems de relaciones interpersonales</i>	469
<i>Tabla 140. Distribución de las respuestas en bienestar material</i>	473
<i>Tabla 141. Correlaciones policóricas entre los ítems de bienestar material</i>	474
<i>Tabla 142. Distribución de las respuestas en desarrollo personal</i>	477
<i>Tabla 143. Correlaciones policóricas entre los ítems de desarrollo personal</i>	478
<i>Tabla 144. Distribución de las respuestas en bienestar físico</i>	481
<i>Tabla 145. Correlaciones policóricas entre los ítems de bienestar físico</i>	482
<i>Tabla 146. Distribución de las respuestas en autodeterminación</i>	485
<i>Tabla 147. Correlaciones policóricas entre los ítems de autodeterminación</i>	485
<i>Tabla 148. Distribución de las respuestas en inclusión social</i>	489
<i>Tabla 149. Correlaciones policóricas entre los ítems de inclusión social</i>	490
<i>Tabla 150. Distribución de las respuestas en derechos</i>	493
<i>Tabla 151. Correlaciones policóricas entre los ítems de derechos</i>	493
<i>Tabla 152. Puntuación en las dimensiones por edad (ANOVA)</i>	498
<i>Tabla 153. Puntuación en las dimensiones por ámbito geográfico (ANOVA)</i>	504
<i>Tabla 154. Puntuación en las dimensiones por condición (ANOVA)</i>	513



<i>Tabla 155. Puntuación en las dimensiones por estado civil (ANOVA)</i>	521
<i>Tabla 156. Puntuación en las dimensiones por residencia (ANOVA)</i>	527
<i>Tabla 157. Puntuación en las dimensiones por nivel educativo (ANOVA)</i>	533
<i>Tabla 158. Matriz de estructura y de clasificación de la Escala GENCAT en función de la escala total</i>	557
<i>Tabla 159. Prueba de box sobre la igualdad de las matrices de covarianza</i>	558
<i>Tabla 160. Resumen de las funciones canónicas de las dimensiones</i>	559
<i>Tabla 161. Matriz de estructura para los ítems de bienestar emocional</i>	559
<i>Tabla 162. Matriz de estructura para los ítems de relaciones interpersonales</i>	560
<i>Tabla 163. Matriz de estructura para los ítems de bienestar material</i>	560
<i>Tabla 164. Matriz de estructura para los ítems de desarrollo personal</i>	560
<i>Tabla 165. Matriz de estructura para los ítems de bienestar físico</i>	561
<i>Tabla 166. Matriz de estructura para los ítems de autodeterminación</i>	561
<i>Tabla 167. Matriz de estructura para los ítems de inclusión social</i>	561
<i>Tabla 168. Matriz de estructura para los ítems de derechos</i>	562
<i>Tabla 169. Matriz de clasificación de las dimensiones en función de la puntuación total</i>	564
<i>Tabla 170. Resumen del contraste de fiabilidad de las dimensiones por colectivos</i>	592
<i>Tabla 171. Ítems más fáciles y más difíciles según la TCT</i>	594
<i>Tabla 172. Ítems con ajuste más cuestionable al Modelo RSM</i>	595
<i>Tabla 173. Resumen de ítems menor precisión según el Modelo RSM</i>	596
<i>Tabla 174. Ítems más fáciles y más difíciles según el Modelo RSM</i>	597
<i>Tabla 175. Resumen de diferencias significativas por variables sociodemográficas</i>	602

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Modelo comprensivo de calidad de vida (Cummins, 2000)</i>	56
<i>Figura 2. Modelo de calidad de vida subjetiva (Cummins, 2000)</i>	57
<i>Figura 3. Modelo calidad de vida de Felce y Perry (1995)</i>	58
<i>Figura 4. Componentes del modelo heurístico de Schalock y Verdugo (2002/2003)</i>	65
<i>Figura 5. Estructura del modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003)</i>	66
<i>Figura 6. Dimensiones del modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003)</i>	66
<i>Figura 7. Niveles de aplicación del modelo</i>	69
<i>Figura 8. Evaluación en los sistemas</i>	70
<i>Figura 9. Análisis factorial confirmatorio de la Escala INTEGRAL</i>	77
<i>Figura 10. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Elorriaga et al., 2000)</i>	79
<i>Figura 11. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009)</i>	79
<i>Figura 12. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Schalock, 2000)</i>	80
<i>Figura 13. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Schalock, 2004)</i>	80
<i>Figura 14. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Aznar y Castañón, 2005)</i>	81
<i>Figura 15. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Chou et al., 2007; Chou y Schalock, 2009)</i>	81
<i>Figura 16. Organización jerárquica de Bonham et al. (2003, 2004)</i>	82
<i>Figura 17. Organización jerárquica de Schalock et al. (2005)</i>	83
<i>Figura 18. Organización jerárquica de Jenaro et al. (2005)</i>	83
<i>Figura 19. MDS. Solución bidimensional (Martín, 2006)</i>	86
<i>Figura 20. Proyección de los ítems de la Escala INTEGRAL sobre un SOM en 2D (Martín, 2006)</i>	86
<i>Figura 21. Proyección de los ítems de la Escala INTEGRAL sobre un SOM en 3D (Martín, 2006)</i>	87
<i>Figura 22. Proyección de los ítems de la Escala INTEGRAL en un GTM (Martín, 2006)</i>	87
<i>Figura 23. Organización jerárquica de Martín (2006)</i>	88
<i>Figura 24. Modelo operativo de calidad de vida (Schalock et al., en prensa)</i>	89
<i>Figura 25. Modelos de moderación y mediación</i>	90
<i>Figura 26. Aplicaciones del modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003)</i>	92
<i>Figura 27. Técnicas de evaluación de la calidad de vida en los sistemas</i>	112
<i>Figura 28. Resumen de la parte empírica: objetivos y método de los cuatro estudios</i>	146
<i>Figura 29. Banco de ítems e indicadores seleccionados por el equipo de investigación</i>	153
<i>Figura 30. Distribución de los jueces expertos por colectivo</i>	155
<i>Figura 31. Distribución de los jueces expertos por comunidades autónomas</i>	155
<i>Figura 32. Distribución de los jueces expertos por ocupación</i>	156
<i>Figura 33. Histogramas de los coeficientes <math>B_n</math> y <math>B^{w_n}</math> de acuerdo entre los jueces para idoneidad, importancia y observabilidad</i>	159

<i>Figura 34. Figuras de acuerdo entre jueces en idoneidad (Bangdiwala, 1987)</i>	163
<i>Figura 35. Figuras de acuerdo entre jueces en importancia (Bangdiwala, 1987)</i>	164
<i>Figura 36. Figuras de acuerdo entre jueces en observabilidad (Bangdiwala, 1987)</i>	165
<i>Figura 37. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión bienestar emocional</i>	170
<i>Figura 38. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión relaciones interpersonales</i>	170
<i>Figura 39. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión bienestar material</i>	171
<i>Figura 40. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión desarrollo personal</i>	171
<i>Figura 41. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión bienestar físico</i>	172
<i>Figura 42. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión autodeterminación</i>	172
<i>Figura 43. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión inclusión social</i>	173
<i>Figura 44. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión derechos</i>	173
<i>Figura 45. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para el conjunto de jueces en las ocho dimensiones</i>	175
<i>Figura 46. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en discapacidad intelectual en las ocho dimensiones</i>	176
<i>Figura 47. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en discapacidad sensorial en las ocho dimensiones</i>	176
<i>Figura 48. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en discapacidad física en las ocho dimensiones</i>	178
<i>Figura 49. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en drogodependencias en las ocho dimensiones</i>	178
<i>Figura 50. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en VIH/SIDA en las ocho dimensiones</i>	179
<i>Figura 51. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en salud mental en las ocho dimensiones</i>	181
<i>Figura 52. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en personas mayores en las ocho dimensiones para idoneidad, importancia y observabilidad</i>	181
<i>Figura 53. Medias de los <math>B^{w_n}</math> para idoneidad, importancia y observabilidad por grupos</i>	182

Figura 54. Correlogramas entre las valoraciones de los jueces en idoneidad, importancia y observabilidad por dimensiones	183
Figura 55. Rangos de las calificaciones de los jueces en idoneidad según especialidad	185
Figura 56. Rangos de las calificaciones de los jueces en importancia según especialidad	186
Figura 57. Rangos de las calificaciones de los jueces en observabilidad según especialidad	187
Figura 58. Puntuaciones promedio de los jueces a los ítems por ítems	190
Figura 59. Ítems e indicadores nuevos propuestos por los jueces	194
Figura 60. Distribución de los participantes en los grupos de discusión	199
Figura 61. Proceso de traducción de la Escala GENCAT	203
Figura 62. Resumen del proceso de desarrollo de la Escala GENCAT	206
Figura 63. Resumen del proceso de selección de la muestra	226
Figura 64. Ámbito geográfico en el que se ubican los centros	230
Figura 65. Comparación de proporciones de centros y usuarios por ámbito geográfico (residuos estandarizados de Pearson)	231
Figura 66. Pirámide de frecuencias por tramos de edad en función del género	232
Figura 67. Distribución por condición	235
Figura 68. Pirámide de frecuencias por condición en función del género	236
Figura 69. Distribución por estado civil	237
Figura 70. Pirámide de frecuencias por estado civil en función del género	238
Figura 71. Pirámide de frecuencias por lugar de residencia	238
Figura 72. Pirámide de frecuencias por nivel educativo alcanzado	239
Figura 73. Pirámide de frecuencias por nivel educativo alcanzado en función del género	240
Figura 74. Pirámide de frecuencias del tiempo de relación con la persona evaluada	241
Figura 75. Pirámide de frecuencias de las profesiones	243
Figura 76. Pirámide de frecuencia de los años de experiencia en atención especializada	244
Figura 77. Clasificación clásica de los tipos de validez	249
Figura 78. Evidencias de validez aportadas para la Escala GENCAT	252
Figura 79. Resumen y localización de las evidencias de la validez basadas en el contenido	253
Figura 80. Rangos promedio de los ítems de bienestar emocional (poder discriminativo)	254
Figura 81. Rangos promedio de los ítems de relaciones interpersonales (poder discriminativo)	255
Figura 82. Rangos promedio de los ítems de bienestar físico (poder discriminativo)	258
Figura 83. Rangos promedio de los ítems de autodeterminación (poder discriminativo)	259
Figura 84. Rangos promedio de los ítems de inclusión social (poder discriminativo)	260
Figura 85. Rangos promedio de los ítems de derechos (poder discriminativo)	261
Figura 86. Rangos promedio de los ítems de la escala gencat (poder discriminativo)	262
Figura 87. Diagrama de flujo con los pasos seguidos en el AFC	264
Figura 88. Dispersigramas apilados de los 'parcels' de las dimensiones	268

<i>Figura 89. Gráficos q-q de probabilidad normal (Shapiro-Wilk)</i>	269
<i>Figura 90. Diagramas de caja para de los 'parcels' de las dimensiones</i>	270
<i>Figura 91. Detección de outliers multivariados</i>	271
<i>Figura 92. Gráficos de dispersión matricial de los 'parcels' en cada dimensión</i>	272
<i>Figura 93. Matriz de correlaciones entre las dimensiones</i>	275
<i>Figura 94. Especificación e identificación del modelo 1 (unidimensional)</i>	281
<i>Figura 95. Especificación e identificación del modelo 2 (Schalock y Verdugo, 2002/2003)</i>	282
<i>Figura 96. Especificación e identificación del modelo 3 (modelo de Wang et al., en prensa)</i>	283
<i>Figura 97. Especificación e identificación del modelo 4 (modelo de Salamanca)</i>	284
<i>Figura 98. Especificación e identificación del modelo 5 (modelo de Schalock)</i>	285
<i>Figura 99. Parámetros estandarizados del modelo 1 (unidimensional)</i>	287
<i>Figura 100. Parámetros estandarizados del modelo 2 (Schalock y Verdugo, 2002/2003)</i>	288
<i>Figura 101. Parámetros estandarizados del modelo 3 (Wang et al., en prensa)</i>	289
<i>Figura 102. Parámetros estandarizados del modelo 4 (modelo de Salamanca)</i>	290
<i>Figura 103. Parámetros estandarizados del modelo 5 (modelo de Schalock)</i>	291
<i>Figura 104. Relación entre los coeficientes de consistencia interna obtenidos para la muestra total</i>	298
<i>Figura 105. Comparación de los coeficientes de consistencia interna obtenidos para la muestra total con los obtenidos para los subgrupos</i>	300
<i>Figura 106. Relación entre los coeficientes de consistencia interna obtenidos para los subgrupos</i>	300
<i>Figura 107. Comparación de ETM y DT</i>	302
<i>Figura 108. Magnitudes del ETM con respecto a las DTs</i>	303
<i>Figura 109. Índices de fiabilidad de los ítems de la Escala GENCAT</i>	307
<i>Figura 110. Índices de dificultad de los ítems de la Escala GENCAT</i>	307
<i>Figura 111. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión bienestar emocional</i>	310
<i>Figura 112. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión relaciones interpersonales</i>	311
<i>Figura 113. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión bienestar material</i>	311
<i>Figura 114. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión desarrollo personal</i>	311
<i>Figura 115. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión bienestar físico</i>	311
<i>Figura 116. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión autodeterminación</i>	312
<i>Figura 117. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión inclusión social</i>	312
<i>Figura 118. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión derechos</i>	312
<i>Figura 119. Modelo de la TRI</i>	328
<i>Figura 120. Modelo para personas mayores y personas en desventaja social</i>	340
<i>Figura 121. Correlaciones punto-biserials</i>	344
<i>Figura 122. Medidas promedio observadas de las dimensiones</i>	345
<i>Figura 123. Frecuencias observadas de cada categoría de respuesta en las dimensiones</i>	346
<i>Figura 124. Progresión de las medias (logits) de cada categoría de respuesta en las dimensiones</i>	346

<i>Figura 125. Varianza explicada por las medidas en las dimensiones</i>	347
<i>Figura 126. Rango de valores infit MNSQ y outfit MNSQ en las dimensiones</i>	348
<i>Figura 127. Gráficos de componentes de la varianza residual estandarizada</i>	350
<i>Figura 128. Gráfico de sedimentación de los residuos estandarizados (contraste 1)</i>	352
<i>Figura 129. Distribución de los ítems de bienestar emocional en función del valor infit MNSQ</i>	364
<i>Figura 130. Distribución de los ítems de relaciones interpersonales en función del valor infit MNSQ</i>	364
<i>Figura 131. Distribución de los ítems de bienestar material en función del valor infit MNSQ</i>	365
<i>Figura 132. Distribución de los ítems de desarrollo personal en función del valor infit MNSQ</i>	365
<i>Figura 133. Distribución de los ítems de bienestar físico en función del valor infit MNSQ</i>	366
<i>Figura 134. Distribución de los ítems de autodeterminación en función del valor infit MNSQ</i>	366
<i>Figura 135. Distribución de los ítems de inclusión social en función del valor infit MNSQ</i>	367
<i>Figura 136. Distribución de los ítems de derechos en función del valor infit MNSQ</i>	367
<i>Figura 137. Comparación de los índices de fiabilidad de ítems y personas observados y esperados</i>	370
<i>Figura 138. Mapa de ítems de bienestar emocional</i>	374
<i>Figura 139. Gradiente de dificultad de los ítems de bienestar emocional</i>	374
<i>Figura 140. Mapa de ítems de relaciones interpersonales</i>	375
<i>Figura 141. Gradiente de dificultad de los ítems de relaciones interpersonales</i>	375
<i>Figura 142. Mapa de ítems de bienestar material</i>	376
<i>Figura 143. Gradiente de dificultad de los ítems de bienestar material</i>	376
<i>Figura 144. Mapa de ítems de desarrollo personal</i>	377
<i>Figura 145. Gradiente de dificultad de los ítems de desarrollo personal</i>	377
<i>Figura 146. Mapa de ítems de bienestar físico</i>	378
<i>Figura 147. Gradiente de dificultad de los ítems de bienestar físico</i>	378
<i>Figura 148. Mapa de ítems de autodeterminación</i>	379
<i>Figura 149. Gradiente de dificultad de los ítems de autodeterminación</i>	379
<i>Figura 150. Mapa de ítems de inclusión social</i>	380
<i>Figura 151. Gradiente de dificultad de los ítems inclusión social</i>	380
<i>Figura 152. Mapa de ítems de derechos</i>	381
<i>Figura 153. Gradiente de dificultad de los ítems de derechos</i>	381
<i>Figura 154. Mapa de ítems y de personas (bienestar emocional, relaciones interpers. y bienestar material)</i>	383
<i>Figura 155. Mapa de ítems y de personas (desarrollo personal, bienestar físico y autodeterminación)</i>	384
<i>Figura 156. Mapa de ítems y de personas (inclusión social y derechos)</i>	385
<i>Figura 157. Mapa de ítems y de personas</i>	386
<i>Figura 158. Curvas características de las categorías de respuesta</i>	388
<i>Figura 159. Curvas de información de las categorías</i>	389
<i>Figura 160. Función de información de los ítems de bienestar emocional</i>	391
<i>Figura 161. Función de información de los ítems de relaciones interpersonales</i>	392

<i>Figura 162. Función de información de los ítems de bienestar material</i>	392
<i>Figura 163. Función de información de los ítems de desarrollo personal</i>	393
<i>Figura 164. Función de información de los ítems de bienestar físico</i>	393
<i>Figura 165. Función de información de los ítems de autodeterminación</i>	394
<i>Figura 166. Función de información de los ítems de inclusión social</i>	394
<i>Figura 167. Función de información de los ítems de derechos</i>	395
<i>Figura 168. Función de información de los tests</i>	397
<i>Figura 169. Curvas características de los ítems de bienestar emocional</i>	399
<i>Figura 170. Curvas características de los ítems de relaciones interpersonales</i>	399
<i>Figura 171. Curvas características de los ítems de bienestar material</i>	400
<i>Figura 172. Curvas características de los ítems de desarrollo personal</i>	400
<i>Figura 173. Curvas características de los ítems de bienestar físico</i>	401
<i>Figura 174. Curvas características de los ítems de autodeterminación</i>	401
<i>Figura 175. Curvas características de los ítems de inclusión social</i>	402
<i>Figura 176. Curvas características de los ítems de derechos</i>	402
<i>Figura 177. Curvas características de los tests</i>	403
<i>Figura 178. Invarianza por género en bienestar emocional</i>	406
<i>Figura 179. Valores DIF por género en bienestar emocional</i>	407
<i>Figura 180. Invarianza por género en relaciones interpersonales</i>	408
<i>Figura 181. Valores DIF por género en relaciones interpersonales</i>	409
<i>Figura 182. Invarianza por género en bienestar material</i>	410
<i>Figura 183. Valores DIF por género en bienestar material</i>	411
<i>Figura 184. Invarianza por género en desarrollo personal</i>	412
<i>Figura 185. Valores DIF por género en desarrollo personal</i>	413
<i>Figura 186. Invarianza por género en bienestar físico</i>	414
<i>Figura 187. Valores DIF por género en bienestar físico</i>	415
<i>Figura 188. Invarianza por género en autodeterminación</i>	416
<i>Figura 189. Valores DIF por género en autodeterminación</i>	417
<i>Figura 190. Invarianza por género en inclusión social</i>	418
<i>Figura 191. Valores DIF por género en inclusión social</i>	419
<i>Figura 192. Invarianza por género en derechos</i>	420
<i>Figura 193. Valores DIF por género en derechos</i>	421
<i>Figura 194. Invarianza por condición en bienestar emocional</i>	422
<i>Figura 195. Valores DIF por género en relaciones interpersonales</i>	423
<i>Figura 196. Invarianza por condición en relaciones interpersonales</i>	424
<i>Figura 197. Valores DIF por género en relaciones interpersonales</i>	425
<i>Figura 198. Invarianza por condición en bienestar material</i>	426

<i>Figura 199. Valores DIF por condición en bienestar material</i>	427
<i>Figura 200. Invarianza por condición en desarrollo personal</i>	428
<i>Figura 201. Valores DIF por condición en desarrollo personal</i>	429
<i>Figura 202. Invarianza por condición en bienestar físico</i>	430
<i>Figura 203. Valores DIF por condición en bienestar físico</i>	431
<i>Figura 204. Invarianza por condición en autodeterminación</i>	432
<i>Figura 205. Valores DIF por condición en autodeterminación</i>	433
<i>Figura 206. Invarianza por condición en inclusión social</i>	434
<i>Figura 207. Valores DIF por condición en inclusión social</i>	435
<i>Figura 208. Invarianza por condición en derechos</i>	436
<i>Figura 209. Valores DIF por condición en derechos</i>	437
<i>Figura 210. Frecuencias de participantes por condición, ámbito y género</i>	453
<i>Figura 211. Frecuencias de participantes por condición, edad y género</i>	453
<i>Figura 212. Frecuencias de participantes por género, residencia y estado civil</i>	454
<i>Figura 213. Frecuencias de participantes por género, nivel educativo y residencia</i>	454
<i>Figura 214. Gráficos de probabilidad normal de las puntuaciones de la Escala GENCAT</i>	457
<i>Figura 215. Diagrama de caja de la puntuación total y de las dimensiones</i>	459
<i>Figura 216. Gráfico de distancias ordenadas al cuadrado</i>	459
<i>Figura 217. Distribuciones de la puntuación total (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)</i>	461
<i>Figura 218. Distribuciones de bienestar emocional (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)</i>	463
<i>Figura 219. Porcentajes válidos de respuesta en bienestar emocional</i>	464
<i>Figura 220. Correlograma de los ítems de bienestar emocional</i>	465
<i>Figura 221. Distribuciones de relaciones interpersonales (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)</i>	467
<i>Figura 222. Porcentajes válidos de respuesta en relaciones interpersonales</i>	468
<i>Figura 223. Correlograma de los ítems de relaciones interpersonales</i>	469
<i>Figura 224. Distribuciones de bienestar material (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)</i>	472
<i>Figura 225. Porcentajes válidos de respuesta en bienestar material</i>	473
<i>Figura 226. Correlograma de los ítems de bienestar material</i>	474
<i>Figura 227. Distribuciones de bienestar material (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)</i>	476
<i>Figura 228. Porcentajes válidos de respuesta en desarrollo personal</i>	477
<i>Figura 229. Correlograma de los ítems de desarrollo personal</i>	478



<i>Figura 230. Distribuciones de bienestar físico (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)</i>	480
<i>Figura 231. Porcentajes válidos de respuesta en bienestar físico</i>	481
<i>Figura 232. Correlograma de los ítems de bienestar físico</i>	482
<i>Figura 233. Distribuciones de autodeterminación (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)</i>	484
<i>Figura 234. Porcentajes válidos de respuesta en autodeterminación</i>	485
<i>Figura 235. Correlograma de los ítems de autodeterminación</i>	486
<i>Figura 236. Distribuciones de inclusión social (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)</i>	488
<i>Figura 237. Porcentajes válidos de respuesta en inclusión social</i>	489
<i>Figura 238. Correlograma de los ítems de inclusión social</i>	490
<i>Figura 239. Distribuciones de derechos (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)</i>	492
<i>Figura 240. Porcentajes válidos de respuesta en derechos</i>	493
<i>Figura 241. Correlograma de los ítems de derechos</i>	494
<i>Figura 242. Diferencias en función del género: puntuación total y dimensiones</i>	495
<i>Figura 243. Diferencias en función de la edad: puntuación total</i>	497
<i>Figura 244. Gráficos de comparaciones post-hoc por edad: todas las dimensiones</i>	500
<i>Figura 245. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del grupo de edad</i>	501
<i>Figura 246. Diferencias en función del ámbito geográfico: puntuación total</i>	503
<i>Figura 247. Gráficos de comparaciones post-hoc por ámbito geográfico: bienestar emocional, relaciones interpersonales y desarrollo personal</i>	505
<i>Figura 248. Mapa de comparaciones post-hoc por ámbito geográfico: bienestar emocional, relaciones interpersonales y desarrollo personal</i>	506
<i>Figura 249. Gráficos de comparaciones post-hoc por ámbito geográfico: bienestar material, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos</i>	508
<i>Figura 250. Mapa de comparaciones post-hoc por ámbito geográfico: bienestar material, bienestar físico, autodeterminación, derechos e inclusión social</i>	509
<i>Figura 251. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del grupo de edad</i>	510
<i>Figura 252. Diferencias en función de la condición: puntuación total</i>	512
<i>Figura 253. Comparaciones post-hoc por condición: todas las dimensiones</i>	515
<i>Figura 254. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del colectivo</i>	518
<i>Figura 255. Diferencias en función del estado civil: puntuación total</i>	519
<i>Figura 256. Comparaciones post-hoc por estado civil: todas las dimensiones</i>	522
<i>Figura 257. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del colectivo</i>	524
<i>Figura 258. Diferencias en función del lugar de residencia: puntuación total</i>	526

<i>Figura 259. Comparaciones post-hoc por lugar de residencia: todas las dimensiones</i>	528
<i>Figura 260. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del colectivo</i>	530
<i>Figura 261. Diferencias en función del nivel educativo: puntuación total</i>	531
<i>Figura 262. Comparaciones post-hoc por nivel educativo: todas las dimensiones</i>	534
<i>Figura 263. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del colectivo</i>	535
<i>Figura 264. Relación entre las puntuaciones y el género (residuos estandarizados de Pearson)</i>	538
<i>Figura 265. Relación entre las puntuaciones y la edad (residuos estandarizados de Pearson)</i>	541
<i>Figura 266. Relación entre las puntuaciones y la condición (residuos estandarizados de Pearson)</i>	544
<i>Figura 267. Relación entre las puntuaciones y el estado civil (residuos estandarizados de Pearson)</i>	547
<i>Figura 268. Relación entre las puntuaciones y la residencia (residuos estandarizados de Pearson)</i>	550
<i>Figura 269. Relación entre las puntuaciones y el nivel educativo (residuos estandarizados de Pearson)</i>	553
<i>Figura 270. Medias en la Escala GENCAT en función de la puntuación total e histograma de puntuaciones canónicas de todos los grupos combinados</i>	556
<i>Figura 271. Porcentaje de casos correctamente clasificados por las dimensiones</i>	564
<i>Figura 272. Diagramas de dispersión de las puntuaciones canónicas de los tres grupos (en función de la puntuación total de calidad de vida) en las dimensiones</i>	565
<i>Figura 273. Resumen de acuerdo y puntuaciones de los jueces por grupos</i>	584

## RECONOCIMIENTOS

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración, los esfuerzos, el apoyo y la confianza de muchas personas, a las que quiero expresar mi más sincero agradecimiento.

Al Dr. **Miguel Ángel Verdugo**, que me abrió las puertas al mundo de la investigación y la discapacidad, cuando tan sólo era una estudiante de licenciatura que tenía claro que no quería dedicarse a la docencia ni le gustaba el ámbito de la discapacidad. Gracias por confiar en mí desde el principio, por dejarme y seguir permitiéndome aprender a su lado, por enseñarme (quizás sin darse cuenta) que cualquier tema es apasionante cuando empiezas a saber algo sobre ello y, sobre todo, por demostrarme tantas y tantas veces que los 'no puedo', 'no valgo' y 'no me gusta' son solo limitaciones que nos ponemos a nosotros mismos que podemos y debemos superar.

Al Dr. **Benito Arias**, que igualmente ha demostrado una gran confianza en mí y me ha brindado su apoyo incondicional, que me abrió las puertas al 'apasionante' mundo de la metodología y que me contagió sus siempre enormes ansias de seguir aprendiendo. Gracias por todas las horas dedicadas (y que sigue dedicando) a enseñarme sobre tantas y tantas cosas, por creer en mí cuando yo no lo hacía y defenderme siempre y ante cualquiera. Gracias por las (siempre arduas) discusiones, por el sentido del humor, por enseñarme también que no tenemos límites, y por otras tantas cosas que no podría enumerar por falta de espacio.

A **ambos directores**, me gustaría expresarles mi más sincero agradecimiento no solo por abrirme puertas, por confiar en mí y darme todo su apoyo, sino también por seguir dejándome aprender de ellos. Si tuviera que volver a empezar el camino de nuevo, elegiría sin duda volver a recorrerlo con vosotros. Gracias por vuestra infinita paciencia con mis 'ataques' y cabezonerías, por haber estado ahí en los momentos más difíciles y por haber sabido entender mi (a veces) difícil carácter. En definitiva, gracias por ser mucho más que mis directores de tesis, pues de ambos me quedo con vuestra calidad tanto profesional como humana.

Gracias también a mis **compañeros del INICO**. Especialmente a **Patricia Navas** y **Alba Rodríguez** por los buenos (y los menos buenos) momentos compartidos, por todas esas horas en el despacho llenas de risas y confianzas, por haberme dado vuestro cariño y haberme animado (a pesar de la distancia) en los momentos difíciles; gracias a las dos por haberos convertido en poco tiempo en dos de mis mejores amigas. A Patricia Navas, además, gracias por su gran implicación en este proyecto y por la gran ayuda prestada en el trabajo de campo. A **Alba Ibáñez**, por iniciar junto a mí este camino. A **Mónica Santamaría** y **Fabián Saiz**, por su cariño, su sentido del humor y por transmitirme siempre tan buena energía; ya sabéis: todos los caminos llevan a Roma (o a Londres). A **María Gómez** y **David Aparicio**: a la primera por sus sabios consejos, por escucharme y tranquilizarme como solo ella sabe; al segundo, por su cariño y su sentido del humor (y por hacerme venir cargada casi siempre de mis viajes). Tanto a Fabián como a David por esa caña que me dais y que tanto necesito. A **Maribel Campo**, por todo lo que me ha enseñado y por sus consejos. A **Manuela Crespo**, por estar siempre que se le necesita y por esos besos y abrazos tan sinceros. A **Francisca González** y **Cristina Caballo** por sus palabras de apoyo cuando más lo necesitaba. A **Isabel Calvo** por su sentido del humor y por hacerme reír siempre. A **Dámaso Velázquez**, por su gran

generosidad y sentido del humor, gracias a ti y a **Natalia Martín** por vuestro trabajo (entre otros muchos) en el desarrollo de la versión electrónica de la escala que es objeto de este trabajo. A **Emiliano Diez**, por ayudarme siempre que lo he necesitado y por interesarse siempre por el estado de mi tesis. A **Pilar Porras**, por su dulzura. A **Raquel Martín** por su eterna sonrisa y a **Esther Simón** por su ayuda en todos los trámites y por todas esas conversaciones. A **María Llorente**, gracias por colaborar en la construcción de la base de datos y por su simpatía. A **Pilar Sarto** y **Mª Cruz Sánchez**, además de **Mónica**, **Fabián** y **Patricia**, por colaborar como moderadoras en los grupos de discusión. A **Leire Lopo** y **Belén Fioravanti**, además de a **María**, **Mónica**, **Nerea** y **Patricia**, por su ayuda en el contacto telefónico con los centros.

Gracias también a mis **compañeros de la Universidad de Valladolid** que, si bien no tienen una relación directa con este trabajo, han contribuido a mi bienestar durante el último periodo de su realización. Gracias muy especialmente a las Dras. **Mª Jesús Irurtia**, **Mª Inmaculada Calleja**, **Mª Teresa Crespo** y **Mª Marcela Palazuelo** por su sentido de la justicia, por sus ánimos, por creer en mí y por todo el cariño. Gracias también al Dr. **Tasio Ovejero**, el Dr. **Maximiano del Caño** y el Dr. **José Sixto Olivar** por brindarme su apoyo cuando lo he necesitado. Gracias a **Pedro Urchegui** (UBart) por todo el trabajo realizado con las portadas y el diseño de la tesis.

A mis **alumnos** de 2º y 3º de Educación Social y 3º de Educación Especial de la Universidad de Valladolid (cursos del 2008/2009 y 2009/2010), por el apoyo emocional que sin ser conscientes me han brindado. Gracias por haberme transmitido tanto respeto, cariño y confianza en el periodo en el que más insegura me he sentido. Gracias por hacer de las clases horas en que he disfrutado y reído como nunca, gracias por responder al trabajo con trabajo. Sin vosotros, mis primeros años en Valladolid no hubieran sido iguales. Con vosotros he aprendido mucho más de lo que yo nunca os pudiera enseñar.

Gracias a mi **familia**, sin cuyo apoyo incondicional yo no sería quien soy ni hubiera sido posible realizar este trabajo: a mi **padre**, gracias por enseñarme el tesón y el amor por lo que uno hace; a mi **madre**, gracias por la fortaleza heredada (aunque encubierta por una aparente fragilidad) y por la eterna fe en mí. Los dos sois mis pilares y a ambos os debo también el enseñarme que no tenemos límites y que, con trabajo y esfuerzo, todo se puede conseguir, que las dificultades nos hacen fuertes y que los bienes que entrega la familia son incalculables. A mis **hermanos**, gracias por estar siempre ahí, da igual la distancia, y por esas sonrisas o miradas con las que sobran las palabras. Y por supuesto, gracias a **César**, esa pequeña gran persona (o personaje) que ha hecho tanto sin darse cuenta y que se ha convertido (desde el día que llegó) en el eje fundamental de muchas vidas: nunca una sonrisa o una palabra llenaron tanto la mía.

Gracias a **Jaime**, por compartir su vida conmigo y ‘sufrirme’ casi las veinticuatro horas del día. Gracias por conocerme y entenderme hasta límites que ni siquiera sabía que existían, por llenar mi vida y darle sentido a todo lo que hago, por lo que has hecho por mí en este tiempo y por lo que sigues haciendo. Siempre preocupado por el futuro, gracias por dejarme disfrutar a tu lado de este presente continuo. Ya sabes que aun nos queda mucho mundo que explorar, y que lo haremos juntos.

También gracias a mis **amigos**, que han sabido comprender mi ‘encarcelamiento’, mi ausencia y, a veces, mi silencio. Gracias a todos los que saben que, aunque no me esfuerce por

mantener la amistad con salidas y llamadas continuas, pueden contar conmigo siempre que lo necesiten. Gracias por esa amistad sincera e inquebrantable a **Laura García, Arancha Pérez, Vanessa Guillén, Isabel Cerrato, Ana Mena, Susana Dobado, Arturo Panero y Javier Calatayud.**

Mi agradecimiento al **Ministerio de Ciencia e Innovación** por la beca de investigación y las estancias concedidas, así como a la **Universidad de Salamanca** por las ayudas para la asistencia a congresos y la **Universidad de Valladolid** por financiar mi última estancia.

Gracias a los tutores de mis distintas estancias, por abrirme las puertas de sus universidades, sus ciudades (y en algunos casos de sus casas); en definitiva, gracias por abrirme la mente: al Dr. **Steve Beyer** por haberme hecho sentir en familia, al Dr. **William Kiernan** por permitirme trabajar en uno de los mejores centros, al Dr. **Michael Wehmeyer** por su cariño y sentido del humor, al Dr. **Geert van Hove** por su humildad y por todas las facilidades y oportunidades, y a la Dra. **Tamar Heller** por haberme permitido conocer la gran ciudad de Chicago y colaborar en uno de sus proyectos. Gracias también al Dr. **Axel Kaehne**, que tanto se preocupó por mí y tanto me enseñó, que hizo de mi estancia en Gales una experiencia inolvidable y que me ofreció una amistad y apoyos inquebrantables. Al Dr. **Wouter Vanderplasschen**, gracias por el apoyo, las conversaciones y la ayuda con el idioma.

A los amigos que hice en mis estancias predoctorales, además de los ya mencionados, muy especialmente a **'Good' Laura**, por haberse convertido en una amiga de verdad y por todas las confidencias, gracias por transformar Lawrence en un lugar que no quise abandonar. A **Susana Bernard**, gracias por el apoyo, por ayudarme en cosas que aunque parezcan nimias (como hacer la compra) pueden convertirse en todo un reto en un país extraño y por permitirme formar parte de un grupo de amigos excepcional. A **Katie Keiling** por su sonrisa y toda la ayuda brindada en Chicago. A **Mathew Roush** por haber estado ahí siempre que lo he necesitado.

No quisiera olvidar a cuatro personas muy especiales para mí tanto personal como profesionalmente. En primer lugar, gracias al Dr. **Robert L. Schalock** por su guía y consejo durante todo el proceso, así como por haberme permitido colaborar con él en este y otros trabajos. Gracias por la constante reflexión obligada y por escuchar siempre lo que los demás tienen que decir. En segundo lugar, al Dr. **Jos van Loon**, también por su colaboración en este y otros trabajos sobre calidad de vida. Gracias por abrirme las puertas a Arduin y enseñarme un mundo con el que ni siquiera había soñado. A ambos, gracias por su apoyo y por estar (o ser) tan cercanos. A los Dres. **Rud y Ann Turnbull**, por hacer de Kansas mi casa, por hacerme sentir parte casi de la familia, por su disposición a ayudar siempre y por todo el cariño que me han regalado.

Asimismo, me gustaría agradecer al **Instituto Catalán de Asistencia y Servicios sociales (ICASS)** de la Generalitat de Cataluña por la financiación de este proyecto, especialmente a **Esther Rovira**, subdirectora general del ICASS de Cataluña, por su implicación en la mejora de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales y su confianza en nosotros como equipo de investigación. Una mención especial merece **Xavier Canals**, técnico del ICASS, por su estrecha colaboración y gran implicación en el proyecto. Gracias también a este último por hacer de un trabajo arduo, una labor divertida.

Mis infinitas gracias a todas aquellas personas que participaron como **expertos** en la consulta a jueces, así como a los **usuarios, familiares** y **profesionales** que participaron en los grupos de discusión. Finalmente, gracias al más del centenar de profesionales que complementaron las escalas, pues sin todos ellos la realización y presentación de este trabajo no hubiera sido posible.

## PRECISIONES EN TORNO AL USO DEL LENGUAJE

### ***Uso genérico del masculino***

- Aunque somos conscientes de las recomendaciones sobre el denominado ‘uso no sexista del lenguaje’, hemos optado por utilizar el uso del masculino en todos aquellos términos y expresiones que admiten ambos géneros con el objetivo de evitar la tediosa lectura que supondría el uso de ambos términos (e.g., los/las usuarios/as). No obstante, queremos hacer notar que siempre que ha sido posible se han utilizado términos y expresiones comunes (e.g., personas mayores).

### ***Evitar sustantivizar***

- Con intención de contribuir al avance hacia denominaciones menos peyorativas y más aceptadas, se ha utilizado en este trabajo con carácter genérico la expresión ‘personas con’ (e.g., personas con discapacidad intelectual, personas con problemas de salud mental, personas con VIH/SIDA; personas con discapacidad física, personas con discapacidad sensorial, personas mayores, etc.). Se busca así no sustantivizar las características de las personas y evitar así que se olvide que las personas son siempre y ante todo personas, mientras las demás son tan solo características añadidas.

### ***Discapacidad intelectual***

- En el caso concreto de las personas con discapacidad intelectual, defendemos el uso concreto de esta expresión puesto que es la denominación más utilizada en los ámbitos académicos y científicos. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2001, de forma coherente con las nuevas concepciones y teorías, propone también el uso del término discapacidad. Por otro lado, es la expresión que los grupos de autodefensores solicitaron que se utilizara en el Congreso de FEAPS (Confederación Española de Organizaciones a favor de Personas con Discapacidad Intelectual), celebrado en noviembre de 2001 en Sevilla y aprobado por la Asamblea General Extraordinaria de FEAPS el 29 de junio de 2002, en la cual se decidió y acordó sustituir el término personas con retraso mental por el de personas con discapacidad intelectual. Incluso la anteriormente denominada Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) ha cambiado su nombre por el de Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual (AAIDD).

### ***Términos en inglés***

- Se ha optado por utilizar aquellos términos en inglés en los casos en que su uso está generalizado (e.g., ‘pool’), así como cuando no exista un término equivalente en español (e.g., ‘parcel’), lo cual conduciría, el caso de su traducción al español, a perífrasis o expresiones forzadas.

### ***Normas de publicación***

- Finalmente, hemos utilizado las normas de publicación recomendadas en la 6ª edición del manual de la Asociación Americana de Psicología (*‘American Psychological Association’*, 2009).





## PRESENTACIÓN

Calidad de vida, lejos de ser un concepto nuevo, es un término ampliamente utilizado en nuestros días y que está apareciendo cada vez con más frecuencia en la literatura, en la política pública y en el lenguaje popular para hacer referencia a aspectos positivos y deseables de la vida. No cabe duda de que el concepto de calidad de vida ha recibido durante los últimos años una atención prioritaria por parte de investigadores, profesionales, organizaciones y, progresivamente, se está convirtiendo en un eje central de las políticas sociales. El trabajo que aquí presentamos constituye una muestra de este desarrollo del concepto y de su implementación mediante planes de mejora de la calidad que tienen como objetivo principal la mejora de resultados personales, utilizan la calidad de vida como criterio de valoración de los avances y proporcionan claves para gestionar el cambio en las organizaciones mediante la planificación centrada en la persona.

Hoy en día la mejora de la calidad de vida depende de activar y guiar la participación conjunta de las prácticas profesionales, las dinámicas organizacionales y las políticas públicas (Verdugo, 2009b). Schallock, Gardner y Bradley (2007/2009) proponen que los sistemas deben generar indicadores de rendimiento que reflejen resultados personales, y tal especificación de indicadores se lleva a cabo mediante el desarrollo de escalas que permitan evaluar resultados personales de calidad de vida centrados en el contexto cultural. Por este motivo, el presente trabajo tiene como objetivo la construcción de un instrumento que permita evaluar resultados personales de calidad de vida. Si bien en los últimos años, el desarrollo de este tipo de escalas se ha centrado prioritariamente en aquellas destinadas a personas con discapacidad intelectual, nuestro objetivo se amplía a la construcción de una escala dirigida a un colectivo mucho más amplio y heterogéneo: los receptores de servicios sociales.

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, planificar los programas y actividades en función de avances medibles en logros personales de los usuarios de los servicios.

Así, calidad de vida se ha convertido en muchos países en uno de los conceptos más identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, lo que ha permitido promover actuaciones en los diferentes niveles: persona, organización y sistema social. El constructo 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.

Debido a estos avances, el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), organización de la Administración Pública del Departamento de Acción Social y Ciudadanía 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 propiciado el desarrollo de la Escala de valoración de la calidad de vida GENCAT, enmarcada dentro del Plan de Mejora de la Calidad en Cataluña, un instrumento que a su vez se está convirtiendo en una herramienta innovadora para el desarrollo y la 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 ofrecen a la ciudadanía, en la línea de conseguir unos servicios más personalizados y adecuados a las necesidades y exigencias actuales y futuras. Por ello ha financiado y hecho posible en parte el desarrollo del estudio que es objeto de esta tesis doctoral. Asimismo, el trabajo se ha desarrollado en el marco de actividades relacionadas con el Proyecto I + D SEJ2006-12575 del Ministerio de Ciencia e Innovación (D.G. de Programas y Transferencia del Conocimiento), y del Grupo de Investigación de Excelencia sobre Discapacidad (GR 197) de la Junta de Castilla y León (Orden EDU/894/2009).

A lo largo de las siguientes páginas describiremos de modo pormenorizado el procedimiento llevado a cabo para desarrollar, validar y calibrar la Escala GENCAT, un instrumento que permite evaluar la calidad de vida de usuarios de servicios sociales de modo objetivo. Para ello, comenzaremos en primer lugar con una breve *Justificación Teórica* con la que intentaremos dar respuesta a tres preguntas fundamentales: (a) qué entendemos por calidad de vida; (b) por qué construir un instrumento para evaluar la calidad de vida

de usuarios de servicios sociales; y (c) cuáles son los mejores modos de evaluar la calidad de vida. En la segunda parte del trabajo nos centraremos en la exposición de los estudios empíricos desarrollados para construir, validar y calibrar la escala, así como en los resultados obtenidos de su aplicación a una muestra representativa de usuarios de servicios sociales de Cataluña. Para ello, aludiremos a un trabajo sistemático que ha implicado la consulta a un gran número de expertos, la celebración de varios grupos de discusión, la realización de un diseño muestral estratificado, el empleo de análisis y metodologías propias de la Teoría Clásica de los Tests y de la Teoría de Respuesta al Ítem.

La *Justificación Teórica* se ha organizado en dos capítulos:

- El *primero* constituye un acercamiento a la definición del concepto de calidad de vida y sus aspectos esenciales desde el modelo multidimensional propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003). A pesar de la existencia de otros modelos teóricos, nos centraremos en el anteriormente mencionado por su indiscutible aceptación internacional y por ser el más frecuentemente citado en el ámbito que nos ocupa.
- El *segundo* capítulo está dedicado a la revisión de la literatura científica más reciente acerca de la evaluación de la calidad de vida en los distintos colectivos implicados en este trabajo (i.e., personas mayores, personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad física, personas con problemas de salud mental, personas con drogodependencias y personas con VIH o SIDA).
- Con objeto de no ser redundantes, dado que el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) cuenta con una dilatada trayectoria en la investigación de la calidad de vida que ha dado lugar a numerosas líneas de investigación, artículos, capítulos, libros y tesis doctorales que preceden a esta investigación (Córdoba, 2004; Crespo, 2003; Gómez-Vela, 2003; González, 2002; Ibáñez, 2009; Sabeh, 2004; Martín, 2006; Morentin, 2008), no será objeto de ésta el realizar una revisión exhaustiva desde el nacimiento del concepto hasta nuestros días, sino que nos concentraremos en los aspectos esenciales del modelo teórico que ha guiado este trabajo (Schalock y Verdugo, 2002/2003) y en los avances realizados sobre éste en los últimos años.

La *Parte Empírica* se ha organizado en cinco capítulos.

- En el primero de ellos (el *tercero* de este trabajo), nos referiremos al procedimiento de construcción de la Escala GENCAT y se describirán con detalle la construcción del banco inicial de ítems, la consulta a 73 jueces expertos realizada, la celebración de cinco grupos focales con los distintos colectivos implicados y el proceso de traducción de la Escala GENCAT al catalán.
- El *cuarto* capítulo está dedicado a la validación del instrumento mediante algunos de los métodos propios de la *Teoría Clásica de los Test* y mediante el *Análisis Factorial Confirmatorio*. De hecho, se someterán a prueba distintos modelos derivados de la revisión bibliográfica con objeto de comprobar cuál de ellos proporciona un mejor ajuste a los datos.
- En el *quinto* capítulo exponemos los resultados obtenidos mediante métodos más novedosos como los *Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios* (ESEM, '*Exploratory Structural Equation Modeling*') y otros enmarcados en la *Teoría de Respuesta al Ítem*; más concretamente, utilizaremos una extensión del *Modelo de Rasch* aplicado a respuestas politómicas: el *Modelo de Escalas de Clasificación* de Rasch-Andrich (RSM, '*Rating Scale Model*').
- El *sexto* capítulo se ha destinado a la comprobación de distintas hipótesis relacionadas con los resultados obtenidos en la evaluación de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales en función de distintas variables.
- Finalmente, en el *séptimo* y último se incluye la discusión en la que se resumirán las conclusiones generales y específicas del estudio y se plantearán los que consideramos son sus puntos fuertes, sus principales limitaciones y las líneas futuras de investigación.



## Justificación teórica

*“La certidumbre de que todo está escrito nos anula o nos afantasma. [...]. Quizás me engañen la vejez y el temor, pero sospecho que la especie humana -la única- está por extinguirse y que la Biblioteca perdurará: iluminada, solitaria, infinita, perfectamente inmóvil armada de volúmenes preciosos, inútil, incorruptible, secreta.*

**[BORGES, LA BIBLIOTECA DE BABEL, 1941]**



## INTRODUCCIÓN A LA JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Hablar de calidad de vida significa en este trabajo hablar de resultados personales individuales. Por lo tanto, nuestra revisión comenzará con una descripción del constructo de calidad de vida individual y el importante papel que está adquiriendo en el desarrollo y la evaluación de servicios y apoyos a las personas en situación de desventaja social. Aludiremos así a un concepto holístico, multidimensional, que se centra en la persona y que ayuda a concretar los indicadores más relevantes de una vida de calidad (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007; 2008; Schalock, Verdugo, Bonham, Fantova y van Loon, 2008; Verdugo, 2006, 2009). Hablar de un enfoque basado en la calidad de vida implica pues evaluar resultados personales como criterio para identificar necesidades y planificar programas, a la vez que implica constatar los avances que se alcanzan en el proceso de inclusión y de planificación de los apoyos individuales (Verdugo, 2009a).

Distinguiremos así el concepto de otros utilizados abundantemente en la actualidad: unos más próximos a nuestra perspectiva, como el de *calidad de vida familiar* (CVF), y otros algo más alejados, como el de *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS). El primero se centra (principalmente) en el bienestar de los familiares de personas con discapacidad intelectual; el segundo, en aspectos preferentemente relacionados con el bienestar físico. Desde esta última perspectiva se han desarrollado múltiples instrumentos, tanto generales como específicos, para distintas poblaciones. Ninguna de estas dos concepciones ni los instrumentos desarrollados bajo ambas perspectivas serán objeto de revisión de este trabajo, si bien aludiremos brevemente a algunos de los instrumentos de CVRS en el caso de las poblaciones en las que este enfoque es casi exclusivamente el único utilizado en su evaluación (e.g., personas con drogodependencias, VIH y SIDA).

El propósito de los dos capítulos de esta primera parte consiste en aportar al lector una adecuada comprensión del concepto de calidad de vida desde la perspectiva individual y de los resultados personales, así como establecer una base para su evaluación y aplicación. Asimismo, aludiremos muy brevemente a otros conceptos íntimamente relacionados con éste como los de apoyos individualizados y conducta adaptativa. Todos ellos suponen un potente motor de cambio en nuestro modo de ver a los receptores de

servicios sociales y en las expectativas sobre la mejora de resultados personales, así como en la terminología que utilizamos, en las prácticas profesionales y en las políticas sociales.

Dada la importancia de realizar un planteamiento del problema abordado de manera sistemática, se han utilizado los estándares para la preparación y escritura de artículos de revisión en Psicología planteados por Fernández-Ríos y Buela-Casal en 2009, con el fin de garantizar en la medida de lo posible su calidad y creatividad. Pretendemos así, no realizar simplemente una relación cronológica histórica de exposición lineal y descriptiva de la calidad de vida, sino realizar un trabajo algo más reflexivo y constructivo. Por este motivo, a diferencia de la organización tradicional habitualmente utilizada en la *Justificación Teórica* de las tesis doctorales, hemos optado por organizar los capítulos de revisión teórica según el esquema sugerido por los mencionados autores: título, introducción o planteamiento inicial, objetivos, método (materiales, tipo de estudio, procedimiento y análisis de la información), resultados y conclusiones.



El Concepto

de Calidad de Vida Individual

# Capítulo 1



# **CAPÍTULO 1.**

## **EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA INDIVIDUAL**

### **1. 1. Planteamiento inicial**

El concepto de calidad de vida ha evolucionado en los últimos años desde una perspectiva inicial de tipo filosófico y conceptual muy general hasta convertirse en un constructo social, un área de investigación aplicada y un principio básico de prestación de servicios. La investigación realizada en la última década ha servido para desarrollar el modelo teórico, identificar las dimensiones y sus indicadores centrales, y guiar su aplicación en la planificación centrada en la persona, en la evaluación de resultados y en la mejora de la calidad (Schalock, 2004; Schalock y Verdugo, 2002/2003). Entre las razones que explican su importancia encontramos la de su significado: el término ‘calidad de vida’ se ha asociado desde sus comienzos a aspectos positivos y deseables de la vida de las personas; nos lleva a pensar de este modo en satisfacción, bienestar y felicidad. A pesar de que este es el significado que ha dominado durante las tres últimas décadas, a lo largo de las siguientes páginas mostraremos cómo ha ido evolucionando la comprensión y la aplicación del concepto hasta ir acercándose –si bien aún no se ha conseguido– de modo progresivo hacia una teoría de calidad de vida unificada que pueda impulsar aún más su investigación y aplicación en las organizaciones y los servicios.

## 1. 2. Objetivo

El objetivo general de este capítulo consiste en responder a la pregunta ¿qué entendemos por calidad de vida individual? Para responder tal cuestión, intentaremos realizar una síntesis de las respuestas a las siguientes cuestiones específicas:

1. ¿Qué se ha entendido por calidad de vida desde la aparición del concepto?
2. ¿Cuál es la concepción actual de calidad de vida individual?
3. ¿Cuáles son los criterios que debe cumplir un modelo?
4. ¿Cómo se concibe la calidad de vida desde el modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003)?
5. ¿Cómo se desarrolló y validó el modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003)?
6. ¿Cómo se aplica el modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003)?
7. ¿Cuáles son los retos y líneas emergentes en el ámbito de la calidad de vida?

## 1. 3. Método

### 1. 3. 1. Materiales

Con el fin de contestar a las preguntas anteriormente formuladas, revisamos numerosos artículos de investigación, de revisión y de divulgación; libros (e.g., Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Verdugo, 2002/2003; Verdugo, 2006); capítulos de libros (e.g., Schalock, Keith, Verdugo y Gómez, en prensa; Verdugo, Gómez, Schalock y Arias, en prensa); libros de actas de congresos (e.g., Verdugo y Jordán de Urríes, 2006; Verdugo, Nieto, Jordán de Urríes y Crespo, 2009); tesis doctorales (e.g., Córdoba, 2004; Crespo, 2003; Gómez-Vela, 2003; González, 2002; Ibáñez, 2009; Martín, 2006; Matikka, 2001; Morentin, 2008; Sabeh, 2004); trabajos de grado (e.g., Gómez, 2005; Ibáñez, 2005; Navas, 2009) e informes de investigación (e.g., Aguado, Alcedo, Fontanil, Arias y Verdugo, 2003; Aguado et al., 2006; Verdugo, Arias y Gómez, 2006b, 2009).

### 1. 3. 2. Tipo de estudio

Los trabajos de revisión pueden ser *integradores*, *interpretativos* o *agregativos* (Fernández-Ríos y Buela-Casal, 2009): los integradores son un conjunto de estudios, prioritariamente cuantitativos, que utilizan técnicas como el meta-análisis; los interpretativos parten principalmente de trabajos cualitativos para conseguir una interpretación científico-humanista de la teoría y de los resultados; y los agregativos unifican textos sobre un tema. En el presente trabajo procuraremos aunar las tres perspectivas para proporcionar una mejor fundamentación de los resultados de la revisión (Cooper, 2009; Cooper, Hedges y Valentine, 2009; Higgins y Green, 2008).

### 1. 3. 3. Procedimiento

Con objeto de recopilar la información más relevante sobre el tema se han utilizado fundamentalmente dos tipos de recursos: (a) diversas bases de datos de Psicología y (b) las publicaciones del INICO. No obstante, dado que uno de los directores de esta tesis, el Dr. Miguel Ángel Verdugo, es uno de los autores del modelo utilizado, hemos tenido también acceso al material en prensa sobre la conceptualización y evaluación de la calidad de vida, así como a informes de investigación de otros colegas aún sin publicar. Asimismo, durante todo el proceso de revisión, hemos contado con un estrecho contacto con el primer autor del modelo, el Dr. Robert L. Schalock, que ha guiado y orientado todo el proceso desde los comienzos de esta línea de investigación. Por todos estos motivos, podemos garantizar la actualización del proceso de revisión llevado a cabo sobre este modelo.

Las bases de datos consultadas fueron PSYCINFO, ERIC, PsyBOOKS, PsycArticles, OVID y Psycodoc; los principales términos de búsqueda fueron 'quality of life' y 'calidad de vida', aunque ambos se combinaron también con otros como 'model', 'theory' o 'conceptualization' (en español, 'modelo', 'teoría' o 'concepción') tanto en el título como en los descriptores; no se restringieron las fechas, si bien el análisis se ha centrado especialmente en el período 2000-2009; y seleccionamos solo los artículos en español e inglés que pudimos obtener a texto completo. De los encontrados, más del 90% estaban relacionados con 'calidad de vida relacionada con la salud' y un pequeño porcentaje se referían a 'calidad de vida familiar', por lo que fueron desechados.

### **1. 3. 4. Análisis de la información**

Todo el material recopilado se organizó por temáticas en función de que su contenido estuviera relacionado con alguna de las preguntas planteadas en los objetivos. Una vez organizados por temáticas, se ordenaron por orden cronológico para su lectura y revisión detenida. A continuación, se categorizaron en función de aspectos clave o temas específicos.

## **1. 4. Resultados**

### **1. 4. 1. Breves nociones históricas sobre el concepto de calidad de vida**

El término calidad de vida es un concepto antiguo y reciente a la vez: antiguo porque su esencia estuvo presente en los debates filosóficos sobre el bienestar, la felicidad y la buena vida durante muchos siglos (de hecho, filósofos como Aristóteles y Platón ya discernían sobre el tema); reciente, en cambio, porque el comienzo de su uso académico o científico encuentra sus orígenes en los años 60, a raíz del interés que surgió entonces por el bienestar humano y la evaluación del cambio social.

#### **1. 4. 1. 1. Antes de los años 80**

Antes de la década de los 60, tan sólo se encuentran conceptos próximos que, si bien contribuyeron al nacimiento del constructo de calidad de vida, hoy se consideran conceptos bien distintos (e.g., 'renta per cápita', 'nivel de vida', 'indicadores sociales'); todos ellos se consideraban medidas objetivas a la vez que normativas. No fue hasta finales de los años 60 y durante la década de los 70 cuando el concepto de calidad de vida se vinculó realmente a una noción que incorporaba evaluaciones (denominadas ya entonces) subjetivas; es decir, evaluaciones que incluían aspectos como los sentimientos personales de felicidad o satisfacción. Desde aquel momento el concepto experimentó una evolución muy significativa que implicó superar la concepción del bienestar en términos puramente objetivos e incluir la perspectiva subjetiva de satisfacción con la vida. De este modo, la noción de calidad de vida pasó de tener un carácter puramente social y de basarse en aspectos objetivos a ser entendida desde una perspectiva más subjetiva y centrada en la persona.

#### **1. 4. 1. 2. La década de los 80**

Hubo que esperar hasta la década de los 80 para que se produjera la consolidación del concepto. Es entonces cuando comienza a producirse un cierto consenso entre los investigadores y se progresa en la concepción de distintos modelos de calidad de vida, así como en su operativización y medición. No en vano fueron estos años los de la revolución de la calidad y el desarrollo de las oportunidades; la legislación comenzó a centrarse en promover la calidad y los movimientos en defensa de los derechos humanos contribuyeron con notables avances.

Durante los años 80, desde el ámbito de la discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo, se adoptó el concepto de calidad de vida por cuatro razones principalmente (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009): (a) captaba la nueva visión de las personas con discapacidad en términos de autodeterminación, capacitación, inclusión e igualdad, por lo que se convirtió en el vehículo ideal para alcanzar estas metas y lograr una mayor satisfacción; (b) aportaba un lenguaje común que reflejaba los objetivos de normalización, desinstitucionalización, integración y transparencia en los programas de atención; (c) estaba en coherencia con la revolución de la calidad al hacer especial hincapié en la calidad de los productos y los resultados; al ser aplicable a programas de servicios humanos podía integrarse en la planificación centrada en la persona, en los modelos de apoyos, en la mejora de resultados personales y en la mejora de la calidad; y (d) coincidía con las expectativas de los receptores de servicios y apoyos, que deseaban que éstos influyeran de forma significativa y positiva en su bienestar personal.

#### **1. 4. 1. 3. La década de los 90**

Podríamos calificar los años 90 como la década de los resultados y la rendición de cuentas. El concepto se puso entonces a la cabeza de los esfuerzos por la innovación y los cambios, situación que exigía una comprensión diferente del concepto. Por ello, es durante estos años cuando de manera mucho más concreta se trabajó por la especificación o concreción del concepto y sus dimensiones, su medición y su integración en las prácticas profesionales.

La investigación comienza a incrementarse rápidamente durante estos años y dará lugar a más de 100 definiciones (Cummins, 1997b) y más de 1.000 instrumentos de evaluación (Hughes y Hwang, 1996). El creciente interés en el tema da lugar a que en esta década se fragüen los llamados 12 principios de calidad de vida, que tratan de dar respuesta a la urgente necesidad de clarificar el concepto y que fueron propuestos y difundidos por un grupo internacional de investigadores y profesionales de la calidad de vida (Schalock et al., 2002). En la Tabla 1 se resume una reciente revisión de tales principios, cuyos temas fundamentales aluden a los conceptos de inclusión, igualdad, autodeterminación, capacitación, oportunidades de desarrollo y prácticas basadas en la evidencia (Brown y Brown, 2005; Schalock, 2005, 2006; Verdugo, Schalock, Keith y Standliffe, 2005). Una exploración empírica de los principios conceptuales se puede encontrar en Bramston, Chipuer y Pretty (2005) y una aplicación con profesionales que trabajan en servicios en Baum (2005).

Tabla 1. Principios de conceptualización, medición y aplicación de la calidad de vida

**Principios de conceptualización:**

1. La calidad de vida es multidimensional y está influida por factores personales y ambientales, así como por sus interacciones.
2. La calidad de vida presenta los mismos componentes para todas las personas.
3. La calidad de vida tiene componentes objetivos y subjetivos.
4. La calidad de vida mejora con la autodeterminación, la disposición de recursos, las metas vitales y la inclusión.

**Principios de medición:**

5. La medición de calidad de vida incluye la medida en que las personas tienen experiencias vitales que valoran.
6. La medición de calidad de vida refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada.
7. La medición de calidad de vida tiene en cuenta los contextos físicos, sociales y culturales que son importantes para las personas.
8. La medición de calidad de vida combina experiencias vitales comunes a todos los seres humanos con experiencias particulares de cada persona.

**Principios de aplicación:**

9. La aplicación de la calidad de vida mejora el bienestar dentro de los contextos culturales.
10. Los principios de calidad de vida deben constituir la base de las intervenciones y de los apoyos.
11. Las aplicaciones de la calidad de vida deben basarse en la evidencia.
12. Los principios de calidad de vida deben ocupar un lugar destacado en la formación profesional.



#### **1. 4. 1. 4. La presente década**

Los esfuerzos de investigación, evaluación y aplicación de la presente década (2000/2010) se han basado fundamentalmente en los 12 principios expuestos en la Tabla 1 y se han dirigido a proporcionar una base conceptual y empírica más sólida para la evaluación y aplicación del constructo. A partir de ellos, ha emergido un creciente consenso en torno a cuatro orientaciones sobre el uso de resultados personales relacionados con la calidad de vida (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009): (a) reconocimiento del carácter multidimensional de la calidad de vida; (b) desarrollo de indicadores para cada una de las dimensiones de calidad de vida; (c) evaluación de los aspectos objetivos y subjetivos de la calidad de vida; y (d) enfoque en los predictores de resultados de calidad (e.g., Ruggeri et al., 2005).

Lo cierto es que en nuestros días, podemos afirmar que el concepto de calidad de vida se está aplicando en numerosos países como (Schalock y Verdugo, 2002/2003): (a) una noción sensibilizadora que nos ofrece referencia y guía desde la perspectiva individual, centrada en las dimensiones nucleares de una vida de calidad; (b) un constructo social que proporciona un modelo para evaluar las dimensiones principales de calidad de vida; y (c) un tema unificador que proporciona una estructura sistemática para aplicar políticas y prácticas orientadas a la calidad de vida. Así, el uso del concepto ha adquirido primordial importancia en los servicios sociales, de salud y educativos, pues permite subrayar la importancia de las opiniones y experiencias del propio individuo así como justificar los programas y actividades en función de los avances medibles en logros personales de los usuarios de los servicios.

#### **1. 4. 2. Concepción actual de la calidad de vida**

La concepción y definición de la calidad de vida es un proceso complejo que ha presentado numerosas dificultades a lo largo de la historia del concepto. Como ya hemos señalado, los investigadores en las últimas décadas han aportado una gran diversidad de definiciones que a su vez han dado lugar a centenares de instrumentos de evaluación de distintas facetas relacionadas con la calidad de vida. Dado que aún en nuestros días el logro de una definición aceptada por todos no ha dejado de parecer un reto inalcanzable, la comunidad científica ha comenzado a optar más bien por el establecimiento de un marco conceptual que unifique las dimensiones e indicadores centrales de una vida de calidad.

Dada la complejidad y multidimensionalidad del constructo, surgen los llamados *modelos operativos* (i.e., modelos que tratan de reproducir de forma sencilla una realidad tan compleja como es la calidad de vida de las personas). De este modo, podemos decir que los modelos se utilizan para facilitar el entendimiento y comprensión del complejo fenómeno de la calidad de vida mediante la identificación de componentes o factores centrales, que en el caso del tema que nos ocupa se conocen de forma general como *dimensiones* de calidad de vida. Un modelo operativo describe conceptos y variables clave para la comprensión, operativización y aplicación del constructo. De este modo, el desarrollo, la aplicación y el uso de un modelo constituyen un primer paso importante en la aplicación válida del concepto.

Si esto es así, el reto consiste en contar con un marco conceptual o con un modelo operativo de calidad de vida ampliamente aceptado más que en lograr un acuerdo sobre su definición (Schalock, 2000). Gracias al trabajo realizado por el 'Grupo de Investigación con Interés Especial sobre Calidad de Vida de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales' (*Special Interest Research Group on Quality of Life*) de la 'Asociación Internacional para el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual' (*International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities*, IASSID), podemos afirmar que en la actualidad existe un consenso internacional sobre aspectos esenciales del constructo. Este consenso se concreta en los principios conceptuales básicos de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2008) que se exponen en la Tabla 2.

Tabla 2. Consenso internacional sobre los aspectos esenciales de la calidad de vida

1. La calidad de vida se compone de los mismos indicadores y relaciones que son importantes para todas las personas.
2. La calidad de vida se experimenta cuando las necesidades de una persona se ven satisfechas y cuando se tiene la oportunidad de mejorar en las áreas vitales más importantes.
3. La calidad de vida tiene componentes subjetivos y objetivos, pero es fundamentalmente la percepción del individuo la que refleja la calidad de vida que experimenta.
4. La calidad de vida se basa en las necesidades, las elecciones y el control individual.
5. La calidad de vida es un constructo multidimensional influido por factores personales y ambientales, tales como las relaciones de intimidad, la vida familiar, la amistad, el trabajo, el vecindario, la ciudad o lugar de residencia, la vivienda, la educación, la salud, el nivel de vida y el estado de la propia nación.

La revisión de la literatura sobre modelos de calidad de vida actuales pone de manifiesto los numerosos esfuerzos llevados a cabo para conseguir el logro de un modelo operativo válido. Entre ellos, destacan los modelos que podemos agrupar en los siguientes grupos: (a) calidad de vida individual o centrada en la persona (e.g., Campbell, Converse y Rodgers, 1976; Cummins, 1997a, 2000; 2005; Felce y Perry, 1995, 1996; Petry, Maes y Vlaskamp, 2005, 2007; Schalock y Verdugo, 2002/2003); (b) calidad de vida familiar (e.g., Brown et al., 2009; Schippers y van Boheemen, 2009; Summers et al., 2005; Werner, Edward y Baum, 2009; Zuna, Turnbull y Summers, 2009); y (c) calidad de vida relacionada con la salud (e.g., Byrne-Davis, Bennett y Wilcock, 2006; Ferrans, Zerwic, Wilbur y Larson, 2005; Kreitler y Kreitler, 2006; Rahtz, Sirgy y Lee, 2004; Taillefer, Dupois, Roberge y May, 2003; Velarde y Ávila, 2002).

Todos los modelos mencionados, de acuerdo con el consenso internacional anteriormente mencionado, tienen en común la concepción multidimensional del constructo, pues en todos ellos se manifiesta el entendimiento de la calidad de vida como una estructura multielemento compuesta por diversas dimensiones, entre ellas (Hughes et al., 1995; Hughes y Hwang, 1996): (a) relaciones e interacciones sociales; (b) bienestar psicológico y satisfacción personal; (c) empleo; (d) autodeterminación, autonomía y elecciones personales; (e) ocio y tiempo libre; (f) competencia personal, ajuste comunitario y habilidades de vida independiente; (g) contexto residencial; (h) inclusión en la comunidad; (i) normalización, servicios de apoyo recibidos; (j) indicadores individuales y demográficos; (k) desarrollo personal y desempeño; aceptación social, estatus social y adecuación ecológica; (l) bienestar físico y material; y (m) responsabilidad cívica. Nótese en páginas posteriores que, dependiendo del modelo en cuestión, estos elementos pueden ser incluidos o no en los modelos a través de conceptos o términos similares, en algunas ocasiones más concretos y en otras más generales. De este modo, los diversos modelos se distinguen ligeramente entre sí según la naturaleza, la diversidad y la elaboración de las dimensiones mencionadas.

Dicha revisión de la literatura pone además de manifiesto que en los esfuerzos de desarrollo de modelos e instrumentos de evaluación de la calidad de vida existe una necesidad generalizada y patente de centrarse en (Schalock et al., en prensa): (a) especificar las variables y conceptos que deben constar en un modelo de calidad de vida; (b) lograr un mejor entendimiento de la relación entre las dimensiones concretas del modelo y otras variables externas; (c) desarrollar modelos más sofisticados que incluyan una mejor

definición del contenido y los límites del concepto de calidad de vida; y (d) validar la estructura factorial y la naturaleza jerárquica del constructo.

Los siguientes apartados se centran en el desarrollo de los modelos de calidad de vida individual, dado que son los únicos de los mencionados anteriormente que tienen alguna relación con la perspectiva y objetivos de este trabajo. Empezaremos por el modelo comprehensivo de calidad de vida de Cummins (1996, 2000, 2005), que ha tenido especial relevancia por ser aplicable a toda la población, con o sin discapacidad. A continuación, describiremos brevemente el modelo de Felce y Perry (1995, 1996) y analizaremos después una aplicación y adaptación reciente de este modelo para su aplicación en personas con discapacidad profunda y múltiple (Petry et al., 2005, 2007). Finalmente, terminaremos con el modelo de calidad de vida más citado actualmente y el que parece contar con mayor aceptación en la comunidad científica nacional e internacional: el modelo propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008). No obstante, antes de exponer los principales modelos de calidad de vida, presentamos a modo de resumen la Tabla 3, en la que se recogen las dimensiones propuestas por los principales investigadores de calidad de vida y en la que se puede observar la similitud de los factores propuestos por todos ellos.

Tabla 3. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (autores de referencia)

AUTORES	INDICADORES
Hughes, Hwang, Kim, Eisenman y Killian, (1995)	Relaciones e interacciones sociales; Bienestar psicológico y satisfacción personal; Empleo; Autodeterminación, autonomía y toma personal de decisiones; Entretenimiento y ocio; Competencia personal; Adecuación de la comunidad y capacidad de vida independiente; Integración en la comunidad; Normalización, desarrollo y plenitud personal; Aceptación social, situación social y Ubicación ecológica; Bienestar físico y material; Responsabilidad cívica.
Grupo de Calidad de Vida de la OMS* (1995)	Bienestar físico; Bienestar psicológico; Grado de independencia; Relaciones sociales; Entorno; Creencias espirituales y personales.
Hughes y Hwang (1996)	Bienestar emocional; Relaciones interpersonales; Bienestar material; Desarrollo personal; Bienestar físico; Autodeterminación; Inclusión social; Responsabilidad cívica.
Felce y Perry (1996)	Bienestar físico; Bienestar material; Bienestar social; Desarrollo y actividades; Bienestar emocional.
Cummins (1997a)	Bienestar material; Salud; Productividad; Intimidad; seguridad; Papel en la comunidad; Bienestar emocional.
Renwick, Brown y Raphael (2000)	Bienestar físico; Bienestar psicológico; Bienestar espiritual; Bienes materiales; Bienes sociales; Bienes comunitarios; Recursos prácticos; Recursos de ocio; Recursos de desarrollo.
Schalock y Verdugo (2002/2003)	Bienestar emocional; Bienestar físico; Bienestar material; Relaciones interpersonales; Inclusión social; Desarrollo personal; Autodeterminación y Derechos.

Nota. OMS = Organización Mundial de la Salud.

### **1. 5. 2. 1. Modelo comprehensivo de calidad de vida de Cummins (1997a, 2000, 2005)**

El modelo propuesto por Cummins (1997a, 2000, 2005) aporta una definición operativa de calidad de vida que posibilita su evaluación a través de una perspectiva objetiva (concebida como bienestar referido a la norma) y una perspectiva subjetiva (concebida como percepción del bienestar) con relación a siete dimensiones relevantes: (a) bienestar material; (b) salud; (c) productividad; (d) intimidad; (e) seguridad; (f) presencia en la comunidad; y (g) bienestar emocional. Estas dimensiones se derivaron de una exhaustiva revisión de la literatura científica y se consideran aplicables a todas las personas, tengan o no discapacidad. Sobre este último aspecto, el autor pone un énfasis especial en el riesgo que puede suponer establecer diferencias entre las personas en función de clasificaciones categóricas y del uso de etiquetas.

Cuando la calidad de vida de la personas con discapacidades se concibe de forma diferente a la del resto de la población adulta, los estándares tienden a bajar. Es necesario que las definiciones e instrumentos se apliquen de igual forma a personas con y sin discapacidades (Cummins, 1997a, p. 136).

Desde esta perspectiva, integradora y comprehensiva, se aboga por considerar variables objetivas (denominadas hoy comúnmente condiciones de vida) y variables subjetivas (entendidas como satisfacción de la persona con respecto a sus condiciones de vida). Tanto las variables objetivas como las subjetivas se ponderan según la importancia o el valor que la persona concede a cada dimensión evaluada. De este modo, Cummins concede en su conceptualización una importancia especial a la percepción que el propio individuo tiene de sus condiciones y necesidades, por lo que ésta no depende sólo del nivel objetivo que la persona presenta en esa esfera concreta en relación con el resto de la población, ni de la satisfacción que experimenta con la misma, sino también de la importancia que ésta le concede. Por consiguiente, Cummins propone una evaluación subjetiva de calidad de vida que no se reduce sólo a la satisfacción, sino que incluye un ingrediente que matiza la valoración subjetiva: el factor de importancia (Figura 1).

Este modelo comprehensivo u homeostático de calidad vida es un modelo integrador donde una capacidad genética primaria (la personalidad) se integra con un sistema de amortiguadores internos (el control, la autoestima y el optimismo) que se hallan mediados por unos determinantes de tercer orden (el contexto social), cuyo objetivo se

centra en mantener constante el desempeño de la persona a pesar de los cambios que se puedan producir en el contexto. El determinante de primer orden (la personalidad), constituye el componente afectivo. Los segundos determinantes (el control, la autoestima y el optimismo) implican procesos cognitivos. Los factores contextuales y sociales ejercen influencia sobre los factores anteriores, pero la experiencia subjetiva de calidad de vida se mantiene más o menos estable puesto que está sometida a un poderoso control endógeno (homeostasis). De este modo, la calidad de vida subjetiva no cambia a menos que se produzca un acontecimiento ambiental lo suficientemente aversivo como para cambiar el control homeostático descrito (Arostegui, 2002) (ver Figura 2).

Un rasgo adicional que otorga al modelo una relevancia especial es su concreción en un instrumento de evaluación muy difundido y utilizado: la Escala Comprehensiva de Calidad de Vida (ComQol), aplicable a población con y sin discapacidad intelectual. Sobre ella trataremos más adelante.



Figura 1. Modelo Comprehensivo de calidad de vida (Cummins, 2000)

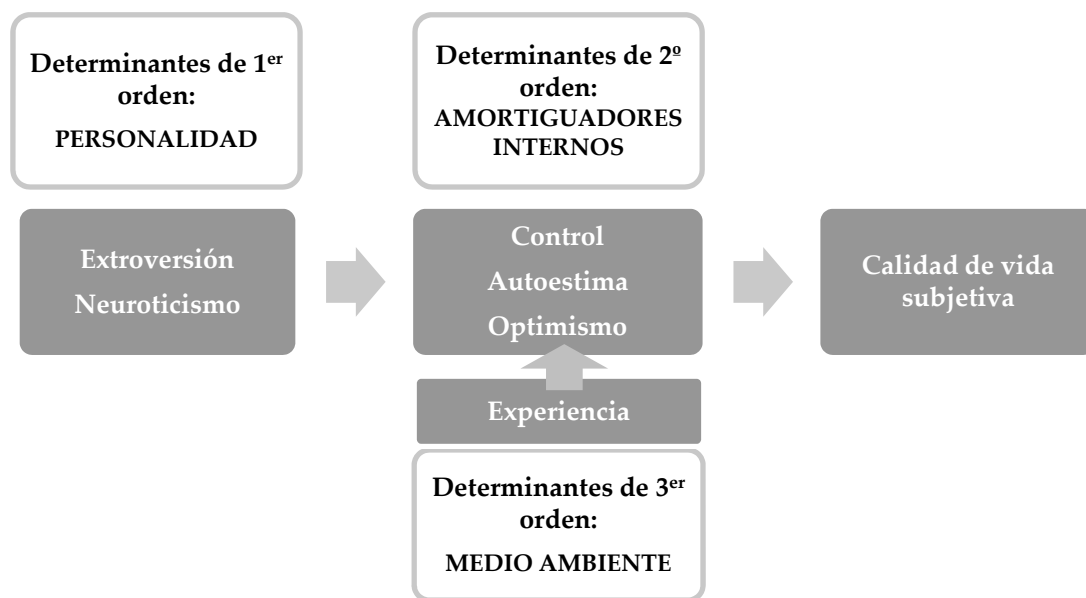


Figura 2. Modelo de calidad de vida subjetiva (Cummins, 2000)

#### 1. 4. 2. 2. Modelo de Felce y Perry (1995, 1996)

En 1995, Felce y Perry revisaron una serie de modelos conceptuales y propuestas de evaluación del constructo calidad de vida (Andrews y Withey, 1976; Baker e Intagliata, 1982; Bigelow et al., 1982; Blunden, 1988; Borthwick-Duffy, 1992; Campbell et al., 1976; Cummins, 1993a, 1993b; Flanagan, 1978; Franklin, Simmons, Solovitz, Clemons y Miller, 1986; Heal y Chadsey-Rusch, 1985; O'Brien, 1987; Parmenter, 1988; Schalock, Keith y Hoffman, 1990; Stark y Goldsbury, 1990). De esta revisión obtuvieron una serie de indicadores que aparecían de forma repetida y que podían agruparse en torno a cinco dimensiones generales definidas a través de indicadores clave: (a) bienestar físico (salud, forma física, movilidad y seguridad personal); (b) bienestar material (ingresos, calidad de la vivienda, transporte, seguridad económica y posesiones); (c) bienestar social (relaciones personales y participación en la comunidad); (d) desarrollo y actividad (competencia, productividad y actividad); y (e) bienestar emocional (felicidad y satisfacción, sentimiento de estrés, salud mental, autoestima, satisfacción con el estatus dado por los otros y el respeto, satisfacción con la fe y las creencias, satisfacción con la sexualidad).

A partir de esta revisión, como se muestra en la Figura 3, los autores proponen un modelo tripartito que trata de integrar la descripción objetiva de las condiciones de vida y la evaluación subjetiva de la satisfacción personal con una tercera dimensión: las aspiraciones y los valores personales (denominada ‘importancia’). La importancia de los valores personales y el peso de la valoración de las experiencias vitales han sido considerados también por otros autores de reconocido prestigio (Campbell et al., 1976; Cummins, 1997a, 1997b; Renwick, Brown y Rapley, 2000). Los tres componentes mencionados interactúan de forma continua y están influidos por eventos y condiciones externas. Las relaciones entre los tres componentes y sus influencias externas (e.g., el empleo, la economía, las variables políticas y los cambios sociales) son las que determinan la calidad de vida de una persona.

Según lo anteriormente planteado, las personas difieren en cuanto a sus preferencias, prioridades y valores. Por ello, según los autores, es tarea obligada que la descripción objetiva de la calidad de vida se complemente con la evaluación de la satisfacción de las personas en las diferentes dimensiones de calidad de vida.



Figura 3. Modelo calidad de vida de Felce y Perry (1995)



[...] Calidad de vida es definida como un bienestar general, el cual comprende tanto descriptores objetivos como subjetivos del bienestar físico, material, social y emocional, junto con el alcance que tiene el desarrollo personal y el desarrollo de actividades, todo ello ponderado por un conjunto de valores personales (Felce y Perry, 1995, p. 60).

Dos años más tarde, en 1997, Felce propone un modelo de calidad de vida en el que integra los indicadores de calidad de vida objetivos y subjetivos, así como los valores personales que llevan al individuo a otorgarles una importancia personal en las distintas dimensiones. Estos indicadores se organizan en torno a cinco áreas: (a) bienestar físico; (b) bienestar material; (c) bienestar social; d) bienestar productivo; y (e) bienestar cívico. El autor recomienda, además, que los indicadores se interpreten teniendo en cuenta el marco de referencia del individuo, sus experiencias y sus circunstancias, así como su personalidad.

#### **1. 4. 2. 3. Modelo de Petry, Maes y Vlaskamp (2005, 2007)**

Entre los escasos esfuerzos por operativizar el concepto de calidad de vida para el colectivo de personas con discapacidad múltiple y profunda, los más recientes son los estudios de Petry, Maes y Vlaskamp. Estos autores llevaron a cabo la primera investigación en 2005 con participantes de Bélgica, Holanda y Alemania. El objetivo consistía en determinar si las cinco dimensiones básicas de calidad de vida propuestas por Felce y Perry (1995) eran aplicables y válidas en el colectivo de personas con discapacidad profunda y múltiple.

Al considerar que las personas con discapacidad múltiple y profunda no poseen las habilidades necesarias para expresar sus experiencias subjetivas verbalmente (Selai y Rosser, 1993) y no ser consistentes los resultados de investigaciones en los que se utilizaban medios de comunicación no verbal, observación directa o personas próximas (Heal y Sigelman, 1996; McVilly, Burton-Smith y Davidson, 2000; Stancliffe, 1995, 2000; Rapley, Ridgway y Beyer, 1998), los autores realizaron un estudio exploratorio cualitativo de estudio de casos múltiples entrevistando a un grupo ( $N = 76$ ) de padres ( $n = 40$ ) y profesionales de atención directa ( $n = 30$ ). Tras realizar los análisis pertinentes, los autores constataron que las cinco dimensiones identificadas por Felce y Perry (1995) fueron

identificadas de forma espontánea por más de la mitad de los respondientes como relevantes para la calidad de vida de las personas con discapacidad múltiple y profunda. Cuando preguntaron por ellas de forma explícita, los valores oscilaron entre 88,2 y 100% según la dimensión.

Un resultado a destacar fue que la operativización de estas dimensiones básicas difería en tres aspectos fundamentales de las operativizaciones existentes para otros colectivos. La primera diferencia hacía alusión al tipo de indicadores mencionados. Padres y profesionales nombraron indicadores relacionados con la higiene, la alimentación, el descanso, las ayudas técnicas, la comunicación, la seguridad básica y la atención individual. Estas categorías no estaban incluidas en el modelo original y, sin embargo, resultaron especialmente importantes para este colectivo dadas sus limitaciones y necesidades de apoyo en estas áreas concretas. Por otra parte, un número muy reducido de padres y profesionales mencionaron los indicadores forma física, seguridad personal, ingresos, estrés, salud mental, sexualidad y fe. No por ello puede concluirse que los aspectos señalados no son importantes, pues tal conclusión sería excesivamente aventurada.

En segundo lugar, los autores compararon la operativización realizada por los participantes de su estudio con otros modelos generales de calidad de vida. Dicha comparación puso de manifiesto que aquella difería de los últimos en un aspecto esencial: las personas con discapacidad múltiple y profunda son extremadamente dependientes de terceros a la hora de satisfacer sus necesidades y, por tanto, su calidad de vida depende enormemente de aquellos que les proporcionan apoyos. El contenido de las dimensiones de calidad de vida es similar para personas con discapacidad severa y para personas con mayor nivel de funcionamiento pero, debido a sus limitaciones, las primeras no pueden alcanzarlas sin apoyos. Un aspecto especialmente relevante relacionado con esta cuestión y surgido en este estudio tiene que ver con las características que la persona proveedora de apoyos debe poseer. El estudio reveló que la provisión de apoyos debía producirse a través de una relación segura con un familiar o profesional sensible.

La tercera y última diferencia encontrada en relación con los indicadores de calidad de vida consistía en que el contenido de éstos era diferente para las personas con discapacidad múltiple y profunda en comparación con otros colectivos; ejemplo de ello es

el hecho de que las personas con discapacidad múltiple y profunda ejercen un impacto en su ambiente de forma diferente al que lo hacen personas con un nivel inferior de discapacidad o personas sin discapacidad.

Los tres resultados comentados permiten concluir que las dimensiones de calidad de vida son universales pero que su operativización a través de indicadores concretos varía de forma considerable en el caso de las personas con discapacidad múltiple y profunda. Este resultado es acorde con otras líneas de investigación sobre modelos de calidad de vida actuales (Cummins, 1997b; Felce y Perry, 1997; Gardner y Carran, 2005; Hughes y Hwang, 1996; Ouellete-Kuntz y McCreary, 1996; Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Keith, 1993; Schalock y Verdugo, 2002/2003; Schalock et al., en prensa; Vlaskamp, 2000).

A partir del estudio anterior, los autores comenzaron en 2007 un segundo estudio en que construyeron un *pool* de ítems relacionados con la calidad de vida y los apoyos de personas con discapacidades múltiples y profundas. Un panel de expertos evaluó el contenido y la estructura del banco de ítems con el objetivo de mejorar su validez y utilidad. Para analizar la información, se utilizó la metodología Delphi. El método Delphi es un procedimiento en el que participa un panel de expertos a quienes se les proporciona una serie de cuestionarios y un determinado *feedback* con el único fin de alcanzar un consenso con respecto a un tema concreto (Polit y Hungler, 1999). El proceso incluyó dos rondas en las que se aseguraron tres características básicas en esta metodología: el anonimato, el control del *feedback* y el control de la información estadística acerca de las respuestas grupales (Adler y Ziglio, 1996).

La muestra del estudio estuvo compuesta por 45 expertos en teoría ( $n = 12$ ), en práctica ( $n = 12$ ) y en experiencia directa ( $n = 12$ ) procedentes de Bélgica ( $n = 12$ ), Alemania ( $n = 12$ ), Holanda ( $n = 11$ ) y Reino Unido e Irlanda ( $n = 10$ ). Tras realizar los análisis cualitativos y cuantitativos oportunos, los resultados pusieron de manifiesto que la mayoría de los ítems eran relevantes para la calidad de vida de las personas con discapacidad múltiple y profunda. En la primera ronda, el 91% de los ítems alcanzó el 80% de consenso. En la segunda ronda, el 78,7% de los ítems alcanzó el criterio del 85% de consenso. No se encontraron diferencias en función del tipo de expertos ni entre países. Además, se incluyeron algunos ítems que los expertos consideraron relevantes y no estaban incluidos en el banco inicial.

La principal aportación de este estudio son 176 ítems que parecen constituir una operativización del concepto de calidad de vida válida para este colectivo. No obstante, cabe señalar que se trata de un enfoque desarrollado desde la perspectiva de las personas próximas, enfoque que es considerado por algunos autores como un indicador poco fiable de la percepción que la propia persona tiene sobre su vida (Perry y Felce, 2002; Schalock y Verdugo, 2002/2003). Además, no debemos olvidar que se trata de indicadores objetivos de calidad de vida y, por tanto, el estudio de los componentes subjetivos de la calidad de vida de estas personas es todavía un reto por abordar.

#### **1. 4. 2. 4. Modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008)**

Si analizamos éste y los modelos descritos anteriormente, resulta evidente que los distintos autores proponen diversos modelos en la misma línea: varían el número y la formulación de las dimensiones, pero la propuesta conceptual es similar en el sentido de que la calidad de vida se entiende como el conjunto global de las valoraciones obtenidas en diferentes dimensiones. No obstante, la comprensión del concepto de calidad de vida implica la comprensión no solo de sus dimensiones e indicadores centrales (cuestión a la que nos referiremos con más detalle más adelante), sino también sus principios de conceptualización, medida y aplicación (Schalock, 2005; Verdugo et al., 2005).

En este sentido, Schalock y Verdugo (Schalock y Verdugo, 2002/2003; 2007; 2008; Schalock et al., en prensa; Verdugo, 2006) conceptualizan o definen la calidad de vida individual como un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades universales (*etic*) y ligadas a la cultura (*emic*); (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciado por características personales y factores ambientales.

En cuanto a su medición, los autores defienden que 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 experiencias humanas comunes y experiencias vitales únicas. A este respecto, cabe señalar que medir los resultados personales relacionados con la calidad de vida de las personas es en la actualidad un proceso conceptual y psicométricamente claro en este modelo; prueba de

ellos son los instrumentos de evaluación desarrollados recientemente sobre la base de este marco conceptual (Alcedo, Aguado, Arias, González y Rozada, 2008; Aguado, Alcedo, Rueda, González y Real, 2008; Aguado, González, Alcedo y Arias, 2003; Gómez et al., 2008; Gómez-Vela y Verdugo, 2009; Sabeh, Verdugo, Prieto y Contini, 2009; van Loon, van Hove, Schalock y Claes, 2008; Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008a, 2009; Verdugo, Gómez y Arias, en prensa; Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009).

Finalmente, en relación con la aplicación del concepto, el modelo sirve para lograr la mejora del bienestar de las personas en sus contextos culturales, mejora que debe fundamentarse en la evidencia. Además, los autores defienden que los principios de calidad de vida deben ser la base de las intervenciones y los apoyos, y deben ocupar un lugar importante en la educación y formación de los profesionales.

El modelo conceptual que presentamos a continuación de forma detallada es el resultado de más de dos décadas de investigación en que se ha seguido un proceso de tres pasos (Schalock y Verdugo, 2007; Schalock et al., en prensa): observar y describir el fenómeno estudiado, hacer un mapa conceptual del mismo y evaluar el modelo (Carlisle y Christensen, 2006; Hughes, Wang, Kim, Eisenman y Killian, 1995; Poole, Dubai y Wofford, 2006; Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2008; Shoemaker, Tankard y Lasorsa, 2004; Sutherland y Katz, 2005). En definitiva, se puede decir que los usos del concepto de calidad de vida de acuerdo con el modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008) son de tres tipos: (a) como un marco de referencia para la prestación de servicios (e.g., Tamarit, 2006), (b) como un fundamento para las prácticas basadas en la evidencia (e.g., Brown et al., 2009), y (c) como un vehículo para desarrollar estrategias de mejora de la calidad (e.g., Schalock y Verdugo, 2007).

Posiblemente sean estas las razones que han hecho de este modelo el más citado en el ámbito de la discapacidad intelectual y las que están permitiendo que, en la actualidad, su aplicación se esté extendiendo a otros colectivos como el de las personas con discapacidad visual (Caballo, Crespo, Jenaro, Verdugo y Martínez, 2005; Verdugo, Caballo, Prieto y Peláez, 2005), las personas mayores (e.g., Alcedo et al., 2008; Aguado et al., 2008; Bowling y Gabriel, 2004; Gómez et al., 2008; Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008a, 2008b, 2009), las personas con drogodependencias (Arias, Gómez, Verdugo y Navas, en

prensa; De Maeyer, Vanderplasschen y Broekaert, 2009) y personas con lesión medular (Aguado y Alcedo, 2005; Aguado, González et al., 2003).

A la exposición mucho más detallada del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008) dedicaremos el siguiente apartado. No obstante, antes intentaremos responder a la tercera pregunta planteada en los objetivos de este capítulo: cuáles son los criterios que debe cumplir un modelo.

#### 1. 4. 2. 5. Criterios para evaluar un modelo operativo

Acabamos de comprobar que existen varios modelos o marcos conceptuales sobre calidad de vida individual. Por este motivo, consideramos una cuestión especialmente relevante la reflexión sobre los criterios que deben utilizarse para evaluar la utilidad y el efecto de los modelos descritos en este capítulo. Como un intento de estimular la reflexión y la discusión sobre criterios relevantes para tales modelos, Schalock et al. (en prensa) sugieren las preguntas que se exponen en la Tabla 4.

Tabla 4. Criterios que deben cumplir los modelos (Schalock et al., en prensa)

1. **¿Es el modelo creíble?** Es decir, ¿tiene sentido y describe el fenómeno? Los criterios específicos deberían incluir (Hunter, 2006; Schalock y Luckasson, 2005): *sistemático* (i.e., organizado, secuencial, lógico), *formal* (i.e., explícito y razonado) y *transparente* (i.e., evidente y claramente comunicado).
2. **¿Es el modelo aceptado?** Los criterios específicos incluyen: *citado* en revistas científicas, replicado en investigaciones *transculturales* y marco para la aplicación de *políticas* y el desarrollo de *servicios*.
3. **¿Se puede probar el modelo?** Los criterios específicos incluirían que el modelo: genere *hipótesis* y se *modifique* sobre la base de nueva información (Keith, 2001, 2007).
4. **¿Provoca algún cambio el uso del modelo?** Los criterios específicos son que el modelo: explique los *'inputs'*, los *procesos* y los *factores externos* de los programas que potencialmente pueden influir en los resultados; identifique y priorice las preguntas de evaluación y ayude a seleccionar la mejor metodología para responder a tales preguntas; mejore nuestra capacidad de explicar la causalidad y predecir los resultados; ayude a desarrollar prácticas basadas en la evidencia; y facilite la mejora de las organizaciones y los sistemas (Brown et al., 2009; Carlisle y Christensen, 2006; Keith y Bonham, 2005; Meader, Uzzell y Gaterslebe, 2006; Rogers y Bozeman, 2001; Veerman y van Yperen, 2007).

### 1. 4. 3. La concepción de calidad de vida desde el modelo de Schalock y Verdugo

El modelo heurístico propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003) está formado por tres componentes principales: (a) dimensiones, indicadores y resultados personales de calidad de vida; (b) una perspectiva de sistemas sociales; y (c) los focos de medición, aplicación y valoración (Figura 4).



Figura 4. Componentes del modelo heurístico de Schalock y Verdugo (2002/2003)

#### 1. 4. 3. 1. Elementos del modelo

El modelo de calidad de vida se operativiza a través de dimensiones, indicadores y resultados personales que, como se muestra en la Figura 5, se organizan en distintos niveles. Como se ha señalado anteriormente, las *dimensiones* de calidad de vida propuestas en el modelo son: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos (ver Figura 6). Las dimensiones básicas de calidad de vida se entienden como "un conjunto de factores que componen el bienestar personal" (Schalock y Verdugo, 2003, p. 34).

Como Schalock, Gardner y Bradley señalan, es importante comprender que (a) la importancia relativa de las dimensiones mencionadas varía de unas personas a otras e, incluso, a lo largo de la vida de una persona; (b) aunque las valoraciones de estas dimensiones varían de unas personas a otras y de unas regiones a otras, existe cierto consenso internacional sobre su importancia y estructura (Aznar y Castañón, 2005; Chou y Schalock, 2009; Jenaro et al., 2005; Schalock et al., 2005; Xu, Wang, Xiang y Hu, 2005).

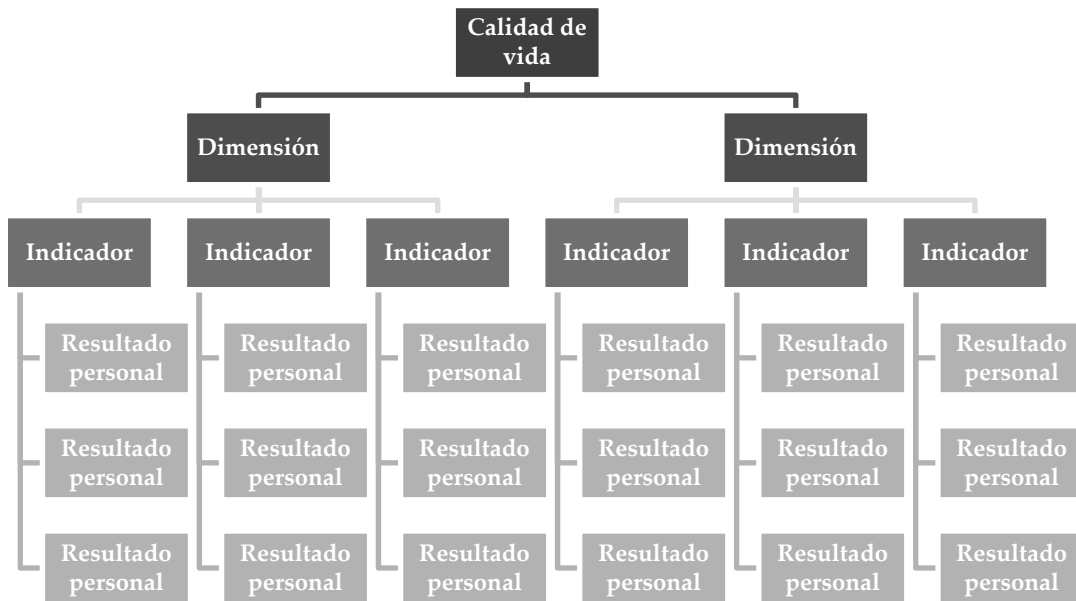


Figura 5. Estructura del modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003)



Figura 6. Dimensiones del modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003)



Las dimensiones de calidad de vida se operativizan mediante sus *indicadores* centrales (Cummins, 2005; Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Verdugo, 2002/2003; Schalock et al., en prensa; Verdugo et al., en prensa), que se definen 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). Éstos cumplen, al menos, cinco funciones útiles, que de detallan en la Tabla 5.

Tabla 5. Funciones de los indicadores de calidad (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009)

1. Permiten la medición de las dimensiones.
2. Facilitan la rendición de cuentas mediante la medición de los resultados personales.
3. Permiten hacer seguimientos, mejorar los programas y promover cambios en los ámbitos individuales, organizacionales, comunitarios y de sistemas.
4. Aportan un marco para las buenas prácticas con respecto a la exploración, resolución y mejora de la calidad.
5. Muestran estabilidad intergrupar y sensibilidad a las percepciones de las personas.

Aunque más adelante se concretan los indicadores de calidad utilizados con más frecuencia (ver Tablas 7 y 8), continuamente se plantea la necesidad de desarrollar indicadores específicos para cada dimensión sensibles a la cultura concreta en la que se va a realizar la evaluación. Por ello, es común encontrar en cada investigación distintas propuestas de indicadores, si bien lo cierto es que tales diferencias suelen ser muy ligeras. A la hora de elegir unos indicadores de calidad específicos, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones generales. Los criterios para la selección de un indicador se basan en si éste se relaciona funcionalmente con la consiguiente dimensión de calidad de vida, si mide lo que supuestamente mide (validez), si es consistente entre personas o evaluadores (fiabilidad), si mide el cambio (sensibilidad), si refleja únicamente los cambios en la situación concerniente (especificidad) y si es abordable, oportuno, centrado en la persona, puede ser evaluado longitudinalmente y es sensible a la cultura (Schalock y Verdugo, 2002/2003). Otras consideraciones más concretas han sido recientemente apuntadas por Schalock, Gardner y Bradley (2007/2009); tales criterios se reflejan en la Tabla 6.

Tabla 6. Criterios de selección de los indicadores (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009)

Los indicadores seleccionados deben:

1. Parecer *válidos* a las personas implicadas (i.e., individuos, familias y profesionales).
2. Poder evaluarse y tener *solidez psicométrica*.
3. Estar *conceptualmente* vinculados a un modelo de calidad de vida y abarcar la extensión del concepto e calidad de vida (y por tanto definirla).
4. Tener un potencial de *mejora* que maximice el bienestar personal.
5. Ser fácilmente *comprensibles* y comunicables (sencillez).
6. Ser directa o indirectamente *controlables* por los proveedores de servicios (Schalock et al., en prensa; Verdugo et al., 2005; Verdugo, Schalock, Gomez y Arias, 2007; Walsh, Erickson, Bradley, Moseley y Schalock, 2006).
7. Constituir una plantilla mediante la cual las organizaciones, sistemas y administraciones puedan valorar la situación actual y *orientar* los esfuerzos futuros.
8. Reflejar aspectos como la *innovación*, la *solidez* y la *rentabilidad*.
9. Ser *globales*.
10. Reflejar situaciones que no sean *ni muy excepcionales* (puesto que su escasa frecuencia no permitirá identificar tendencias ni patrones razonables) *ni muy comunes* (puesto que probablemente no capten los cambios ni las fluctuaciones).

La evaluación de la situación personal o de las aspiraciones de la persona en estos indicadores se refleja en los *resultados personales*, que se definen como "aspiraciones definidas y valoradas personalmente" (Schalock, Gardner y Bradley, 2007, p. 20). Éstos pueden ser: (a) analizados en el ámbito individual; (b) agregados en el nivel de proveedores y de sistemas; o (c) complementados por otros indicadores del ámbito de sistemas (e.g., indicadores de salud y seguridad, renovación del personal, pertenencia a organizaciones comunitarias).

Esta perspectiva de evaluación y uso de resultados personales recoge los tres cambios principales que se han producido en la teoría y estrategias de evaluación a lo largo de las dos últimas décadas (Schalock, 2001). En primer lugar, responde al planteamiento teórico actual de la evaluación de programas que explica cómo influyen los *inputs* de programas (e.g., priorizar la mejora de la calidad de vida) y los factores externos en los resultados personales. Así, facilita la comprensión del funcionamiento de los programas y permite identificar los objetivos y la metodología de la evaluación (Chen, 1990; Donaldson y Gooler, 2003). En segundo lugar, se ha impuesto el pluralismo metodológico como método principal de evaluación de los indicadores de calidad y de los resultados personales (Denzin y Lincoln, 2000; Fishman, 2003; Schalock, 2005). Y en tercer lugar, la evaluación centrada en la persona se ha convertido en una cuestión normativa, lo que ha

implicado que: (a) la evaluación no se centre sólo en resultados personales, sino que tenga en cuenta también las estructuras formales e informales que producen esos resultados; (b) las organizaciones tengan la posibilidad de aprender a usar la información resultante de la evaluación para cambiar sus programas y mejorar los resultados personales (Schalock y Verdugo, 2007); y (c) se utilice la información para transformar o modificar las estructuras formales e informales (Hodges y Hernández, 1999; House, 1991; Newcomer, 1997; Patton, 1997).

#### 1. 4. 3. 2. Niveles de aplicación del modelo

El modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo tiene la peculiaridad, además, de incluir la perspectiva de sistemas (Bronfenbrenner, 1987; Bronfenbrenner y Evans, 2000). Así, toma en consideración el hecho de que las personas viven en varios sistemas que influyen el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos, actitudes, y que afectan a su calidad de vida. Estos sistemas son, en primer lugar, el *microsistema*, que incluye los contextos sociales inmediatos, como la familia, el hogar, el grupo de iguales y el lugar de trabajo, y que afectan directamente a la vida de la persona; en segundo lugar, el *mesosistema*, que incluye el vecindario, la comunidad, las agencias de servicios y las organizaciones que afectan directamente al funcionamiento del microsistema; y en tercer lugar, el *macrosistema*, que se refiere a los patrones más amplios de cultura, a las tendencias sociopolíticas, los sistemas económicos y los factores sociales que afectan directamente a los valores y las creencias, así como al significado de palabras y conceptos (Schalock, 2005; Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Verdugo, 2002/2003). Por este motivo, se califica a este modelo de *ecológico* (Figura 7)



Figura 7. Niveles de aplicación del modelo

El microsistema o ambiente social suele evaluarse mediante *valoraciones personales* en las que se pregunta a la propia persona sobre su grado de satisfacción experimentado en relación a distintos indicadores de calidad. Por otro lado, el mesosistema se relaciona directamente con la *evaluación funcional* o la valoración objetiva de la calidad de vida; en este tipo de evaluaciones suele preguntarse a un observador externo (i.e., un profesional o familiar) sobre el grado de consecución o aplicación del indicador a la persona en cuestión. Los instrumentos de medida utilizados a este nivel a menudo emplean escalas tipo Likert o escalas ordinales con el objetivo de realizar el perfil de calidad de vida del individuo. Tanto en el nivel del microsistema como en el nivel del mesosistema se evalúan *resultados personales* (Figura 8).

Por el contrario, la evaluación del macrosistema suele realizarse a través de *indicadores sociales*. Los indicadores sociales, generalmente, se refieren a condiciones externas y dependientes del entorno (e.g., la salud, el bienestar social, el nivel de vida, la educación, la seguridad pública, las tasas de empleo, la esperanza de vida, etc.) Estos indicadores pueden definirse como estadísticas de comparativa social que facilitan valoraciones concisas, globales y ajustadas de las condiciones de los principales aspectos sociales (Andrews y Whitney, 1976; Epley y Menon, 2008; Grasso y Canova, 2008). Tales indicadores son útiles para valorar la calidad general de la vida comunitaria o nacional, pero insuficientes para medir el bienestar personal percibido por una persona o los resultados de calidad de un programa de atención (entre otras razones, porque no pueden ser controlados por las personas ni los profesionales que trabajan con ellas).



Figura 8. Evaluación en los sistemas

### **1. 4. 3. 3. Focos del modelo**

El modelo plantea tres focos: medición, aplicación y valoración. En el segundo capítulo nos centraremos a la descripción detallada del foco de la medición. Y en otros apartados de este mismo capítulo aludiremos a los de aplicación y valoración.

### **1. 4. 4. La formulación y validación del modelo de Schalock y Verdugo**

La formulación de un modelo implica combinar diversas fuentes de información que incluyen las definiciones existentes, la literatura relevante y el razonamiento lógico (Shoemaker et al., 2004). En este caso, la principal fuente de información para la formulación del modelo la han constituido dos décadas de investigación que han resultado en: (a) identificar los indicadores centrales de calidad de vida que tienen propiedades *etic* (Aznar y Castañón, 2005; Chou y Schalock, 2009; Jenaro et al., 2005; Keith, Heal y Schalock, 1996; Schalock et al., 2005; Xu, Wang, Xiang y Hu, 2005); (b) desarrollar y evaluar indicadores de calidad de vida para cada una de las dimensiones sensible a la cultura y válidos para evaluar resultados personales (van Loon, van Hove, Schalock y Claes, 2008; Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009); y (c) identificar varias características personales y variables ambientales asociadas con los resultados personales relacionados con la calidad de vida (Keith, 2007; Schalock y Bonham, 2003; Schalock et al., 2007).

El desarrollo de este modelo se llevó a cabo por medio de las dos fases planteadas por Carlisle y Christensen (2006), Fawcett (1999) y Shoemaker et al. (2004) en el camino hacia el desarrollo de una teoría: (1) la formulación y (2) la validación del marco conceptual y de medida.

#### **1. 4. 4. 1. La formulación del marco conceptual y de medida**

Durante las tres primeras décadas del nacimiento del concepto (i.e., desde comienzos de los 60 hasta finales de los 80), la observación y la descripción relacionada con el concepto de calidad de vida se ajustaba en términos generales a una perspectiva ambiental de indicadores sociales (e.g., Andrews y Whithey, 1976; Parmenter y Donnelly,

1997) o a una perspectiva individual de bienestar personal (e.g., Brown, 1997; Cummins, 1997a; Goode, 1990). En sus comienzos, esta perspectiva incorporaba valores personales y evaluaciones de la satisfacción; sin embargo, de forma progresiva, fue quedando patente que el concepto de calidad de vida implicaba una combinación de elementos objetivos y subjetivos.

Tras la observación y la descripción, a mediados de los 80, se trató de ir más allá y comenzó una fase que tuvo como objetivo llevar a cabo la conceptualización estructural del constructo (Kane y Trochim, 2007; Rosas y Camphausen, 2007; Sutherland y Katz, 2005) mediante la identificación y definición de dimensiones centrales y sus respectivos indicadores. Así, se desarrolló un marco conceptual basado en dimensiones e indicadores centrales. EL trabajo implicó tres tipos de actividades: (a) generar ideas y enumerar las dimensiones y los indicadores potenciales a partir de los resultados obtenidos mediante grupos de discusión, entrevistas personales y la revisión de la literatura científica; (b) clasificar las dimensiones y los indicadores potenciales en grupos según su sentido conceptual; y (c) definir cada dimensión de forma operativa mediante indicadores medibles (Cummins, 1997b; Felce y Perry, 1997; Gardner y Carran, 2005; Hughes et al., 1995; Hughes y Hwang, 1996; Schalock y Keith, 1993; Schalock y Verdugo, 2002/2003).

#### ***a) Estudios para la extracción de los indicadores de calidad de vida***

Un buen ejemplo del primer tipo de actividades llevadas a cabo en la formulación del marco conceptual mencionadas más arriba, fue la revisión bibliográfica que, partiendo del modelo de calidad de vida propuesto por Schalock (1996, 1997) para personas con discapacidad intelectual, realizaron Schalock y Verdugo (2002/2003) con la intención de confirmar o refutar las dimensiones propuestas y detectar los indicadores más importantes en los que se había centrado la investigación. Para ello, llevaron a cabo un análisis de la literatura científica en salud, salud mental, servicios sociales, mayores y educación de los últimos veinte años.

La búsqueda consistió en la localización de todo tipo de artículos científicos que incluyeran el término 'calidad de vida' (*quality of life*) en su título o en sus descriptores. En la búsqueda encontraron 20.900 referencias, entre las que seleccionaron 9.749 tras constatar la adecuación de sus títulos a los objetivos de la búsqueda. Tras la lectura de los resúmenes, se seleccionaron 2.155 referencias por su relevancia para el objeto de la investigación. Localizaron y leyeron 897 referencias cuyas temáticas versaban sobre educación, salud, salud mental, discapacidad intelectual y discapacidades del desarrollo, y personas mayores. Tras el análisis de los artículos, descartaron aquellos que no incluían información sobre las dimensiones o los indicadores en los que se había basado la investigación, los que no especificaban claramente un modelo y aquellos que consistían en revisiones de trabajos de otros autores. Finalmente, los análisis se basaron en 395 referencias.

El procedimiento de análisis consistió en una lectura detenida de cada artículo en la que examinaron qué dimensiones se enumeraban y qué indicadores se explicitaban. Con la información obtenida construyeron unas tablas para cada área en las que organizaron de modo jerárquico las dimensiones e indicadores encontrados con mayor presencia. Finalmente, construyeron una tabla resumen (Tabla 7), consistente en ocho dimensiones (de mayor a menor presencia) y 24 indicadores (aquellos más frecuentemente nombrados en las publicaciones revisadas).

Otro ejemplo más reciente, aunque de menor envergadura, es el estudio realizado por Schalock, Gardner y Bradley (2007/2009); en el que se analizaron 16 fuentes diferentes (artículos, capítulos de libros y libros de investigación) relacionadas con las dimensiones de calidad de vida individual de las personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo con objeto de identificar las dimensiones que componían los respectivos modelos. Los resultados se organizaron en un listado organizado en función de la frecuencia de aparición en las 16 fuentes consultadas. Así, las dimensiones encontradas con más frecuencia fueron las siguientes: relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, bienestar material, bienestar emocional y derechos. No obstante, se encontraron además factores relacionados con el entorno, la familia, el entretenimiento y el ocio, la seguridad y la satisfacción (Tabla 8).

Tabla 7. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003)

DIMENSIONES	INDICADORES
1. Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía /control personal, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos humanos, derechos legales

Tabla 8. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009)

DIMENSIONES	N REFERENCIAS
1. Relaciones Interpersonales	16
2. Inclusión Social	15
3. Desarrollo Personal	14
4. Bienestar Físico	13
5. Autodeterminación	13
6. Bienestar Material	13
7. Bienestar Emocional	9
8. Derechos	8
9. Entorno	6
10. Familia	5
11. Entretenimiento y ocio	5
12. Seguridad	4
13. Satisfacción	3

Nota. Basado en las dimensiones de calidad de vida individual publicadas por Bonham et al. (2004); Cummins (1997a, 1997b, 2003); Felce y Perry (1996); Ferdinand y Smith (2002); Gardner y Nudler (1997); Gettings y Bradley (1997); Grupo de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (1995); Harner y Heal (1993); Hughes et al. (1995); Karon y Bernard (2002); Karon, Stegeman y Bernard (2003); Renwick, Brown y Raphael (2000); Schalock y Keith (1993); Schalock y Verdugo (2002/2003).

#### 1. 4. 4. 2. La validación del marco conceptual y de medida

Son varios los estudios en los que se ha llevado a cabo la validación del marco conceptual y de medida de Schalock y Verdugo (2002/2003) mediante la comprobación de su estructura factorial y determinando las propiedades *etic* y *emic* de sus dimensiones e indicadores. En las siguientes páginas, describiremos algunos de los más relevantes.



### **a) Estudio transcultural de los indicadores de calidad de vida**

El propósito general del estudio transcultural realizado por Schalock et al. (2005) consistió en mejorar el entendimiento de tres fenómenos: (a) la identificación de las dimensiones y los indicadores centrales de la calidad de vida; (b) el papel clave que juega la cultura en la expresión de conductas y creencias; y (c) las propiedades *etic* o universales (Keith y Schalock, 2000; Kober y Eggleton, 2002; Rapley y Loblely, 1995; Schalock y Verdugo, 2002/2003; Skevington, 2002; Verdugo, Prieto, Caballo y Peláez, 2005) y las propiedades *emic* o culturales (Kober y Eggleton, 2002) del constructo de calidad de vida.

En el estudio participaron cinco grupos geográficos (el 22,8% de España, el 46,4% de Sudamérica y América Central, el 6,8% de Canadá, el 18,8% de China y el 5,2% de Estados Unidos) y tres grupos de respondientes (personas con discapacidad intelectual, familiares y profesionales). El instrumento se aplicó a un total de 2.042 personas, 778 (38,1%) de ellas con discapacidad intelectual, 491 (24%) familiares y 773 (37,9%) profesionales. Las personas con discapacidad intelectual eran adultos mayores de 18 años con comprensión verbal suficiente para entender las preguntas que se les hacían; los familiares y profesionales estaban relacionados con todo tipo de servicios para personas con discapacidad.

El instrumento que desarrollaron y utilizaron para llevar a cabo la investigación fue la encuesta denominada 'Indicadores Transculturales de Calidad de Vida: Evaluación de su importancia y uso', construida por Verdugo y Schalock (2001). Inicialmente, se desarrolló en inglés y después se tradujo a los diferentes idiomas de los participantes. La encuesta consta de 48 ítems de evaluación de los 24 indicadores propuestos en el modelo (se incluían dos ítems, por tanto, para cada indicador: uno sobre su importancia y otro sobre su grado de utilización).

Los resultados indicaron que: (a) existían perfiles similares de importancia y uso en los diferentes grupos de respondientes y en los distintos grupos geográficos (resultado que apoyaba las hipótesis relativa a las propiedades *etic* del constructo); (b) existían diferencias significativas en las puntuaciones medias de importancia y uso, tanto para los grupos de respondientes como para los grupos geográficos (resultado que apoyaba la hipótesis relativa a las propiedades *emic* del constructo); y (c) los factores encontrados en los análisis

de importancia y uso se agrupaban de un modo bastante acorde con las ocho dimensiones propuestas de calidad de vida.

Jenaro et al. (2005) replicaron el estudio transcultural con una muestra de 781 personas: 279 (37,5%) personas con discapacidad intelectual, 205 (26,2%) familiares y 297 (38,0%). Los datos se recogieron en cuatro países europeos: Polonia (49,4%), Francia y Bélgica (28,9%) e Italia (21,6%). Los resultados observados confirmaban la conclusión principal del estudio previo: la existencia de propiedades *etic* y *emic* en el constructo de calidad de vida. Más concretamente, los resultados que apoyaron las propiedades *etic* fueron, en primer lugar, la existencia de perfiles similares en importancia y uso para los diferentes grupos geográficos y los distintos grupos de respondientes, y en segundo lugar, la agrupación de los indicadores en las dimensiones de calidad de vida propuestas en los análisis factoriales realizados. Por otro lado, los resultados que confirmaron las propiedades *emic* al observar diferencias significativas en las puntuaciones medias tanto entre los grupos de respondientes como en los distintos países. Algo similar encontraron Chou y Schalock (2009) cuando añadieron a los datos anteriores los recogidos en Taiwán.

Por otro lado, Xu, Wang, Xiang y Hu (2005) realizaron otro estudio transcultural sobre la importancia de las dimensiones de calidad de vida en un estudio con receptores de servicios de rehabilitación, padres, profesores y profesionales en China. En esta ocasión, el análisis de componentes principales dio lugar a siete factores que influían en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. Tales factores eran conceptualmente equivalentes a las ocho dimensiones de calidad de vida propuestas por Schalock y Verdugo (2003/2003). Del mismo modo, el estudio realizado por Aznar y Castañón (2005) confirmaba las ocho dimensiones en un estudio realizado con 180 familias latinoamericanas que contaban con un miembro con discapacidad intelectual.

### ***b) Validación empírica del marco conceptual***

Entre las investigaciones más recientes dedicadas a la validación del modelo, destacan dos enfoques: (a) los estudios que utilizan el análisis factorial confirmatorio (Martín, 2006; Verdugo et al., en prensa; Wang, Schalock y Verdugo, en prensa); y (b) los que utilizan redes neuronales (Martín, 2006; Verdugo et al., en prensa).

Entre los estudios que han utilizado el análisis factorial confirmatorio, destaca en primer lugar el realizado con la versión subjetiva de la Escala Integral (Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009), cuya descripción se expondrá en el siguiente capítulo de este trabajo. El análisis factorial confirmatorio se llevó a cabo sobre la matriz de correlaciones policóricas de los datos obtenidos en una muestra española compuesta por 413 adultos con discapacidad intelectual. Los índices de ajuste de la solución factorial se presentan en la Tabla 9 y su representación gráfica en la Figura 9 (Martín, 2006; Verdugo et al., en prensa).

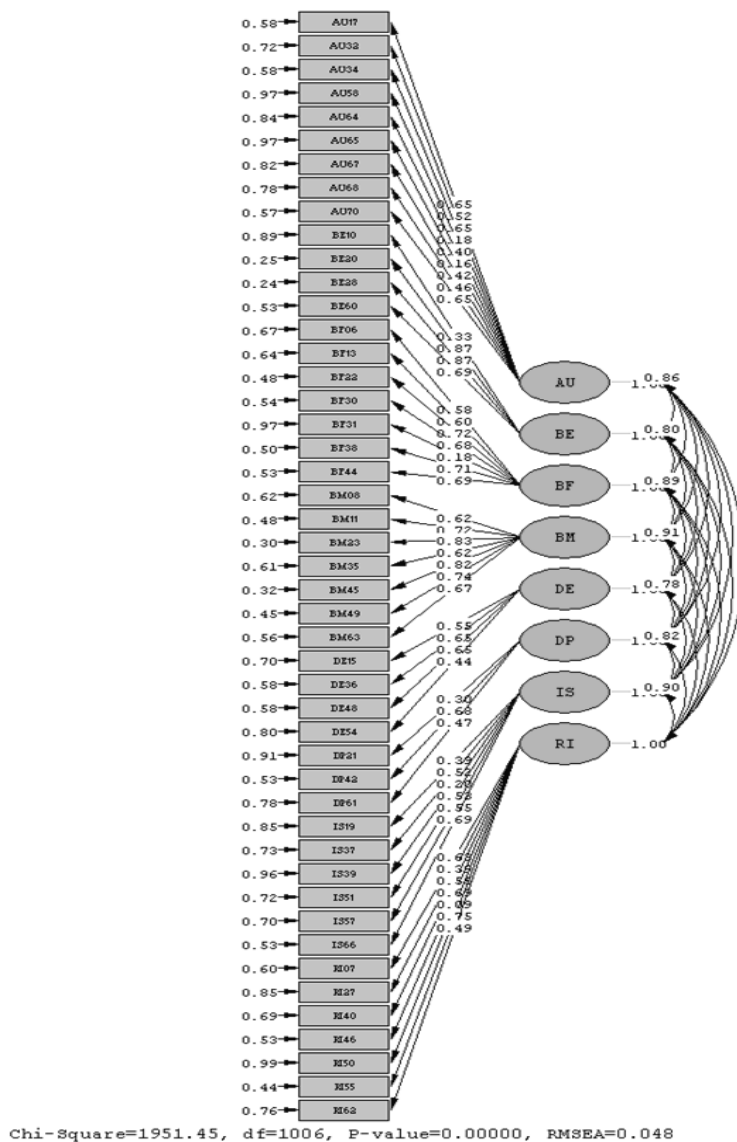


Figura 9. Análisis factorial confirmatorio de la Escala Integral

Tabla 9. Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio de la Escala Integral

$\chi^2_{(1006)}$	P	RMSEA	GFI	RFI	IFI	CFI	AGFI
1951,45	,000	,048	,95	,91	,96	,96	,95

En conclusión, los datos obtenidos mediante el análisis factorial confirmatorio de la versión subjetiva de la Escala Integral confirmaron la estructura factorial de primer orden propuesta por Schalock y Verdugo (2002/2003); es decir, se confirmó el modelo teórico de ocho dimensiones: bienestar emocional (BE), relaciones interpersonales (RI), bienestar material (BM), desarrollo personal (DP), bienestar físico (BF), autodeterminación (AD), inclusión social (IS) y derechos (DE).

Otro estudio realizado más recientemente por Wang et al. (en prensa) tuvo como objetivo estudiar si el constructo de calidad de vida mostraba una estructura jerárquica (i.e., los indicadores de calidad de vida se distribuían en torno a ocho dimensiones de primer orden y uno o varios factores de segundo orden).

La hipótesis sobre la estructura jerárquica del constructo resultó de seis líneas de investigación. La primera, desarrollada por Elorriaga, García, Martínez y Unamunzaga (2000) mediante grupos de discusión con proveedores de servicios sociales en España (Figura 10). La segunda, el análisis de la literatura científica realizada por Schalock, Gardner y Bradley (2007/2009) anteriormente comentado, que dio lugar a un *ranking* de las dimensiones más citadas (Figura 11). La tercera, los resultados del proyecto *Ask me!* en Maryland (Schalock, Bonham y Marchand, 2000) con 237 participantes, que dio lugar a la estructura jerárquica mostrada en la Figura 12. La cuarta, varios grupos de discusión celebrados con personas con discapacidad y que dieron como resultado la organización jerárquica de la Figura 13 (Schalock, 2004). Aznar y Castañón obtuvieron una quinta ordenación jerárquica en su investigación con 180 familias latinoamericanas (Figura 14). La sexta, se trata de una extensión de los estudios de Schalock et al. (2005) y Jenaro et al. (2005) en la que se incluye una muestra de participantes procedentes de Taiwán (Chou y Schalock, 2009) (Figura 15). Aunque el orden de las dimensiones resultante de estos cinco estudios varía en gran medida debido a las diferencias individuales y culturales, todos apuntan a una posible organización jerárquica del constructo en la que las ocho dimensiones de calidad de vida constituirían factores de primer orden y que podrían organizarse en torno a un factor de segundo orden.

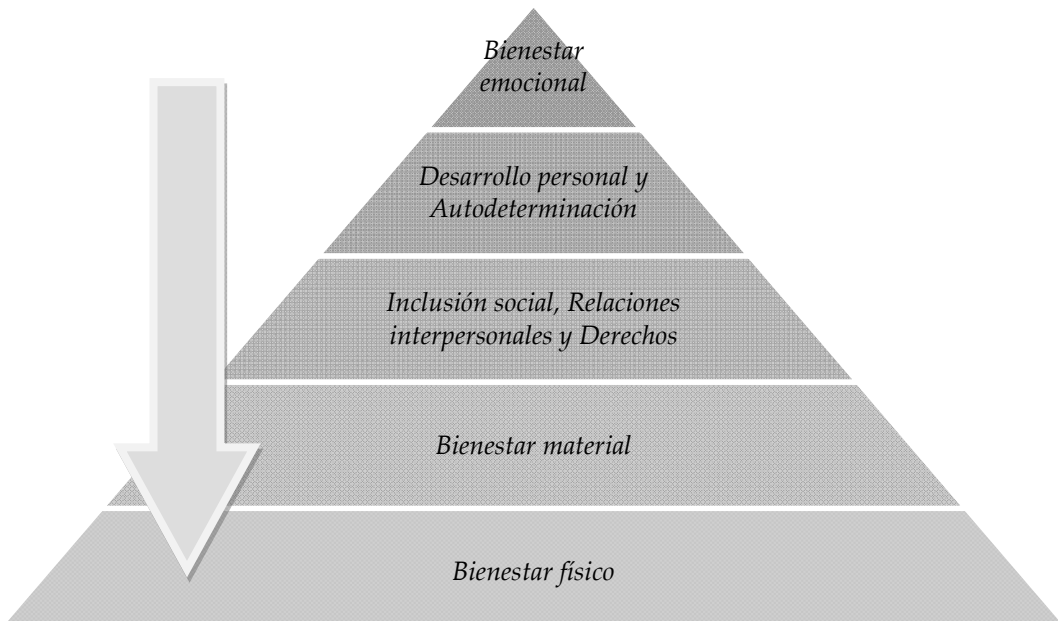


Figura 10. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Elorriaga et al., 2000)

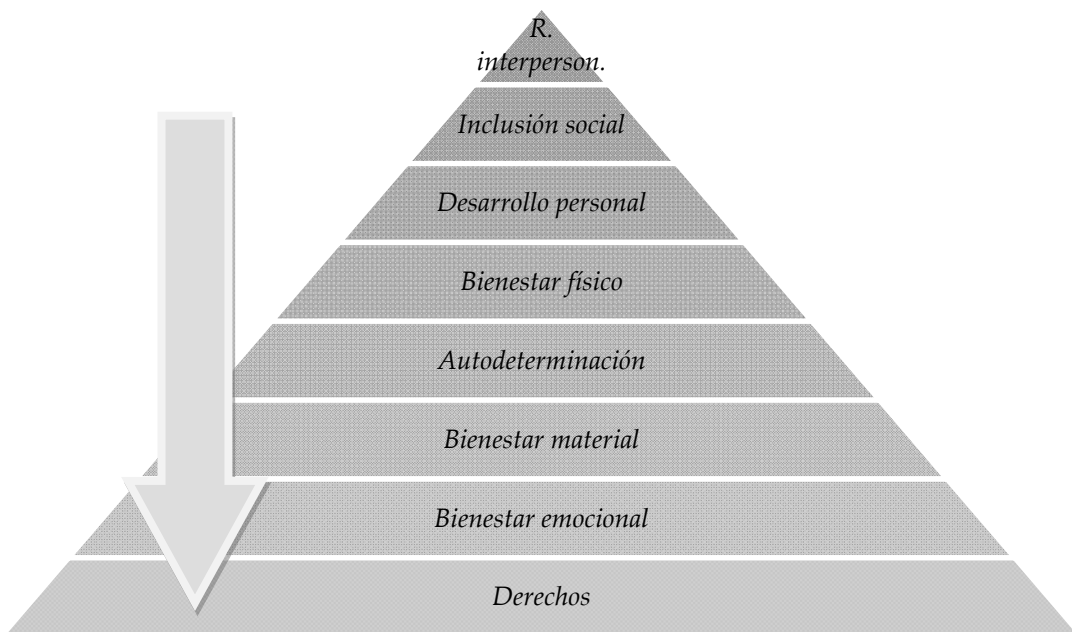


Figura 11. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009)

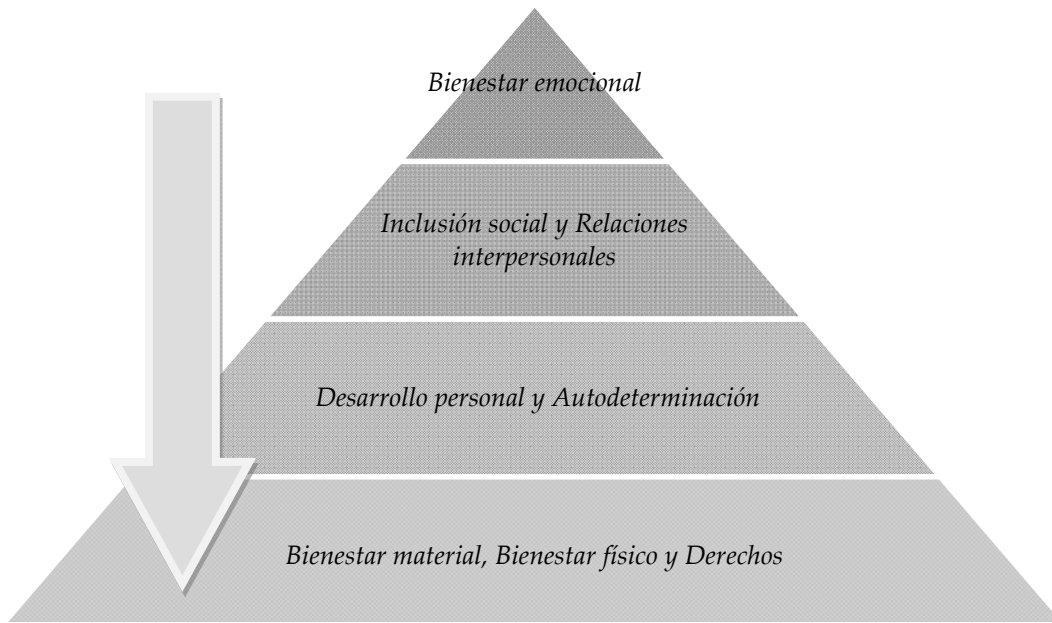


Figura 12. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Schalock, 2000)

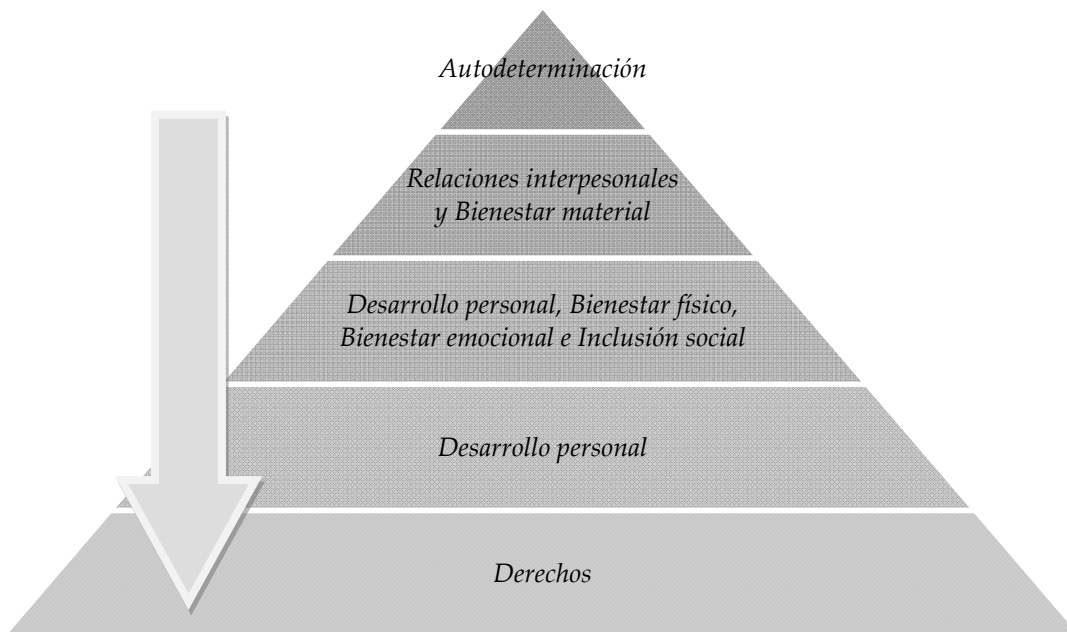


Figura 13. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Schalock, 2004)

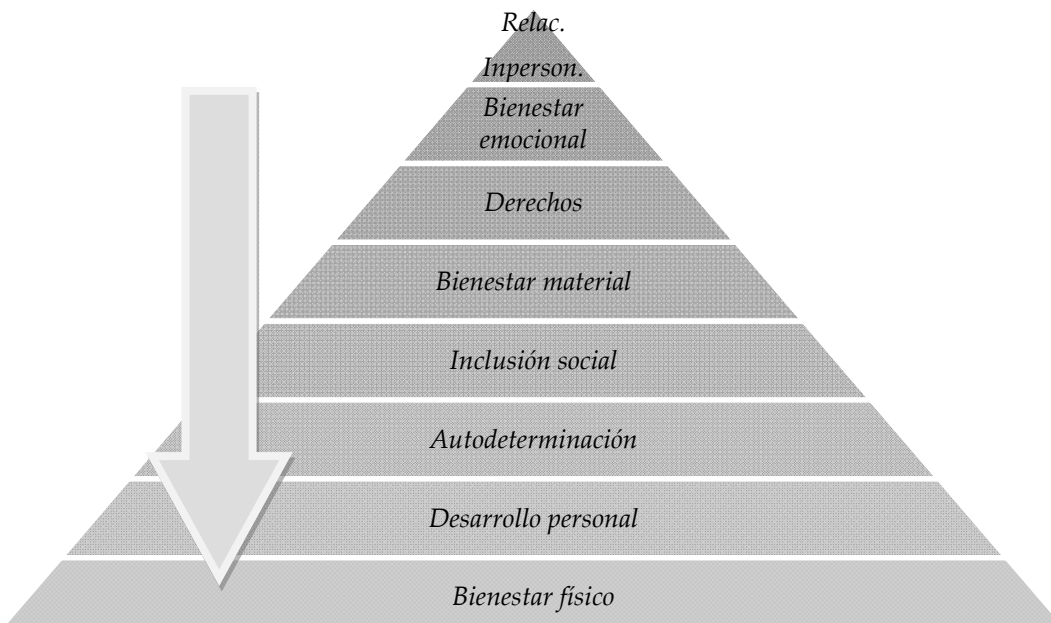


Figura 14. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Aznar y Castañón, 2005)

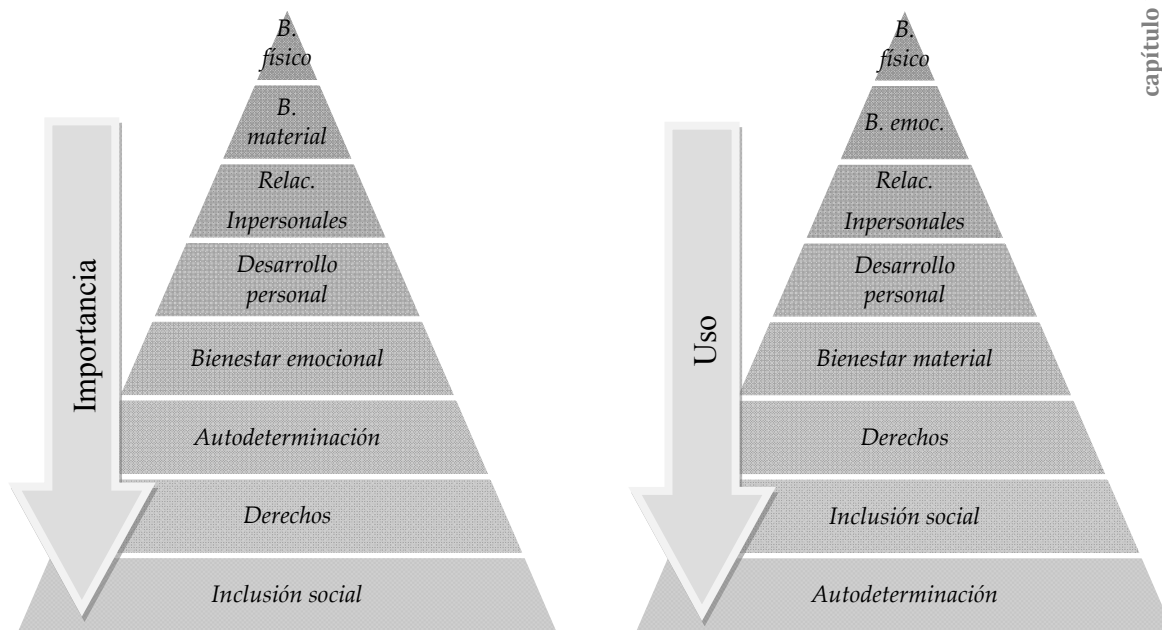


Figura 15. Ordenación jerárquica de las dimensiones (Chou et al., 2007; Chou y Schalock, 2009)

Pero, además de las anteriores, existen líneas de investigación diferentes que señalan otras posibles soluciones con tres factores de segundo orden. Concretamente, dos son las líneas que justifican la existencia de tres factores de segundo orden. En el primer estudio (Bonham, Basehart y Marchand, 2003; Bonham et al., 2004), se llevó a cabo un *path analysis* (basado en las respuestas de casi mil usuarios de servicios sociales en el estado de Maryland) de las dimensiones de calidad de vida con Inclusión Social, Desarrollo personal y Autodeterminación como variables independientes. Se realizó un análisis de regresión paso a paso hacia delante (*'forward stepwise regression'*) de cada una de las tres dimensiones sobre las siete restantes. Los resultados dieron lugar a unas altas correlaciones entre algunas de las dimensiones que se agrupaban en tres factores (Figura 16). La segunda línea de investigación la constituyen dos de los estudios transculturales anteriormente referidos en este capítulo (Jenaro et al., 2005; Schalock et al., 2005). En cada estudio, los resultados pueden sugerir una estructura diferente con tres factores de segundo orden: son los denominados 'Modelo de Salamanca' (Jenaro et al., 2005) y 'Modelo de Schalock' (Schalock et al., 2005) de aquí en adelante. Una representación gráfica de cada uno de ellos se presenta en las Figuras 17 y 18.

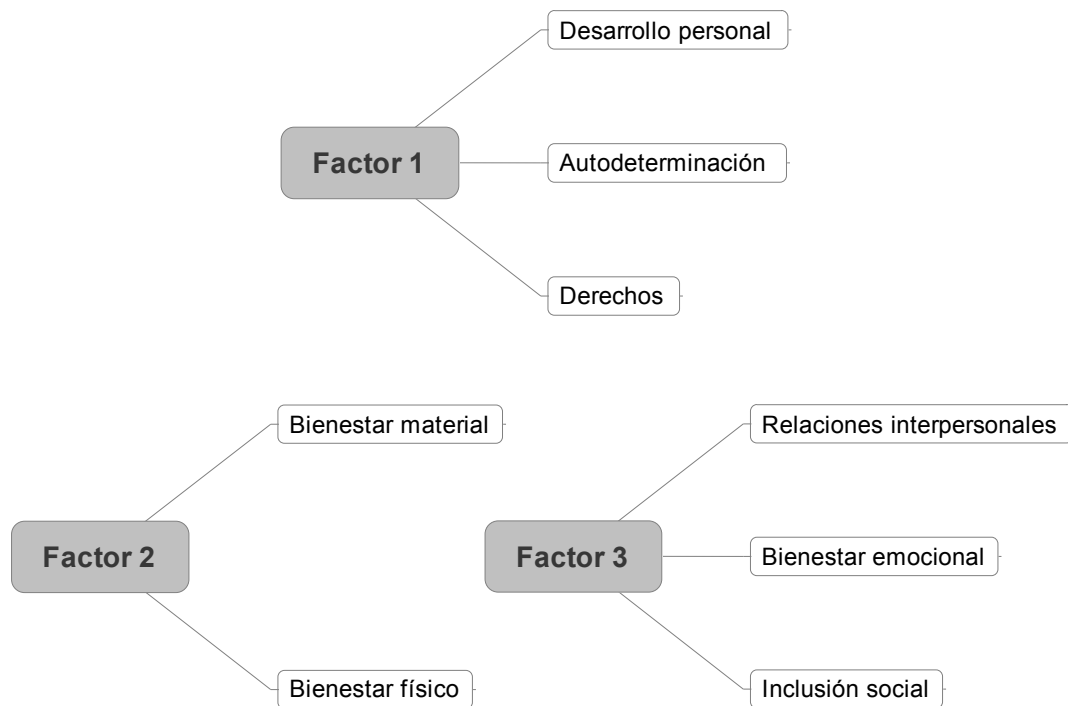


Figura 16. Organización jerárquica de Bonham et al. (2003, 2004)



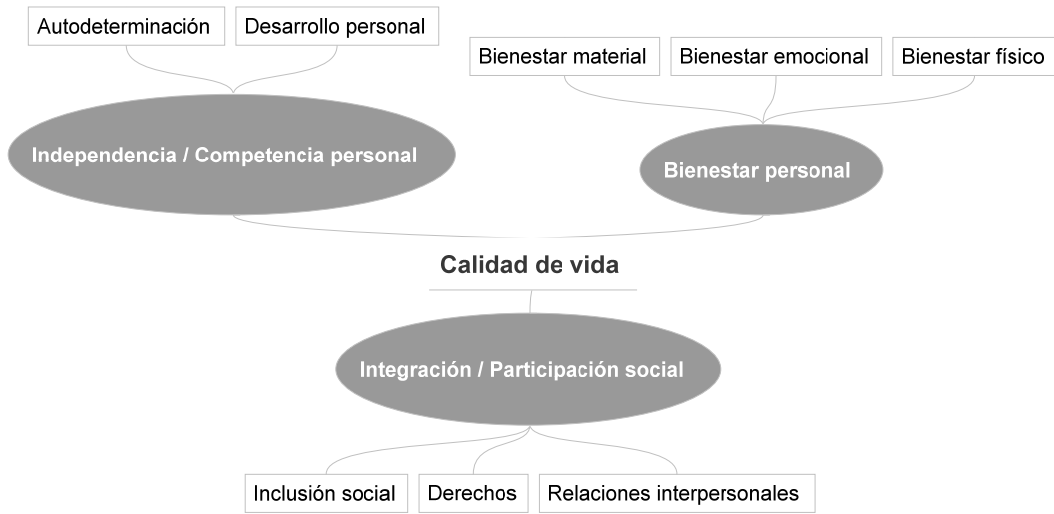


Figura 17. Organización jerárquica de Schalock et al. (2005)

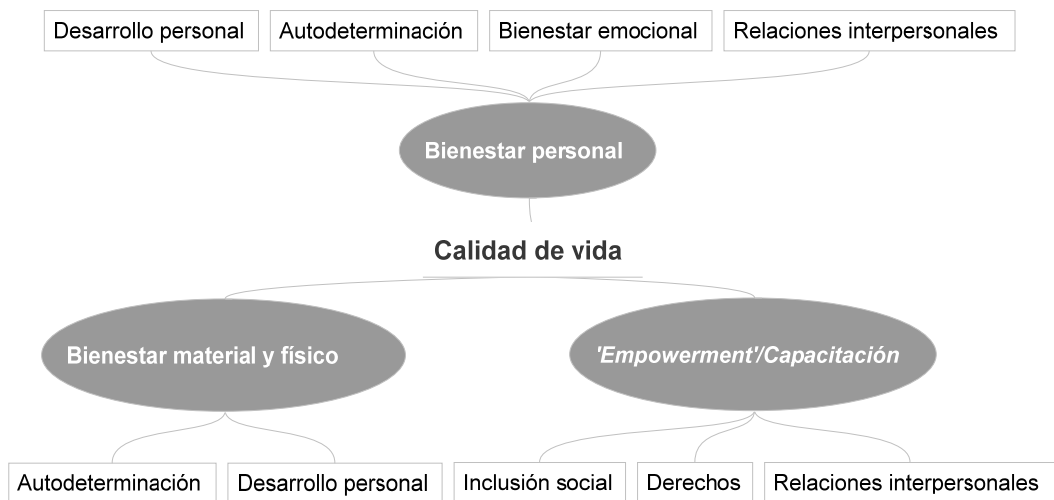


Figura 18. Organización jerárquica de Jenaro et al. (2005)

Para comprobar cuál de las anteriores soluciones era la más adecuada, se aplicó la encuesta ‘Indicadores Transculturales de Calidad de Vida: Evaluación de su importancia y uso’ de Verdugo y Schalock (2001) a 769 adultos con discapacidad intelectual procedentes de cinco áreas geográficas (Europa; Sudamérica; América Central; Norteamérica y Asia). Las distintas hipótesis sobre la estructura factorial del constructo de calidad de vida se sometieron a prueba mediante Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) con el método de Máxima Verosimilitud (*Maximum Likelihood*, ML). Los resultados de los distintos análisis se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10. Índices de ajuste de los modelos del estudio de Wang et al. (en prensa)

Modelos	ESCALA	$\chi^2$	p	CFI	NNFI	RMSEA	SMRM	AIC	ECVI
<b>1F de 1<sup>er</sup> orden</b>	<i>Importancia</i>	530,04	245	,99	,99	,041	,037		
	<i>Uso</i>	824,91	245	,98	,97	,057	,045		
<b>Schalock</b>	<i>Importancia</i>	557,07	243	,99	,98	,043	,037	694,65	,91
	<i>Uso</i>	667,44	243	,99	,98	,047	,040	767,38	1,00
<b>Salamanca</b>	<i>Importancia</i>	587,77	244	,99	,98	,044	,038	717,83	,93
	<i>Uso</i>	622,10	244	,99	,98	,047	,041	771,16	1,00

Los autores concluyen a partir de los resultados, obtenidos mediante los AFC de segundo orden realizados sobre las escalas de ‘Importancia’ y ‘Uso’ de la encuesta transcultural, que la calidad de vida es un constructo multidimensional (compuesta de ocho factores de primer orden) que presenta un único factor de segundo orden (un factor general de calidad de vida). No obstante, se debe tener en cuenta que tal factor general solo explicaba el 75% de la varianza en la escala de ‘Importancia’ y el 77% en la escala de ‘Uso’. Asimismo, se observaron correlaciones excesivamente altas entre los ocho factores de primer orden. En cuanto a los dos modelos que proponían tres factores de segundo orden, ambos obtuvieron índices de ajuste adecuados. Sin embargo, el funcionamiento del ‘modelo de Schalock’ resultó ligeramente superior al ‘modelo de Salamanca’. Evidentemente, el estudio cuenta con limitaciones, por lo que los autores sugieren continuar la investigación iniciada en esta línea.

Finalmente, encontramos un estudio que tenía como objetivo la validación empírica del modelo de Schalock y Verdugo mediante una metodología novedosa en nuestro ámbito de investigación por su escasa utilización. Se trata del estudio anteriormente señalado que utilizaba la versión subjetiva de la Escala Integral (Martín, 2006; Verdugo et al., en prensa). Más concretamente, el objetivo consistía ahora en estudiar la distribución de los ítems en un espacio de proyección  $n$ -dimensional. Para ello, sobre los datos de 413 adultos con discapacidad intelectual se aplicaron métodos de proyección para datos ordinales: el Escalamiento Multidimensional no métrico (*'Multidimensional Scaling'*, MDS) y los métodos basados en redes neuronales con aprendizaje no supervisado: los mapas auto-organizados (*'Self-organizing Map'*, SOM) y mapas topográficos generativos (*'Generative Topographics Mapping'*, GTM).

El MDS dio como resultado una solución bidimensional (Figura 19) en la que se podía observar cómo la dimensión 1 diferenciaba entre Derechos y el resto de las dimensiones; la dimensión 2, por su parte, diferenciaba los tres tipos de bienestar (Bienestar material, Bienestar emocional y Bienestar físico) y Relaciones interpersonales del resto de las dimensiones.

Las Figuras 20 y 21 muestran la proyección de los datos sobre los SOM tanto en dos dimensiones como entre en tres dimensiones. Los SOM son un tipo de red neuronal que permiten agrupar los ítems por tipos o clases. La idea básica del modelo es crear una imagen de un espacio multidimensional de entrada en un espacio de salida de menor dimensionalidad (en este sentido, es en su objetivo similar el análisis de componentes principales por ejemplo). De acuerdo con este método, las relaciones entre los ítems se reflejan como distancias entre ellos, de tal modo que los datos proyectados en áreas próximas se consideran similares y, por consiguiente, se agrupan. Así, las neuronas coloreadas en azul representan distancias cortas, mientras las coloreadas en rojo representan distancias mayores. En las diferentes soluciones estandarizadas, se pueden apreciar las ocho dimensiones (si bien, se encuentran también ítems aislados que no se agrupan en ninguna de ellas). El GTM, por su parte, trata de superar las limitaciones del SOM llevando a cabo el proceso inverso: el mapa se realiza desde la variable latente hacia el espacio de los datos. En la Figura 22 se observa que los resultados obtenidos son similares y pueden apreciarse también las ocho dimensiones propuestas en el modelo (Verdugo et al., en prensa).

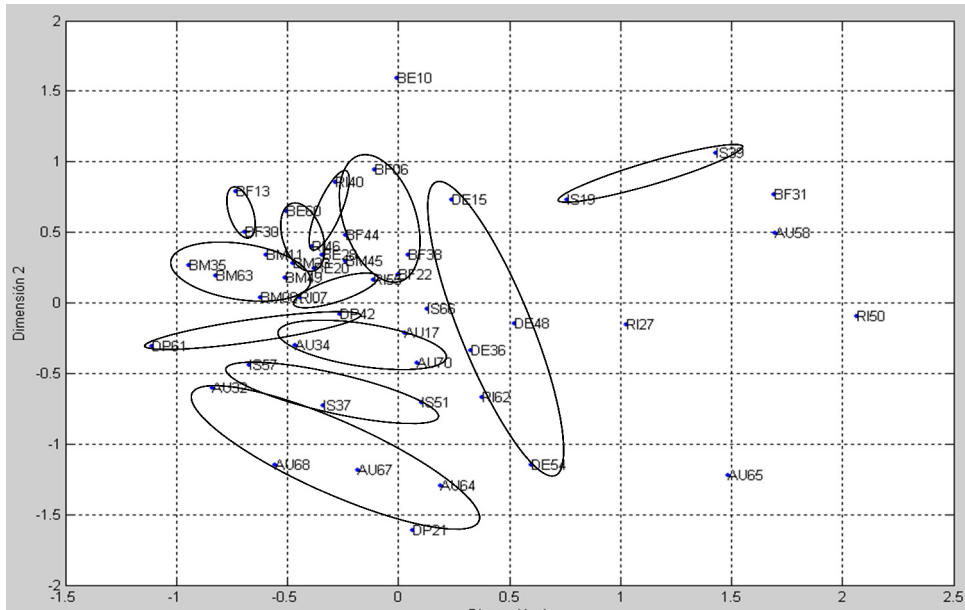


Figura 19. MDS. Solución bidimensional (Martín, 2006)

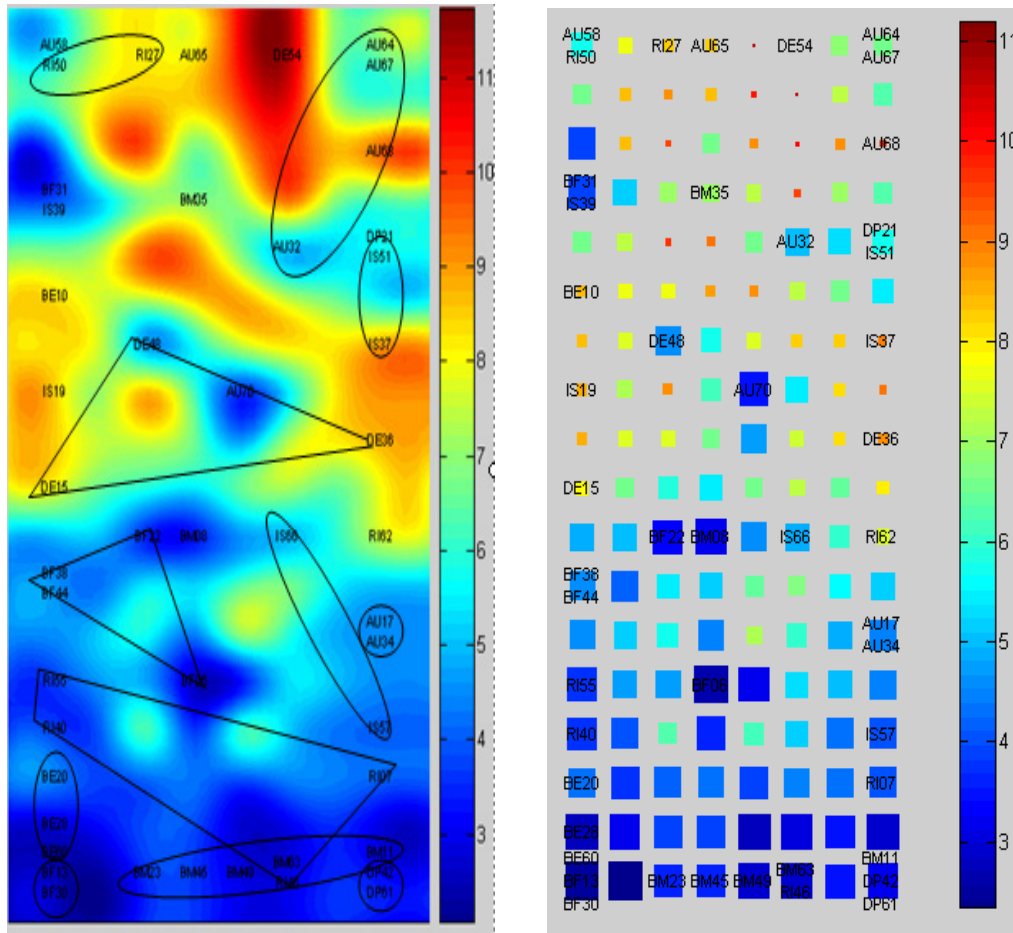


Figura 20. Proyección de los ítems de la Escala Integral sobre un SOM en 2D (Martín, 2006)

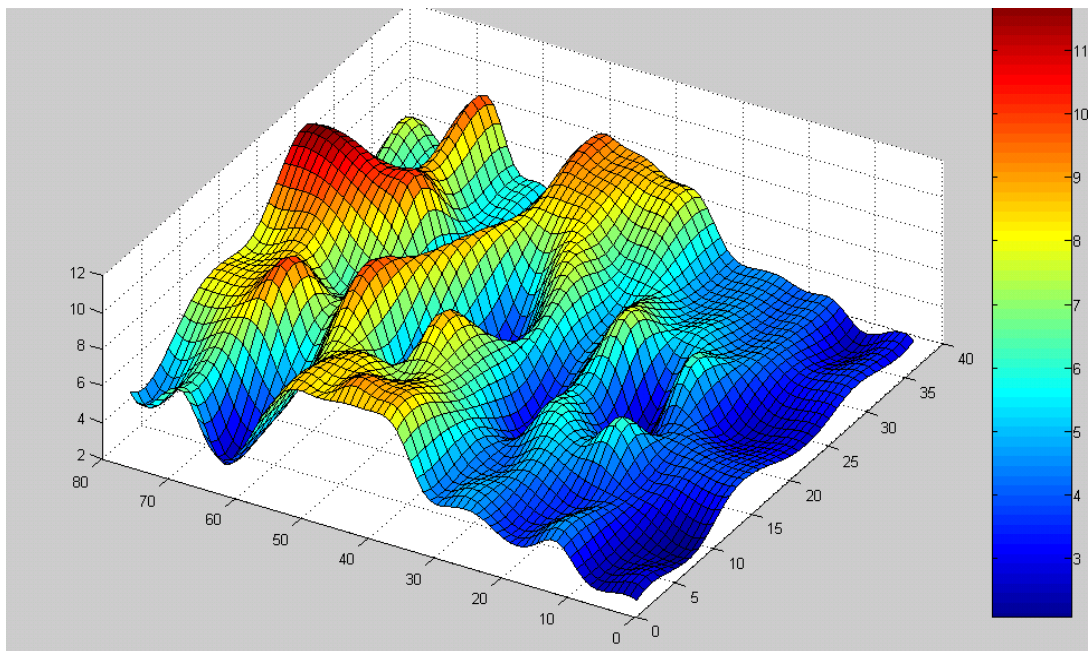


Figura 21. Proyección de los ítems de la Escala Integral sobre un SOM en 3D (Martín, 2006)

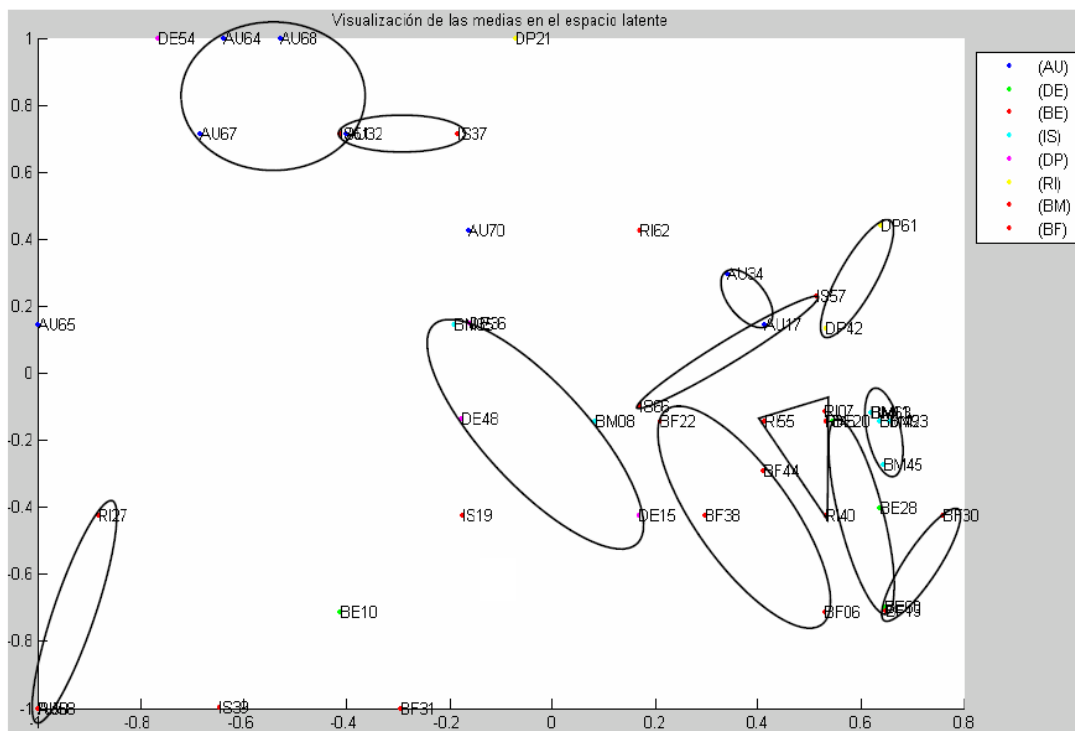


Figura 22. Proyección de los ítems de la Escala Integral en un GTM (Martín, 2006)

En conclusión, se confirma la estructura factorial de ocho dimensiones de primer orden. Si bien, también en este estudio, se vislumbra una posible solución jerárquica en la que los factores de primer orden podrían agruparse en cuatro factores de segundo orden (Figura 23). Estos resultados animan también a continuar con esta línea de investigación con el fin de confirmar la estructura factorial del modelo.

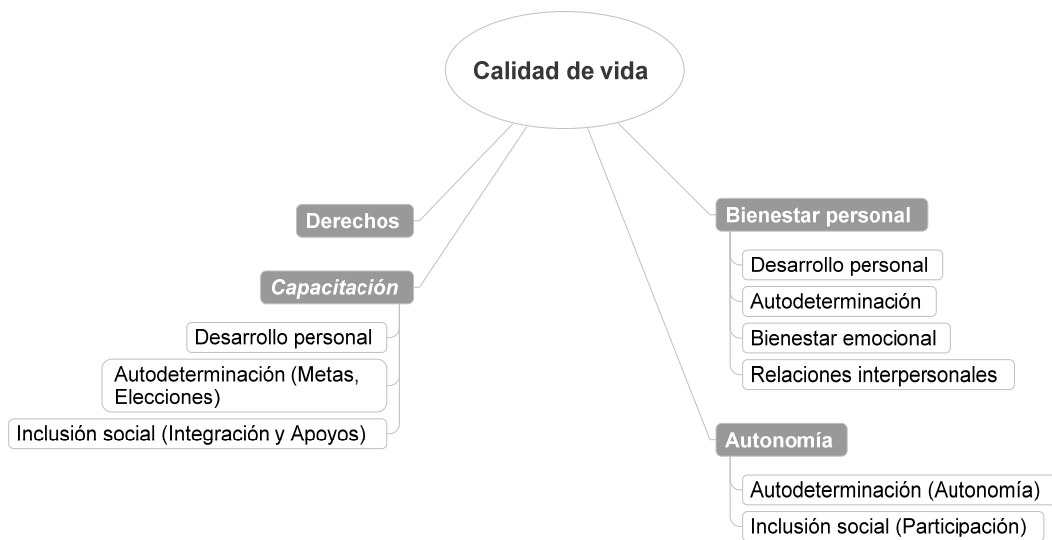


Figura 23. Organización jerárquica de Martín (2006)

### c) Operativización del modelo

Como hemos comentado previamente, el modelo de calidad de vida se operativiza mediante elementos o conceptos clave para comprender, concretar y aplicar el constructo. Tal operativización incluye una definición, los componentes y las premisas del modelo.

En este sentido, la *definición* de calidad de vida más reciente es la proporcionada por Schalock et al. (en prensa):

Calidad de vida individual es un fenómeno multidimensional que se compone de dimensiones centrales que son influidas por características personales y factores ambientales. Estas dimensiones centrales son las mismas para todas las personas, aunque pueden variar en importancia de unas personas a otras. Su evaluación se basa en indicadores sensibles a la cultura.

En cuanto a los componentes que hacen operativo el modelo se distingue entre (Schalock et al., en prensa): (a) conceptos que proporcionan una forma de organizar el concepto (i.e., dimensiones); (b) indicadores que proporcionan medidas del fenómeno (i.e., indicadores centrales); y (c) variables que permiten la explicación de los factores que influyen al fenómeno (i.e., mediadores y moderadores) (ver Figura 24). Puesto que ya hemos hecho referencia a las dimensiones y los indicadores de calidad de vida, nos centraremos ahora en los variables personales y los factores ambientales que pueden actuar como mediadores y moderadores.

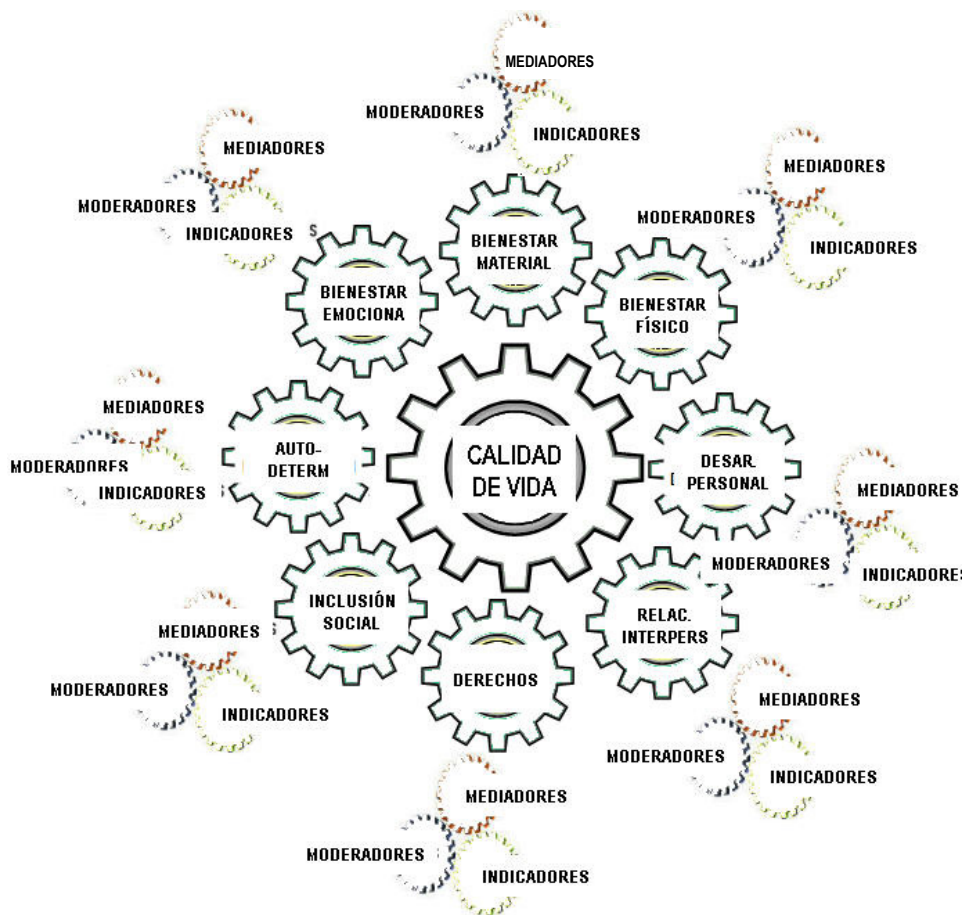


Figura 24. Modelo operativo de calidad de vida (Schalock et al., en prensa)

Los investigadores que trabajan en la construcción de modelos operativos utilizan comúnmente dos clases de variables: moderadoras y mediadoras. Una variable *moderadora* es una variable cualitativa (e.g., género) o cuantitativa (e.g., CI) que alteran la dirección o la fortaleza de la relación entre una variable predictora y una variable independiente (Frazier,

Tix y Barron, 2004; Hair, Black, Babin, Anderson y Tatham, 2006) (Figura 25). Así, un efecto moderador es una interacción en la que el efecto de una variable depende del nivel de otra (Frazier et al., 2004; Hair et al., 2006; Wu y Zumbo, 2008). En relación con los resultados de la investigación sobre calidad de vida individual, el nivel de discapacidad, la conducta adaptativa, la edad, el nivel de autodeterminación y la satisfacción laboral se han considerado con frecuencia variables moderadoras (Felce y Emerson, 2001; Gardner y Carran, 2005; Lachapelle et al., 2005; Neely-Barnes, Marcenko y Weber, 2008; Perry y Felce, 2005; Ruggeri et al., 2005; Ryu, West y Sousa, 2009; Schalock, Bohnam y Marchand, 2000; Stancliffe, Abery y Smith, 2000; Stancliffe y Lakin, 1998; Tang, 2007; Wehmeyer y Schwartz, 1998).

Las variables *mediadoras*, en cambio, influyen la relación entre una variable dependiente y una variable independiente, y muestra causación indirecta, conexión o relación (Baron y Kenny, 1986) (Figura 25). El efecto mediador se crea cuando un tercer factor interviene entre ambas (Frazier et al., 2004; Hair et al., 2006; MacKinnon, 2008; MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West y Sheets, 2002). En el campo de los servicios sociales, las políticas, los programas, los servicios y los apoyos pueden considerarse como variables mediadoras. En el ámbito de la calidad de vida individual, el tipo de vivienda, la situación laboral, el modelo del servicio, la cultura de la organización, las interacciones en la comunidad y los apoyos se consideran a menudo variables mediadoras que afectan a los resultados personales (e.g., Bonham et al., 2004; Gardner y Carran, 2005; Perry y Felce, 2005; Tossebro, 1995; Vine y Hamilton, 2005; Walsh et al., 2006). La literatura reciente sugiere que algunas características personales podrían actuar también como variables mediadoras, por ejemplo el proceso homeostático del bienestar subjetivo (Cummins, 2000, 2005), el nivel de discapacidad (Ryu et al., 2009) y la salud (Meijer, Koeter, Sprangers y Schene 2009).

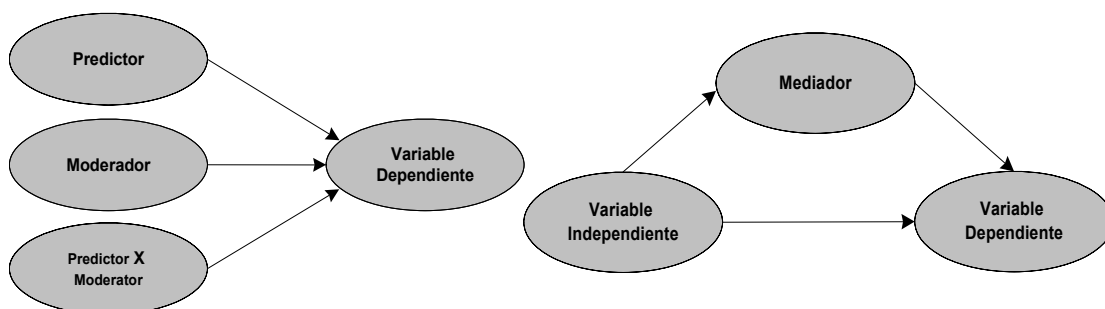


Figura 25. Modelos de moderación (izquierda) y mediación (derecha)



No obstante, el papel que juegan los mediadores y los moderadores en las dimensiones de calidad de vida y los resultados personales no está totalmente claro en la actualidad. Por ejemplo, Neeley-Barnes et al. (2008) escribían recientemente que vivir en la comunidad (variable moderadora) influía sobre tres dimensiones de calidad de vida: inclusión en la comunidad, derechos y relaciones interpersonales; y que las variables familiares podían actuar como una variable mediadora entre el bienestar emocional y el amor (Arias, Ovejero y Morentin, 2009; Morentin, 2008). De forma análoga, aspectos concretos de una dimensión de calidad de vida podrían actuar como mediadores. Por ejemplo, la autodeterminación podría actuar como un moderador del bienestar emocional (Arias et al., 2009; Morentin, 2008), pero también como un mediador con una relación causal sobre los resultados personales relacionados con la calidad de vida (Cummins, 2005). También la resiliencia (Fiorentino, 2008) y el sentido del humor (McCabe, Firth y O'Connor, 2009; Paredes, 2008) se han señalado recientemente como una variable que podría ser mediadora o moderadora de la calidad de vida. Es más, los mediadores pueden actuar como variables entre *inputs* y resultados (Chen, 2005; Frechtling, 2007).

Dado que la investigación en este sentido continúa, es importante tener en cuenta el importante papel que juegan los mediadores y moderadores de los resultados personales, puesto que de su entendimiento y conocimiento depende la madurez de una disciplina (Aguinis, Boik y Pierce, 2001; Hoyle y Robinson, 2003) y ellos constituyen el núcleo del proceso de desarrollo de modelos y la construcción de teorías en las ciencias sociales (Cohen, Cohen, West y Aiken, 2003).

Finalmente, las premisas del modelo se sintetizan en la Tabla 11. Tales premisas han guiado la tercera fase desarrollo y validación del modelo, pero también proporcionan la base para su evaluación y aplicación.

En conclusión, aunque los avances han sido notables en los últimos años, aún queda mucho por hacer con respecto a la validación y evaluación de este modelo y de otros similares. Las líneas de investigación hoy debieran centrarse en continuar con la exploración y la identificación de indicadores sensibles a la cultura, así como en los mejores modos de evaluarlos. También se recomienda continuar con la identificación de variables moderadoras y mediadoras de cada una de las dimensiones de calidad de vida y el sometimiento a prueba de las hipótesis que se derivan del modelo.

Tabla 11. Premisas del modelo (Schalock et al., en prensa)

1. **Los indicadores utilizados para evaluar las dimensiones de calidad influirán sobre el entendimiento de la dimensión.**
2. **Deberían obtenerse tanto medidas de autoinforme (subjetivas) como basadas en la observación directa (objetivas),** aunque exista una baja correlación entre ambas (Cummins, 1997b; Schalock y Felce, 2004; Gómez, 2005; Gómez, Verdugo, Arias e Ibáñez, 2006; Verdugo, Arias y Gómez, 2006a; Verdugo, Gómez y Arias, 2007, 2009).
3. **Los indicadores objetivos son más útiles que las evaluaciones subjetivas cuando el propósito es el desarrollo de modelo y la evaluación de programas** (Cummins, 2005; Emerson, 2005; Schalock y Felce, 2004; Verdugo et al., 2005).
4. **Los moderadores y mediadores son características personales y variables ambientales,** que pueden operar en el nivel del microsistema, del mesosistema o del macrosistema, representan una relación dinámica potencial y se pueden considerar como variables intervinientes en los modelos lógicos que incluyen los *inputs*, los *outputs* y los resultados (Frazier et al., 2004; Frechtling, 2007).
5. **Cada dimensión de calidad de vida puede ser un mediador o moderador de cualquier otra dimensión** y estas intercorrelaciones son dinámicas (Baron y Kenny, 1986).
6. **Los modelos de calidad de vida son similares a una teoría de rango medio** que consiste de un número limitado de conceptos y proposiciones que se generan y someten a prueba de forma empírica. Además, los conceptos y proposiciones de las teorías de rango medio pueden trasladarse, mediante el uso de un modelo, en variables e hipótesis comprobables (Fawcett, 1999).

#### 1. 4. 4. 3. Aplicación del modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003)

En síntesis, podemos agrupar las aplicaciones del modelo de calidad de vida en el ámbito de los sistemas y en cuatro objetivos principales (Figura 26). Sobre ellas se ahondará, mediante ejemplos más concretos, en el *Capítulo 2*.



Figura 26. Aplicaciones del modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003)

#### **1. 4. 4. Nuevos retos y líneas emergentes en la calidad de vida**

Schalock, Gardner y Bradley (2007/2009) aglutinan en seis los nuevos retos y oportunidades que se plantean en el campo de la calidad de vida: (a) el concepto de calidad de vida como agente de cambio; (b) la evaluación y el *feedback* de la calidad de vida como parte integral del funcionamiento de las organizaciones y sistemas; (c) los usuarios como actores clave; (d) la redefinición del papel de las organizaciones; (e) las nuevas estrategias de gestión; y (f) la mejora de la calidad como un proceso continuo. Tras la revisión de la literatura, el profesor Robert L. Schalock y nosotros añadiríamos un reto u oportunidad más: (g) el desarrollo de una teoría de calidad de vida.

##### **a) El concepto de calidad de vida como agente de cambio**

El uso de los datos e información sobre calidad de vida para su mejora se convierte en la lente a través de la cual se puede ver, evaluar y comprender las circunstancias personales y el rendimiento de la organización y del sistema. En este sentido, resulta importante evitar la creencia de que la evaluación por sí sola conduce a la calidad; los cambios deben basarse en recontextualizar la calidad y repensar la mejora de la calidad (i.e., no dejar de cuestionar y validar mediante investigaciones científicas nuestras asunciones, modelos e indicadores de calidad de vida). Finalmente, nos encontramos ante el reto de determinar hasta qué punto el concepto de calidad de vida, como modelo de prestación de apoyos y servicios, resulta igualmente aplicable a otro tipo de poblaciones y sistemas. Los datos disponibles hasta ahora sugieren que podría ser aplicable a otras poblaciones, incluyendo personas de la tercera edad, personas con trastornos mentales o del comportamiento, personas con drogodependencias, personas con síndrome de Down, autismo, niños y adolescentes (Alcedo et al., 2008; De Maeyer et al., 2009; Gardner y Carran, 2005; Gómez et al., 2008; Gómez-Vela, 2003; Gómez-Vela y Verdugo, 2009; National Core Indicators, 2005; Sabeh, 2004; Schalock y Verdugo, 2002/2003; Verdugo y Sabeh, 2002).

***b) La evaluación de la calidad de vida como parte integral del funcionamiento de las organizaciones y sistemas***

En este sentido, los retos que se plantean aluden a: (a) desarrollar y poner en marcha un proceso de supervisión interna centrado en la persona además del posible proceso de supervisión externa; (b) conseguir el apoyo de los líderes de las organizaciones y de los sistemas para facilitar los resultados personales de las personas en situación de desventaja social; (c) minimizar los costes en términos de tiempo, recursos y asesoría de recolección de datos y análisis de múltiples fuentes de información mediante la realización de preguntas más ajustadas, la toma de decisiones basadas en los datos y acudiendo a sistemas de gestión continua de la información, integrados e informatizados; y (d) incluir en las actividades de investigación y evaluación las perspectivas de usuarios y proveedores con la asesoría técnica de investigadores y evaluadores (Gómez y Gómez-Vela, 2006; Gómez, Verdugo y Arias, 2007; Keith y Bonham, 2005; Keith y Ferdinand, 2000; Shogren et al., en prensa; Sirgy, 2001; Tamarit, 2005; van Loon, 2008, 2009).

***c) Los usuarios como actores clave***

Deben ser los usuarios quienes identifiquen sus propios resultados personales y se conviertan en actores clave de la gestión organizacional y de la investigación acción participativa. Además, es necesario equilibrar la influencia de los intermediarios, reconociendo sus limitaciones y potencialidades (e.g., resultan especialmente útiles a la hora de evaluar indicadores objetivos, determinar qué apoyos se necesitan y, si existen, en qué medida están resultando eficaces; sin embargo, resultan menos efectivos para evaluar indicadores de calidad de vida subjetivos y para definir resultados personales).

La evaluación y la mejora de resultados personales se ha convertido hoy en una cuestión clave a la que debemos hacer frente del mejor modo posible (Bonham et al., 2004; Keith, 2007; Schalock, Bonham et al., 2008; Schalock, Verdugo et al., 2008; van Loon et al., 2008; Verdugo, Schalock et al., 2007). El reto consiste en que tal evaluación y las consiguientes mejoras se están produciendo hoy al mismo tiempo que se discute y evalúa la utilidad de los modelos lógicos en los que tales actividades se sustentan (Isaacs, Clark, Correia y Flannery, 2009; Schalock y Bonham, 2003; Schalock et al., 2007).

#### ***d) La redefinición del papel de las organizaciones***

Las organizaciones y sistemas que prestan apoyos y servicios se encuentran en un papel de redefinición de su papel para afrontar los retos que les plantean la revolución de la calidad, el movimiento comunitario y el movimiento de reforma. En primer lugar, las organizaciones deben proporcionar apoyos individualizados para optimizar los resultados personales dentro del contexto de los entornos e indicadores comunitarios. En segundo lugar, supone un reto el hecho de conocer y comprender la comunidad hacia la cual la organización hace de puente para la persona. Y en tercer lugar, los profesionales se enfrentan ante el reto de adquirir cada vez más relevante en la planificación, prestación y evaluación de los servicios y apoyos.

#### ***e) Nuevas estrategias de gestión***

Para empezar, los gestores deben acudir a estrategias que reflejen las realidades actuales (i.e., adoptar la teoría sistémica; emplear un modelo orgánico que potencie la toma de decisiones descentralizada, aumente la autonomía y el poder de las personas que reciben los servicios; centrarse en un enfoque de síntesis que relacione todos los componentes; desarrollar sistemas auto-organizados que promuevan las relaciones en red entre sistemas, acontecimientos y variables; integrar el pensamiento y la acción; integrar el conocimiento tácito y el conocimiento explícito). Se trata de un proceso especialmente difícil si tenemos en cuenta la posición en la que se encuentran numerosos gestores: atrapados entre los usuarios y los legisladores. En este sentido, los gestores deben darse cuenta de que el paso a un modelo de calidad de vida basado en los datos supone una inversión de tiempo y un compromiso con las nuevas estrategias de gestión (cfr. Fundación Avedis Donabedian, 2000; Isaacs et al., 2009; Sirgy, 2001; Sirgy y Cornwell, 2000; Sirgy, Rahtz, Cicic y Underwood, 2000).

#### ***f) El proceso de la calidad como un proceso continuo***

El acercamiento a la mejora de la calidad como un proceso continuo de reducción de la discrepancia entre los resultados personales evaluados y los indicadores comunitarios supone para las organizaciones y sistemas: (a) la integración de datos (e.g., nótese que los

resultados personales pueden ser agregados en el nivel de los proveedores y sistemas, y complementados por otros indicadores del nivel de sistemas como por ejemplo la renovación del personal); (b) el proceso de mejora debe ser transparente; basarse en datos fiables y válidos y estar orientado hacia las prioridades de las personas; y (c) demostrar los beneficios de plantear la mejora de la calidad como un proceso continuo (e.g., responder el porqué de cambiar de situación, los costes, etc.)

### **g) El desarrollo de una teoría de calidad de vida**

Llegados a este punto, resulta importante clarificar la distinción entre modelos operativos y modelos lógicos. Ambos presentan fases de desarrollo similares (Gugiu, Rodríguez y Campos, 2007), proporcionan un marco integrador para la evaluación y las estrategias de intervención (Cooksy, Gill y Kelly, 2001), asumen que la información sin utilidad es información sin ningún valor y pueden utilizarse como una herramienta de planificación y orientación de la actuación (Kaplan y Garrett, 2005; Millar, Simeone y Carnevale, 2001). Sus diferencias estriban, en cambio, en su propósito o foco de atención: un *modelo lógico* incluye las bases subyacentes, la teoría y las asunciones de un programa, incluye las conexiones explicativas entre los *inputs* y los resultados, identifica los factores que afectan a las variaciones en los resultados del programa y proporciona un enfoque de sistemas que representa el camino hacia un resultado deseado; en contraposición, los modelos operativos convierten el constructo en una entidad con la que se puede operar, incluye su definición, el marco conceptual y de medida, sus componentes y sus aplicaciones potenciales.

Los modelos lógicos y operativos se encuentran en el nivel de resultados del modelo lógico. La viabilidad y fortaleza de un programa o modelo lógico depende en gran medida de la viabilidad y validez de la variable resultado que se utiliza, lo que enfatiza la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación de resultados personales relacionados con la calidad de vida que se basen en un modelo operativo que se formule y valide a través de los procesos que hemos descrito anteriormente en este mismo capítulo. Así, la ausencia de evaluaciones válidas de los resultados (variables dependientes como, por ejemplo, la autodeterminación) ha limitado considerablemente la utilidad de los modelos

lógicos y las generalizaciones que pueden realizarse a través de ellos (Isaacs et al., 2009; Stancliffe y Lakin, 2005).

A nuestro modo de ver, un modelo operativo derivado y formulado empíricamente constituye la base para el desarrollo de una teoría de calidad de vida con la que los resultados puedan ser explicados, cuyas asunciones puedan probarse empíricamente y con la que puedan realizarse predicciones fiables. En este sentido, es mucho el trabajo que queda por hacer, ya apuntábamos anteriormente que en esta línea parece recomendable continuar con el estudio de las variables moderadoras y mediadoras que podrían incluirse en el modelo operativo de calidad de vida para poder avanzar así hacia una verdadera teoría (Schallock et al., en prensa; Verdugo y Schallock, 2009).

Finalmente, un acercamiento novedoso y reciente, complementario a los análisis factoriales de segundo orden, puede encontrarse en los denominados 'análisis bifactoriales'. Su aplicación en el ámbito de la calidad de vida es incipiente; de hecho tan solo hemos localizado un estudio que utilice esta metodología (Chen, West y Souza, 2006). Su aplicación se torna hoy relevante, especialmente, con miras de lograr una teoría de calidad de vida. Entre las ventajas principales de esta metodología, los autores del artículo anterior señalan que los modelos bifactoriales se pueden utilizar: (a) como un modelo de base menos restrictivo con el que comparar las soluciones de segundo orden (Yung, Thissen y McLeod, 1999); (b) para estudiar el rol de dimensiones o factores específicos que son independientes del factor general; (c) para examinar la fortaleza de las relaciones entre las dimensiones y los ítems utilizados para evaluarlas, (d) para probar si un conjunto concreto de dimensiones predicen variables externas más allá del factor general (Gustafsson y Balke, 1993) y de los factores de segundo orden (Bentler, 1990); (e) estudiar la invarianza de las dimensiones, además de la del factor general, en diferentes grupos (e.g., hombres y mujeres); y (f) las diferencias medias latentes en los factores generales y en las dimensiones concretas se pueden comparar en distintos grupos si se da un adecuado nivel de invarianza. De este modo, el abanico de posibilidades que se abre con esta metodología es enorme. Por ello, parece recomendable continuar con esta línea a pesar de la dificultad de la metodología.

## 1. 5. Conclusión general

En las páginas anteriores, ha quedado de manifiesto la evaluación del concepto desde perspectivas puramente filosóficas hasta modelos derivados y validados empíricamente, desde concepciones en términos de condiciones de vida hasta concepciones que combinan la satisfacción con la condiciones de vida y con factores ambientales y personales. Asimismo, el constructo a evolucionado desde una noción meramente sensibilizadora hasta convertirse en un agente de cambio que guía las políticas y las prácticas de los profesionales y los servicios preocupados por el bienestar de las personas más desfavorecidas o en riesgo de desventaja social. A pesar de las múltiples definiciones y los diversos modelos teóricos existentes, existe hoy un acuerdo común en cuanto a los aspectos básicos del concepto: su multidimensionalidad, la influencia de factores ambientales y personales, su aplicabilidad a todas las personas y la implicación de aspectos objetivos y subjetivos).

Entre los modelos existentes, consideramos el modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008) como el más adecuado para llevar a cabo el trabajo que aquí nos planteamos por tres razones básicas: (a) reúne todos los criterios que consideramos un modelo teórico útil debe cumplir (cfr. *apartado 1.4.2.5.*); (b) dispone de mayores evidencias acerca del desarrollo y validación de su marco conceptual; (c) es el más citado en el ámbito internacional en los últimos años; (d) proporciona indicaciones claras acerca de la utilidad y aplicación del modelo para la evaluación y mejora de resultados personales relacionados con la calidad de vida en los distintos niveles.



La Evaluación de la  
Calidad de Vida Individual

Capítulo 2



## **CAPÍTULO 2.**

### **LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA INDIVIDUAL**

#### **2. 1. Planteamiento inicial**

El énfasis actual en la intervención y en la mejora de los resultados personales relacionados con la calidad de vida conlleva la necesidad de disponer de instrumentos de evaluación útiles, que permitan determinar la situación real de cada persona y establecer las líneas de intervención que se deberían seguir (Hogg y Raynes, 1987) para desarrollar planificaciones centradas en la persona (Mansell y Beadle-Brown, 2004a, 2004b; O'Brien y Lovett, 1992).

El desarrollo de modelos de calidad de vida como los planteados en el capítulo anterior ha contribuido asimismo a incrementar el énfasis en la importancia de la evaluación y en los problemas relacionados con la fiabilidad y validez que ésta plantea. Si la definición del constructo ha sido y continúa siendo una tarea compleja, no menos difícil resulta el tema de su evaluación. A pesar que los primeros intentos de evaluarla se remontan a los tiempos de Thorndike (1939), continúan siendo muchos los problemas que plantea y la discusión que genera. Dado el objetivo final de este trabajo (i.e., la construcción y validación de un instrumento de evaluación de la calidad de vida para usuarios de servicios sociales), en este capítulo plantearemos y trataremos de dar respuesta a algunas de las cuestiones más importantes relacionadas con la evaluación de la calidad de vida y llevaremos a cabo una breve revisión de los instrumentos existentes para cada colectivo (pues ya adelantamos que no existe ninguno específico para usuarios de servicios sociales en general).

## 2. 2. Objetivo

Como en el anterior, este capítulo se centra en responder una pregunta básica y general ¿cómo se evalúa la calidad de vida individual? Tal cuestión puede desglosarse en otras preguntas más concretas, a las que intentaremos dar respuestas en las páginas siguientes.

1. ¿Cuál es la utilidad de la evaluación de la calidad de vida?
2. ¿Cuáles son los principios de evaluación de la calidad de vida?
3. ¿Cuáles son los enfoques y las técnicas más comúnmente empleadas para evaluar la calidad de vida individual?
4. ¿Qué instrumentos existen para evaluar la calidad de vida de los colectivos implicados en este trabajo (i.e., personas mayores, personas con discapacidad, personas con problemas de salud mental, personas con drogodependencias y personas con VIH o SIDA)? Si existieran, ¿cuáles son sus principales ventajas e inconvenientes?

## 2. 3. Método

### 2. 3. 1. Materiales

De nuevo, para responder a las cuestiones anteriores, se revisaron numerosos artículos de investigación, de revisión y de divulgación; libros (e.g., Hogg y Langa, 2005; Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Verdugo, 2002/2003; Verdugo, 2006); capítulos de libros (e.g., Cummins, 2005; Schalock et al., en prensa; Verdugo et al., en prensa); libros de actas de congresos (e.g., Verdugo y Jordán de Urríes, 2006; Verdugo, Nieto, Jordán de Urríes y Crespo, 2009); tesis doctorales (e.g., Arostegui, 2002; Córdoba, 2004; Crespo, 2003; García, 2006, Gómez-Vela, 2003; González, 2002; Ibáñez, 2009; Martín, 2006; Morentin, 2008; Rueda, 2001; Sabe, 2004); trabajos de grado (e.g., Gómez, 2005; Ibáñez, 2005; Navas, 2009) e informes de investigación (e.g., Aguado, Alcedo et al., 2003; Aguado et al., 2006; Verdugo, Arias y Gómez, 2006a, 2009).

### 2.3.2. Tipo de estudio

Como Fernández-Ríos y Buela-Casal (2009) recomiendan, procuraremos dar a esta revisión una perspectiva integradora, interpretativa y agregativa con objeto de proporcionar una mejor fundamentación de los resultados de la revisión (Cooper, 2009; Cooper et al., 2009; Higgins y Green, 2008).

### 2.3.3. Procedimiento

El procedimiento utilizado fue similar al utilizado en el capítulo anterior. Para recopilar la información más relevante utilizamos dos recursos básicamente: (a) diversas bases de datos de Psicología y (b) las publicaciones del INICO.

Las bases de datos consultadas también fueron las mismas (i.e., PSYCINFO, ERIC, PsyBOOKS, PsycArticles, OVID y Psycodoc), si bien esta vez a los términos de búsqueda principales (i.e., 'quality of life' y 'calidad de vida') se combinaron con descriptores como 'assessment', 'measurement', 'instrument', 'tool', 'test validity' y 'test construction' (en español, 'evaluación', 'medición', 'instrumento', 'herramienta', 'validación de test' y 'construcción de test'). Tampoco en esta ocasión se restringieron las fechas, pero de nuevo centramos primordialmente el análisis al período 2000/2009 y aquellos artículos (en español e inglés) a texto completo a los que pudimos acceder. De los encontrados, también desechamos los relacionados con 'calidad de vida relacionada con la salud' y 'calidad de vida familiar'. Además, dado que nuestro objetivo es construir un instrumento para adultos, descartamos aquellos destinados a la evaluación de niños y adolescentes.

### 2.3.4. Análisis de la información

El método de análisis de información también fue el mismo que empleamos en el capítulo anterior: (a) el material se organizó en primer lugar por temáticas generales (i.e., relación con alguna de las preguntas planteadas en los objetivos); (b) a continuación se ordenaron por orden cronológico; y (c) tras su lectura y revisión detenida, se categorizaron en función de aspectos clave o temas específicos.

## 2. 4. Resultados

### 2. 4. 1. Utilidad de evaluar resultados personales relacionados con la calidad de vida

La importancia que el concepto tiene en la actualidad es manifiesta, se está aplicando en todo el mundo como (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Verdugo, 2002/2003): (a) una *noción sensibilizadora* que ofrece guía y referencia desde la perspectiva individual, centrada en las dimensiones nucleares de una vida de calidad; (b) un *constructo social* que proporciona un modelo para evaluar las dimensiones principales de calidad de vida y sus indicadores centrales; y (c) un *tema unificador* que proporciona una estructura sistemática para aplicar políticas y prácticas orientadas a la calidad de vida. Su aplicación es hoy de primordial importancia en los servicios sociales, en los servicios educativos y en los servicios de salud, pues permite no solo subrayar la importancia de las opiniones y las experiencias del propio individuo, sino también justificar los programas y las actividades planificadas y desarrolladas por las organizaciones en función de los avances medibles en logros personales de los usuarios de los servicios.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para varios propósitos que incluyen: (a) la evaluación objetiva de las necesidades de las personas y sus niveles subjetivos de satisfacción; (b) la evaluación de los resultados de los programas, estrategias y actividades dirigidas a la mejora de la calidad llevadas a cabo por los servicios humanos y sociales; (c) la recogida de información relevante que sirve de dirección y guía para la provisión de servicios; y (d) la planificación y formulación de políticas dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas, con o sin discapacidad, y la calidad de las organizaciones proveedoras de servicios sociales a distintos colectivos en situación de riesgo o exclusión y con necesidades de apoyo.

Aunque el consenso internacional sobre el concepto de calidad de vida se ha cimentado principalmente en el ámbito de la discapacidad intelectual, se está produciendo una progresiva implicación con respecto a su aplicación de los servicios sociales dirigidos a éste y otros colectivos. Tanto los profesionales de los servicios sociales como las organizaciones están cada vez más concienciados e interesados en la aplicación del concepto y en los beneficios que ésta puede reportar.

Otra circunstancia que convierte a la evaluación de la calidad de vida en una cuestión importante y necesaria en la actualidad es la promulgación de leyes que promueven su utilización. Concretamente, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha incorporado recientemente, además del reconocimiento del derecho a la atención necesaria, la necesidad de superar ciertos criterios de calidad en los servicios. Es destacable la aportación que esta Ley hace en este sentido, si bien no debe perderse de vista que para que el cumplimiento de la Ley redunde en un aseguramiento efectivo de la calidad de los servicios, debe existir un modelo claro que establezca los procedimientos a seguir y los resultados esperables como fruto de dichos procedimientos. Por otro lado, resulta relevante la Resolución de 2 de diciembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Su relevancia radica en la estipulación de establecer requisitos y estándares de calidad para la acreditación de centros, requiriendo entre otra información: (a) el Plan de Gestión de Calidad; y (b) la evaluación de los resultados en cuanto a la mejora de la calidad de vida de los usuarios.

Llegados a este punto debemos subrayar el papel fundamental que cobran los instrumentos de evaluación, con propiedades psicométricas adecuadas, para guiar y documentar estos procesos, así como el rol primordial que adquiere el modelo de calidad de vida y el paradigma de apoyos.

#### **2.4.1.1. Utilidad de la evaluación de resultados personales**

La evaluación de resultados personales, según Schalock, Gardner y Bradley (2007/2009) puede resultar útil desde dos perspectivas: (a) como un enfoque para nuestros planteamientos, y (b) como base para una gestión responsable.

Por un lado, desde la primera perspectiva es útil porque los resultados personales resultan importantes para todas las personas, por lo que deben plantearse del mismo modo para todos. Su evaluación requiere: (a) una comprensión de hasta qué punto las personas disfrutan de una vida de calidad; (b) una valoración de la calidad en sus vidas; y (c) la voluntad de mantener y mejorar todo aquello que pueda añadirles calidad.

Por otro lado, también la evaluación de resultados personales, en lo que respecta a una gestión responsable, resulta muy valiosa. Hakes (2001), por ejemplo, plantea seis beneficios derivados de su evaluación: (a) su enfoque en los resultados contrarresta la tendencia a sobrevalorar los *inputs* (e.g., los recursos dedicados); (b) supone dedicar más tiempo y atención al resultado de las acciones y las intervenciones; (c) aporta una base para ensalzar los logros de forma legítima; (d) promueve una comunicación activa entre usuarios, profesionales y gestores; (e) facilita la identificación temprana y la corrección de problemas; y (f) resulta eficaz para determinar las acciones que funcionan y las que no.

#### **2. 4. 1. 2. Utilidad de la evaluación de la calidad**

Una utilidad añadida de la obtención de resultados personales consiste en la agregación de datos individuales con el fin de utilizarlos en los niveles del mesosistema y del macrosistema. En este sentido, son varias las funciones con las que se pueden utilizar los datos obtenidos: (a) información a los usuarios y las familias; (b) contraste con otras fuentes de información; y (c) *empowerment* o capacitación de las personas y las familias implicadas en el proceso.

Con respecto a la primera utilidad (i.e., información a los usuarios y las familias), uno de los retos emergentes en relación al uso de indicadores de rendimiento consiste en poner a disponibilidad de los interesados perfiles informativos sobre los resultados logrados por cada proveedor; es lo que en la literatura se comienza a denominar *perfiles de proveedores*. Los perfiles de proveedores aportarían a los usuarios y sus familiares criterios útiles a la hora de tomar decisiones con respecto a los servicios y apoyos que necesitan para satisfacer sus necesidades (Keith y Bonham, 2005; Reinders, 2008). No son muchos los esfuerzos realizados aún en este sentido, de hecho las primeras aproximaciones son recientes y se han llevado a cabo por ahora solo en Estados Unidos: en Nebraska (Ferdinand y Smith, 2002) y en Maryland (Bonham et al., 2004; Bonham, Basehart y Marchand, 2006). Además, el desarrollo de dichos perfiles se encuentra aún en estado embrionario (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009). Otra práctica emergente de gran relevancia es la difusión regular de los resultados de rendimiento a nivel estatal mediante la publicación de resultados en la Web; ejemplos de ello encontramos en Vermont (División de Servicios de Desarrollo de Vermont, 2005), Massachusetts (Departamento de Retraso Mental de Massachusetts, 2004) y en Europa (Fundación Europea para las mejoras de condiciones de vida y de trabajo, 2003).



En cuanto al contraste con otras fuentes de información, resulta hoy una cuestión de especial relevancia dado que la mayor parte de las actuaciones basadas en indicadores de calidad se han centrado exclusivamente en datos procedentes de servicios para personas con discapacidades del desarrollo. Así, encontramos como una urgente necesidad terminar con el sistema actual, que se centra en ‘compartimentos estancos’ que dificultan la comparación de servicios proporcionados en distintos estados, comunidades autónomas e incluso localidades (e.g., Epley y Menon, 2008), y que imposibilita la comparación de servicios proporcionados a distintos colectivos.

En este sentido, la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS, ‘*Support Intensity Scale*’) (Thompson et al., 2004) y la ‘Escala de Diagnóstico de la Conducta Adaptativa’ (DABS, ‘*Diagnostic Adaptive Behavior Scale*’) (Tassé et al., 2008) constituyen otra fuente de información reciente que puede desempeñar un papel valioso en la asignación de recursos en el sistema no solo en Estados Unidos, sino también de manera muy especial en nuestro país. De hecho, contamos con una versión española de la SIS que está siendo ampliamente utilizada en la actualidad (aunque de momento sólo en el nivel del microsistema y en personas con discapacidad intelectual) (Ibáñez, 2005, 2009; Verdugo, Arias e Ibáñez, 2006, 2007; Verdugo, Ibáñez y Arias, 2007). Asimismo, es esperable que la adaptación y validación de la DABS al contexto español (Navas, 2009; Verdugo, Arias y Navas, 2009, en prensa) siga esta misma línea y se convierta en una herramienta esencial de evaluación en los distintos niveles.

Finalmente, en cuanto al *empowerment* de las personas y las familias, resulta de especial importancia fomentar la participación de las personas y las familias en el aseguramiento y mejora de la calidad (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009). Tal participación puede producirse durante la recogida de datos (Feinstein y Caruso, 2003; Perry y Felce, 2004), en su análisis y en el proceso de intervención de la mejora de la calidad (Skaggs y Youndt, 2004).

### **2. 4. 3. Principios de evaluación de la calidad de vida**

Existen cuatro principios de medición, desarrollados y comprobados por un grupo internacional de investigadores sobre la calidad de vida a los que ya aludíamos en el primer capítulo de este trabajo (Schalock et al., 2002; Schalock, 2005; Verdugo et al., 2005). Estos principios (que se explican más detalladamente en la Tabla 12), enunciaban que la calidad de

vida: (a) incluye la medida en que las personas tienen experiencias vitales que valoran; (b) identifica las dimensiones que contribuyen a una vida plena y rica en relaciones; (c) tienen en cuenta los contextos físicos, sociales y culturales que resultan importantes para las personas; y (d) incluye evaluaciones de experiencias tanto comunes a todos los seres humanos como únicas de cada individuo.

Tabla 12. Principios subyacentes a la medición de resultados personales de calidad de vida  
(adaptado de Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009)

1. **La medición de la calidad incluye la medida en que las personas tienen experiencias que valoran.** Esto supone que la medición: (a) se centra en aspectos clave de la vida que pueden ser mejorados; (b) se lleva a cabo con un propósito claro y práctico de apoyar a las personas para que progresen hacia una vida mejor; (c) se lleva a cabo dentro de marcos potencialmente positivos, neutrales y negativos, lo que sugiere que se puede avanzar en positivo; y (d) se interpreta dentro del contexto del ciclo vital.
2. **La medición de la calidad de vida identifica las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada.** Esto supone que: (a) abarca un amplio abanico de dimensiones vitales; (b) la evaluación cuantitativa utiliza indicadores clave de una vida de calidad; y (c) la evaluación cualitativa explora y describe una gama de aspectos dentro de cada dimensión.
3. **La medición de la calidad de vida tiene en cuenta los contextos físicos, sociales y culturales que resultan importantes para las personas.** Esto supone que: (a) el marco de medición está basado en una teoría sólida con un amplio concepto vital; (b) reconoce que el sentido de las experiencias vitales previamente valoradas varía en el tiempo y de una cultura a otra; (c) el marco de medición aporta una visión clara que muestra los valores positivos de la vida; (d) la medición de la calidad de los resultados en el caso de las personas incapaces de expresarse debe acudir a métodos aplicados como la observación o la observación participante; (e) las evaluaciones por parte de intermediarios de los aspectos subjetivos del bienestar (e.g., la satisfacción) deben ser claramente identificadas como pertenecientes a las perspectiva de otra persona; y (f) la interpretación se contextualiza dentro del entorno de la persona.
4. **La medición de la calidad de vida incluye medidas de experiencias tanto comunes a todos los seres humanos como únicas a cada individuo.** Esto supone que: (a) utiliza tanto indicadores objetivos como subjetivos; (b) utiliza tanto métodos cualitativos como cuantitativos; y (c) las medidas subjetivas reflejan el nivel de satisfacción personal y las medidas objetivas reflejan las experiencias y circunstancias personales.

De estos principios (y especialmente del último punto), se deriva que los instrumentos y esfuerzos dirigidos a la evaluación pueden diferir entre sí según el enfoque de evaluación adoptado. Con ánimo de resumir los numerosos estudios realizados, es común organizar todos ellos según la perspectiva descrita por Borthwick-Duffy en 1992. Según esta perspectiva, existen tres posibles marcos teóricos a los que se adhieren la mayor parte de los estudios de calidad de vida (Arostegui, 1998; Felce y Perry, 1995; Gómez, 2005; Gómez-Vela y Sabeh, 2000).

El primer marco teórico define la calidad de vida como la calidad de las *condiciones de vida*. Hace referencia, por tanto, a factores objetivos y sociales. La calidad de vida se define en términos de las condiciones de vida experimentadas por un individuo, evaluadas de forma objetiva por medio de un evaluador externo. Este tipo de evaluación es la denominada por Schalock y Verdugo (2002/2003) 'evaluación funcional'. Tradicionalmente, se ha considerado que la mejora en los factores objetivos incrementaba el bienestar personal. Sin embargo, recientes estudios cuestionan esta relación; sirva como ejemplo la escasa correlación entre ingresos y sensación de bienestar (Myers, 2000).

El segundo marco teórico define la calidad de vida como la *satisfacción personal con las condiciones de vida*. De este modo, la segunda concepción del constructo alude a su vertiente subjetiva, al grado en que las personas valoran sus propias vidas (Veenhoven, 1996). En este sentido, la evaluación sólo tiene sentido si es la persona cuya calidad de vida queremos evaluar quien la lleva a cabo o informa sobre ella. Este tipo de evaluación constituye la denominada 'valoración personal' (Schalock y Verdugo, 2002/2003).

El tercer y último marco teórico es una combinación de los dos anteriores. Calidad de vida se define, por tanto, como la *combinación de la calidad de las condiciones de vida y la satisfacción personal*. En otras palabras, esta perspectiva concibe la calidad de vida como una combinación de elementos objetivos y subjetivos. Es en este último marco teórico en el que parecen ubicarse la mayor parte de los estudios en la actualidad y al que se adhieren la mayor parte de los autores.

En esta perspectiva existe un consenso acerca de que, dependiendo del objetivo y la perspectiva del instrumento desarrollado, los indicadores de calidad de vida se pueden utilizar para evaluar el bienestar percibido por la persona o las experiencias y circunstancias de la vida de la persona (Schalock, Bonham et al., 2008). En este sentido, podemos hablar de evaluaciones e instrumentos de evaluación objetivos y subjetivos en función de su objetivo, contenido y respondiente (Bonham et al., 2004, 2006; Brown et al., 2004; Cummins, 1997b, 2005; Gardner y Carran, 2005; Keith y Bonham, 2005; Keith y Schalock, 2000; Perry y Felce, 1995, 2005; Schalock, Bonham et al., 2008; Schalock y Felce, 2004; Schalock, Gardner y Bradley, 2007; Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007; Schalock et al., 2002; van Loon et al., 2008; Verdugo, Arias y Gómez, 2006b; Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, en prensa; Verdugo, Arias, Gómez y van Loon, 2007; Verdugo, Gómez y Arias, 2007, en prensa; Verdugo, Gómez, Schalock y Arias, en prensa; Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007; Walsh et al., 2006).

Siguiendo esta línea, Schalock y Felce (2004) recomiendan una clara distinción entre la evaluación subjetiva y la evaluación objetiva de calidad de vida. Defienden que si un evaluador pretende determinar si las personas con discapacidad están satisfechas con la vida al igual que otros grupos de población, entonces es importante evaluar el bienestar subjetivo y compararlo (e.g., Matikka, 2001). Si las puntuaciones son diferentes, es necesario analizar los factores personales o ambientales que puedan explicar tales diferencias. Así pues, para evaluar resultados personales y desarrollar programas centrados en la persona es recomendable utilizar autoinformes o escalas subjetivas contestadas por la persona cuya calidad de vida se quiere evaluar. Por otro lado, si el objetivo del evaluador consiste en llevar a cabo la evaluación del diseño ambiental, la mejora de los programas de prestación de servicios y los cambios organizacionales de un modo sensible, es necesario emplear indicadores objetivos de experiencias y circunstancias vitales. Para ello, se recomienda utilizar cuestionarios basados en la observación directa de experiencias y las circunstancias personales.

#### **2. 4. 4. Técnicas para evaluar la calidad de vida individual**

En primer lugar, podemos distinguir entre dos tipos de evaluación según el enfoque adoptado (Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger, 1993). En este sentido, hablamos de enfoques cuantitativos cuando el objetivo del estudio es operativizar el constructo de calidad de vida mediante el estudio de diferentes indicadores: (a) sociales (se refieren a condiciones

externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); (b) psicológicos (evalúan las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y (c) ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente). Los enfoques cualitativos, por su parte, adoptan una postura de escucha a la persona que relata sus experiencias, desafíos y problemas para obtener información que ayude a los servicios sociales y humanos a apoyarles eficazmente.

Existe gran controversia entre procedimientos cualitativos y cuantitativos, pero ambas perspectivas, lejos de ser excluyentes, son complementarias y su empleo conjunto tiene la ventaja de permitir la medición de distintos indicadores. Por ejemplo, para evaluar procesos, suelen ser más adecuados los métodos cualitativos y para evaluar los resultados, los métodos cuantitativos. Por lo tanto, es necesario conocer que existen distintos instrumentos y técnicas que se pueden utilizar, como son las encuestas, los cuestionarios, la observación, los grupos de discusión, las reuniones de grupo, el análisis documental, las técnicas sociométricas, las escalas de medición de actitudes, etc.

Lo cierto es que la mayor parte de las herramientas de evaluación de la calidad de vida son cuantitativas (e.g., en el ámbito de la discapacidad intelectual: Córdoba, 2004; Crespo, 2003; Gómez, 2005; Gómez-Vela, 2003; González, 2002; Sabeh, 2004; Martín, 2006; Morentin, 2008). Aunque también se utilizan evaluaciones cualitativas, son pocas las investigaciones que han empleado esta metodología (e.g., Corring y Cook, 2007; De Maeyer et al., 2009; Somrongthong, Sitthi-Aamorn, Love y Loasee, 2008).

Entre la metodología cuantitativa, predominan las escalas y los cuestionarios que se aplican a las propias personas o a personas allegadas que contestan en su lugar (denominados con frecuencia 'personas próximas' o 'intermediarios'). Otras técnicas utilizadas han sido las entrevistas, los inventarios y los índices. Schalock y Verdugo (2002/2003), resumen en cinco las estrategias utilizadas para medir la calidad de vida y que incluyen los tres niveles del sistema (Figura 27). Siguiendo a los autores, a continuación definimos brevemente cada una de ellas y apuntamos algunas de sus ventajas y limitaciones más relevantes.



Figura 27. Técnicas de evaluación de la calidad de vida en los sistemas

Las *escalas de valoración* constituyen un conjunto de pasos ordenados a intervalos fijos que se utilizan para graduar los juicios de las personas sobre los objetos, los eventos o sobre otras personas. Ejemplos de ellas son las escalas de valoración gráfica, las escalas graduadas y las escalas de valoración comparativa. Entre sus ventajas destaca que son fáciles de construir y responder. Sin embargo, su principal problema es que pueden carecer de fiabilidad y validez. Cuando se utiliza una escala de valoración, se debe demostrar, al menos, su fiabilidad test-retest y su validez de constructo o de contenido. Además, no se debe olvidar que generalmente tienden a implicar un nivel de medida ordinal, por lo que a la hora de realizar los análisis estadísticos no se debe cometer el error tan generalizado de tratar los datos como si de intervalo o de razón se trataran (cfr. Kahler, Rogauschb, Brunnera y Himmel, 2008).

Las *escalas de actitudes*, por su parte, originan puntuaciones que reflejan la intensidad y la dirección (a favor o en contra) de los sentimientos de una persona sobre un objeto o un evento. Los tipos más utilizados son las escalas tipo Likert y de diferencial semántico. Tienen las mismas ventajas e inconvenientes que las anteriores, pero además reflejan el hecho de que las opiniones de las personas son complejas y multidimensionales.

Los *cuestionarios* consisten en una serie de preguntas escritas acerca de un tema sobre el que se desea conocer la opinión del encuestado. Frecuentemente se emplean para recoger información acerca de las creencias, las actitudes y los valores de las personas. Entre sus limitaciones, además de las anteriores, destacan las siguientes: (a) pueden ser poco útiles para personas con limitaciones comprensivas y expresivas; (b) las respuestas pueden ser superficiales o estar sesgadas hacia lo socialmente deseable; (c) algunos consideran que los cuestionarios son impersonales, mecánicos y degradantes, y que las categorías de respuesta son cerradas; y (d) no son adecuados para analizar niveles de motivación más profundos u opiniones sobre temas complejos. En este sentido, Sommer y Sommer (1997) proponen una serie de cuestiones para valorar la adecuación de los ítems en un cuestionario (Tabla 13).

Tabla 13. Cuestiones para valorar los ítems de un cuestionario (Sommer y Sommer, 1997)

1. ¿Es necesaria la pregunta? ¿Qué utilidad tendrán las respuestas?
2. ¿Puede la persona responder a la cuestión? ¿Querrá la persona responder a la cuestión?
3. ¿Es el ítem lo más breve posible, claro y conciso?
4. ¿Las opciones de respuesta proporcionan una elección suficientemente amplia?
5. ¿Es posible que la respuesta se vea afectada por la deseabilidad social? ¿Es posible reducir su sesgo?
6. ¿El número de ítems favorable es equivalente al de desfavorables?

Las *medidas funcionales* o el nivel de *medidas funcionales* suponen un tipo de escala de valoración que emplea generalmente una escala tipo Likert de 3 a 5 puntos, con elementos de anclaje conductuales que reflejan el funcionamiento de la persona o su implicación social. Sus ventajas incluyen: (a) el estar basadas en indicadores comportamentales observables, lo que incrementa la fiabilidad de la medida porque estos indicadores se relacionan con condiciones objetivas experimentadas por la persona; (b) su empleo para la medición en el nivel del mesosistema permite reflejar los distintos papeles que las personas pueden desempeñar en sus comunidades; y (c) se pueden utilizar en muy distintos y numerosos ambientes. Su principal desventaja es que, al basarse en la observación, son sensibles a las opiniones y los prejuicios del observador.

Los *indicadores del macrosistema* tienen un impacto importante en la calidad de vida percibida. Se han empleado frecuentemente en la investigación y la evaluación de las ciencias sociales para medir la calidad de vida colectiva de la vida en comunidad. Para garantizar su utilidad, los indicadores de calidad de vida utilizados en una nación deben cumplir tres criterios: (a) ser objetivos y estar evaluados con herramientas psicométricamente adecuadas, (b) estar basados, como mínimo, en una muestra estratificada nacional, y (c) ser comparables entre naciones y culturas. Estos indicadores nacionales de calidad de vida deben reflejar: los indicadores sociales actuales, la investigación sobre bienestar y los tratados internacionales.

#### **2. 4. 5. Instrumentos de evaluación para personas con discapacidad intelectual**

Si realizamos una revisión acerca de de los instrumentos que se han utilizado para evaluar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, encontramos que el desarrollo de tales instrumentos va acorde con la evolución del concepto. De este modo,

podemos clasificarlos según la perspectiva de calidad de vida con la que fueron diseñados. Esto es, desde una perspectiva objetiva, desde una perspectiva subjetiva, o desde una perspectiva integradora que combina ambas.

El objetivo de este apartado no consiste en dar detallada cuenta del amplio abanico de instrumentos utilizados para evaluar resultados personales de personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo, sino que nos detendremos en aquellos que han tenido un mayor impacto y aquellos con mayor utilidad práctica. Para aquellos lectores interesados en un análisis más profundo y detallado, recomendamos consultar a Cummins (2003, 2004a, 2004b), que ofrece una lista de más de 600, o a Schalock y Verdugo (2002/2003), cuya lista supera los 250.

Aún así, la extensión de este apartado resulta considerablemente mayor a la de aquellos centrados en otros colectivos por razones obvias: el concepto de calidad de vida individual en general, y el modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003) en particular, surgieron en el campo de la discapacidad intelectual, por lo que su desarrollo en este ámbito ha sido mucho mayor que en el resto, y sus implicaciones se han extendido desde este a otros campos.

#### **2.4.5.1. Instrumentos diseñados desde una perspectiva objetiva**

Como expusimos en el primer capítulo, la evaluación de la calidad de vida se identificó durante los primeros años de uso científico del término con la evaluación objetiva de las condiciones de vida. Así, se prestó durante años especial atención a los estándares de vivienda, ingresos, patrones de empleo del tiempo, alcance de la interacción con la comunidad y otros. Tales datos solían analizarse en términos de frecuencias (Cummins, 2005).

Entre los cuestionarios más empleados como evaluación objetiva de calidad de vida encontramos el 'Programa de Análisis de Sistemas de Servicios' (PASS, '*Program Analysis of Service Systems*') y 'Programa de Análisis de Sistemas de Servicios de Implementación de los Objetivos de Normalización' (PASSING, '*Program Analysis of Service Systems' Implementation of Normalization Goals*') (Wolfensberger y Glen, 1975; Wolfensberger y Thomas, 1983). Este instrumento fue diseñado para ser utilizado por profesionales de apoyo, técnicos e investigadores, pero no para evaluar resultados personales. En definitiva, los datos se



utilizaban como un mero indicador del grado de déficit de las personas con discapacidad en comparación con la población general.

Otro cuestionario ampliamente utilizado fue el 'Viviendo en un piso tutelado: un cuestionario de calidad de vida' (*Living in a Supervised Home: A Questionnaire on Quality of Life*) (Cragg y Harrison, 1985), que evaluaba la calidad de vida en el hogar dentro del contexto de la normalización mediante la recogida de datos objetivos a través de la entrevista y la observación. Aunque es cierto que éste trata de realizar una evaluación subjetiva, no podemos considerarla como tal, pues quien completa el cuestionario es el propio observador o entrevistador, procedimiento inadecuado para evaluar la calidad de vida subjetiva según los principios de medición del concepto (Schalock, 2005, 2006; Schalock et al., 2002; Verdugo, Schalock, Keith y Stancliffe, 2005).

Además de la limitación anteriormente apuntada (i.e., las valoraciones son realizadas por una persona externa, pero casi nunca por la persona con discapacidad), existen otros problemas añadidos al uso y la interpretación de estos datos hoy en día: (a) si bien pudieron tener gran relevancia hace unas décadas, cuando las personas con discapacidad se encontraban recluidas en grandes instituciones con grandes carencias y apartadas de la sociedad, pero no tanto ahora que la mayoría de las personas viven en la comunidad y que se pretende que las organizaciones promuevan una mejora de la calidad; y (b) al interpretar los datos mediante comparaciones con estándares generales, ignoran u olvidan las preferencias personales, aspecto clave en una evaluación integral de la calidad de vida (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock et al., 2002; Verdugo, Schalock, Keith y Stancliffe, 2005).

Desde nuestra concepción de calidad de vida, consideramos que debemos mejorar este tipo de enfoques de medida con evaluaciones más completas y que contemplen los principios de medición actuales. Estamos de acuerdo con Edgerton (1990) cuando señala:

[...] nunca podemos olvidar que a toda la sociedad hay que darle oportunidades; aunque bienintencionado, no se deben imponer unos estándares. No debemos imaginar que todo el que acepte un orden de opciones de calidad de vida experimentará una mayor percepción del bienestar de la que tenían antes, ni que todos los que han rechazado estas opciones a favor de un estilo de vida alternativo estén menos satisfechos (p. 158).

Ciertamente, las circunstancias objetivas de vida siempre ejercerán un papel importante en el logro de una alta calidad de vida. Sin embargo, conocer lo que siente la propia persona acerca de su vida es el objetivo último que toda evaluación de calidad de vida debe plantearse si está dirigida a su mejora y al diseño de planes de intervención centrados en la persona. En aquellas circunstancias en las que las necesidades materiales básicas estén satisfechas, los autores generalmente coinciden en señalar la escasa relación existente entre las circunstancias de vida objetivas y la satisfacción que las personas manifiestan ante ellas (Bonham et al., 2004, 2006; Brown et al., 2004; Cummins, 1997a, 2000, 2005; Gardner y Carran, 2005; Keith y Bonham, 2005; Keith y Schalock, 2000; Perry y Felce, 2005; Schalock, Bonham et al., 2008; Schalock y Felce, 2004; Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007; Schalock et al., 2002; Verdugo, Arias, Gómez y van Loon, 2007; Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009; Walsh et al., 2006).

Un instrumento más reciente desarrollado en la línea actual de evaluaciones objetivas y multidimensionales de la calidad de vida individual de personas con discapacidad intelectual es el 'Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida' (EQLI, '*Evaluation of Quality of Life Instrument*') (Nota, Soresi y Perry, 2006), validado con una muestra de 367 participantes procedentes de Italia. Si bien su uso no está generalizado (pues no se conocen más aplicaciones), su planteamiento es coherente con los principios actuales de evaluación de la calidad de vida. Se trata de un cuestionario contestado por profesionales que consta de 18 ítems con un formato de respuesta de cinco opciones (desde 'no describe a la persona en absoluto' hasta 'describe a la persona perfectamente'). Se evalúan 3 dimensiones correlacionadas: (a) satisfacción con la calidad del servicio; (b) satisfacción con las oportunidades de interacción social; y (c) satisfacción con las características ambientales. Aunque presenta evidencias de validez basadas en su estructura interna y en las relaciones con otras variables, y la fiabilidad de sus escalas oscila entre ,73 y ,88, consideramos que la escala presenta dos limitaciones fundamentales. La primera, que trata de evaluar la satisfacción de los usuarios utilizando la perspectiva de los profesionales, cuando lo recomendable a la hora de evaluar satisfacción es preguntar directamente a la persona. La segunda, evalúa un rango limitado de áreas que son importantes para la persona.

De este modo, consideramos que los instrumentos desarrollados desde una perspectiva objetiva, hasta la fecha no resultan adecuados para evaluar la calidad de vida individual de forma exhaustiva e integral.

#### **2. 4. 5. 2. Instrumentos diseñados desde una perspectiva subjetiva**

Entre los instrumentos para medir la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual desde una perspectiva subjetiva (i.e., hacen hincapié en la experiencia individual de satisfacción o bienestar), resaltan como los más utilizados la ‘Escala de satisfacción con el estilo de vida’ (LSS, ‘*Lifestyle Satisfaction Scale*’ (Heal y Chadsey-Rusch, 1985) y la ‘Escala de satisfacción con el estilo de vida multifacética’ (MLSS, ‘*Multifaceted Lifestyle Satisfaction Scale*’) (Harner y Heal, 1993).

La LSS fue elaborada para evaluar la satisfacción de personas con discapacidad intelectual en residencias y emplazamientos en la comunidad, así como en otros servicios similares. La MLSS es una escala derivada de la anterior que amplía el número de dominios o áreas de la vida a evaluar. Sus principales limitaciones radican en su marco conceptual, pues se obvian dimensiones fundamentales como el bienestar físico y el bienestar material. Además, no se disponen de datos psicométricos acerca de su fiabilidad y validez. Aunque Cummins, McCabe, Romeo, Reid y Warters (1997) afirmaban que se trataba de una escala con una fiabilidad adecuada, es necesaria mayor información acerca de sus propiedades psicométricas.

Al igual que opinábamos sobre la perspectiva exclusivamente objetiva con la que se inició el estudio de la calidad de vida, consideramos este enfoque como una perspectiva de evaluación también a superar. Una evaluación basada exclusivamente en aspectos subjetivos proporciona una visión y concepción limitada de la calidad de vida. Por este motivo, en línea con los principios de medición de la calidad de vida (Schalock et al., 2002; Verdugo et al., 2005), abogamos por enfoques de evaluación más holísticos y completos que tengan en cuenta tanto aspectos objetivos y subjetivos. No obstante, como señalábamos en el apartado anterior, pueden utilizarse instrumentos objetivos o subjetivos en función de la finalidad de la evaluación. Por tanto, si el objetivo es evaluar la satisfacción de la persona, entonces éste puede convertirse en un enfoque apropiado.

#### **2. 4. 5. 3. Instrumentos diseñados desde una perspectiva objetiva y subjetiva**

La perspectiva más holística, completa e integradora es aquella que combina la evaluación de aspectos objetivos y subjetivos. Son varios los instrumentos diseñados desde la

perspectiva en que la calidad de vida se define tanto por componentes objetivos como subjetivos.

Entre los más antiguos encontramos el 'Programa de entrevista de la calidad de vida' (QUOLIS, '*Quality of Life Interview Schedule*') (Ouellette-Kuntz, McCreary, Minnes y Stanton, 1994). Inicialmente, se diseñó para ser completada por personas sin comunicación verbal y aquellos que presentaban una discapacidad intelectual severa (Ouellette-Kuntz y McCreary, 1996). En este instrumento, la calidad de vida se concibe como el grado en que una persona disfruta de posibilidades que son importantes para su vida y se evalúa a través de sus niveles de participación y su nivel aparente de satisfacción. Cummins et al. (1997), señalaban entre sus limitaciones la ausencia de un sistema que incorporara la percepción de la importancia de los ítems para cada individuo junto a la satisfacción con el contenido del ítem (especialmente, cuando este aspecto se explicitaba en la definición operativa de calidad de vida utilizada para desarrollar la entrevista). Una limitación adicional consiste en el tiempo excesivo que conlleva realizar la entrevista (aproximadamente dos horas), circunstancia que conlleva que la aplicación resulte extremadamente difícil y demasiado extensa para el grupo de personas al que se dirige. Por último, está centrado en la evaluación de personas con discapacidad severa y diseñado especialmente para ser completado por personas próximas.

Entre las pruebas más utilizadas tradicionalmente en la investigación, se encuentran el 'Cuestionario de calidad de vida' (QOL.Q, '*Quality of Life Questionnaire*') (Schalock y Keith, 1993) y la 'Escala comprensiva de calidad de vida para personas con discapacidad intelectual' (ComQol-ID, '*Comprehensive Quality of Life Scale-Intellectual Disability*') (Cummins, 1993b). Ambas parecen contar con propiedades psicométricas adecuadas y fueron desarrolladas desde una perspectiva multidimensional. Además, contienen ítems referidos a casi todas las dimensiones del modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003), si bien se centran específicamente en algunas de ellas. Quizás sean los dos cuestionarios que durante los últimos años mejor plasmaron la concepción actual de calidad de vida y sus dimensiones más importantes, pero consideramos que ambos han sido superados por otros de desarrollo más reciente como la 'Escala Integral de calidad de vida' (Gómez, 2005; Gómez, Verdugo, Arias e Ibañez, 2006; Verdugo, Arias y Gómez, 2006a; Verdugo, Gómez y Arias, 2007; Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009; Verdugo, Gómez, Schalock y Arias, en prensa) y la 'Escala de Resultados Personales' (POS, '*Personal Outcomes Scale*') (van Loon, van Hove, Schalock y Claes, 2008).

### **a) La Escala Comprehensiva de Calidad de Vida (ComQol) de Cummins**

Cummins (2005) define la calidad de vida como un constructo general que comprende una perspectiva tanto objetiva como subjetiva con relación a siete dimensiones de vida. Parte de un concepto universal de calidad de vida, lo que significa que comparte el planteamiento acerca de que las dimensiones que componen la calidad de vida son las mismas para todas las personas, independientemente de su condición y características.

En consecuencia, la ComQol (Cummins, McCabe, Romeo y Gullone, 1994) se desarrolló: (a) teniendo en cuenta el carácter multidimensional de la calidad de vida; (b) incluyendo variables objetivas y subjetivas; y (c) incluyendo tres formas paralelas: la primera para adultos de la población general (ComQol-A) (Cummins, 1993a), la segunda para adultos con discapacidad intelectual u otras discapacidades del desarrollo (ComQol-ID) (Cummins, 1993b), y la tercera para alumnos adolescentes sin discapacidad (ComQol-ST) (Cummins, 1993c).

Dado que, de estas tres, la que nos interesa por su aplicación a personas con discapacidad intelectual es la ComQol-ID, nos centraremos en esta última. La escala consta de dos partes: una escala objetiva y una escala subjetiva; ambas evalúan siete dimensiones (bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, presencia en la comunidad y bienestar emocional). Puede aplicarse tanto a personas verbales como no verbales y el tiempo de aplicación oscila en torno a los 45 minutos.

Aunque los resultados psicométricos de la escala son mejorables, en términos generales existen suficientes evidencias acerca de su validez. No obstante, existen ciertas limitaciones acerca de la fiabilidad de la versión objetiva. Además, el autor plantea la conveniencia de separar la dimensión 'intimidad' en dos dominios más concretos (amigos y familia) en una futura reedición. Entre sus ventajas, podemos señalar varias: (a) cuenta con la posibilidad de recoger la información desde una perspectiva individual; (b) adecúa el lenguaje y los niveles de respuesta a las necesidades individuales a través de una prueba pretest; (c) es sencilla y fácil de administrar; (d) presenta un sistema de respuesta visual (aunque desde el punto de vista puramente metodológico, ésta ventaja bien podría convertirse en una limitación); y (e) cuenta con una tercera parte al final del instrumento para ser cumplimentada por una persona próxima para aquellos casos en los que la persona con discapacidad intelectual no pueda contestar por sí misma.

La adaptación del ComQol-ID fue llevada a cabo por Arostegui (2002) para su aplicación en la Comunidad Autónoma del País Vasco. El objetivo de su trabajo consistió en evaluar la calidad de vida de adultos con y sin discapacidad intelectual para comparar los resultados, pero además demostró que las características psicométricas de la escala eran, como mínimo, aceptables. Entre las implicaciones de su trabajo, merecen destacarse las siguientes: (a) la evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida son medidas independientes, que aportan dos enfoques necesarios y complementarios; (b) la obtención de un índice único y global de calidad de vida resulta poco útil y significativo; (c) las siete dimensiones evaluadas son representativas del constructo de calidad de vida, aunque debe mejorarse su evaluación concreta a través de la escala; (d) se demuestra la validez empírica de la evaluación de la calidad de vida subjetiva como el producto entre la importancia y la satisfacción; (e) aunque la falta de capacidad comprensiva de la población con discapacidad intelectual puede dificultar la evaluación, las características del instrumento minimizan tales dificultades y posibilitan la evaluación del constructo a partir de sus propias opiniones.

No obstante, como la propia autora reconoce, su estudio no está libre de limitaciones; entre ellas podemos señalar las siguientes: (a) existe un número reducido de ítems tanto en la escala objetiva como en la subjetiva; (b) los datos relativos a la dimensión salud resultaron poco fiables; (c) en la formulación de algunos ítems de la escala objetiva, existe cierto cariz psicológico que puede dificultar la objetividad de la información recogida; (d) existen limitaciones derivadas de la evaluación a través de respuestas vicarias en aquellos casos en los que no es posible ajustar las respuestas al nivel de los entrevistados; debiera haberse puesto un mayor cuidado en asegurar la respuesta vicaria a través de amigos, familiares o monitores que conozcan a la persona en cuestión desde todos los ámbitos de su vida; (e) el procedimiento de selección de la muestra estuvo sesgado y limitado por la dificultad de acceso al colectivo de personas con discapacidad intelectual; (f) el hecho de haber realizado en muchos casos las entrevistas en los propios servicios pudiera haber determinado las respuestas; (g) debiera haberse comprobado la validez de la prueba pretest utilizada para adecuar el lenguaje y el nivel de las respuestas; y (h) sería recomendable realizar un estudio de congruencia entre el entrevistado y terceras personas.

**b) El Cuestionario de calidad de vida (QOL.Q) de Schalock y Keith (1993)**

El Cuestionario de calidad de vida de Schalock y Keith (1993) combina la evaluación subjetiva y objetiva del bienestar (Arostegui, 2002; Cummins, 1997a; Schalock y Keith, 1993). Desde que la escala original apareciera, sus creadores han llevado a cabo varias revisiones con el fin de mejorar el instrumento desde el punto de vista psicométrico. La primera fue la versión de Schalock et al. (1990), que derivó en el hoy conocido QOL.Q de Schalock y Keith (1993). La escala se basa en la definición de calidad de vida propuesta por Schalock en 1990:

Es el resultado de la satisfacción de las necesidades básicas de un individuo y cumplimiento de las responsabilidades básicas en los entornos comunitarios (familia, ocio, escuela y trabajo). Los individuos que logran satisfacer sus necesidades y cumplir sus responsabilidades de forma satisfactoria para ellos mismos y para otros significativos en los entornos comunitarios, experimentan una alta calidad de vida en estos entornos (Schalock, 1990, p.143).

La aplicación del QOL.Q está destinada a personas con y sin discapacidad que desarrollan algún tipo de actividad laboral. Según Crespo (2003), era el instrumento más investigado entre los disponibles entonces para evaluar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. El cuestionario evalúa cuatro dimensiones que reflejan los resultados personales deseables en un servicio en relación con la habilitación de personas con discapacidad intelectual. Éstos eran independencia/autodeterminación, competencia/productividad, satisfacción, y pertenencia social/integración en la comunidad. Consta de 40 ítems planteados como preguntas o afirmaciones, con tres opciones de respuesta entre las que la persona debe elegir aquella que mejor se adapta a su caso. Se administra en formato de entrevista personal. El tiempo aproximado de aplicación oscila entre 20 y 30 minutos. Según las revisiones de Arostegui (2002) y Crespo (2003), sus características psicométricas son aceptables.

Sin embargo, lejos de ser una excepción, este cuestionario cuenta con una serie de problemas que se ponen de manifiesto en su aplicación. Uno de ellos, como indica Arostegui (2002), está relacionado con la definición de calidad de vida en términos de necesidades básicas y responsabilidades de las personas con discapacidad intelectual, que conlleva el riesgo de adoptar un criterio más bajo de una calidad vida en comparación con el de la población general. Además, según Crespo (2003), la puntuación de la dimensión satisfacción

cuenta con escasa fiabilidad por lo que los resultados deben interpretarse con cautela. Otro de los problemas se relaciona con el formato de respuesta: las opciones de respuesta cambian de una pregunta a otra, lo que constituye una dificultad añadida para las personas con dificultad intelectual y un serio problema a nivel metodológico. Además, existe un alto nivel de abstracción, ambigüedad y complejidad en algunos ítems (Rapley, Loble y Bozatsis, 1994); requiere la repetición de las preguntas de forma diferente para asegurarse de que la persona las comprende bien y en algunos casos las opciones de respuesta son excesivamente complejas y largas (Rapley y Antaki, 1996). Quizás la mayor limitación de este instrumento consiste en priorizar su aplicación hacia la planificación de servicios y el desarrollo de la integración en la comunidad, cuando el constructo de calidad de vida comprende aspectos más personales, más íntimos y más universales (Arostegui, 2002).

Se han llevado a cabo varios estudios sobre sus cualidades psicométricas en países de habla anglosajona (Kober y Eggleton, 2002; Kraemer, McIntyre y Blacher, 2003; Rapley y Loble, 1995; Schalock y Keith, 1993). En el 2003, Crespo realizó su validación en el contexto español y otros autores han realizado diferentes estudios que concluyen que la escala cuenta con unas características psicométricas adecuadas también en países de habla hispana (Caballo, Crespo, Jenaro, Verdugo y Martínez, 2005; Verdugo, Crespo y Jenaro, 2004). No obstante, Crespo (2003) señalaba la conveniencia de realizar estudios complementarios para solventar las dificultades encontradas en algunos ítems y aportar evidencias sobre su validez. Más recientemente, se ha utilizado la versión española de este cuestionario para analizar diferentes elementos que intervienen en el proceso de inserción, entrenamiento y apoyo en el empleo (Verdugo, Jordán de Urrés, Jenaro, Caballo y Crespo, 2006).

En resumen, aunque estos dos instrumentos han sido los más utilizados, cuentan con deficiencias metodológicas y psicométricas que han sido superadas en la actualidad por otros de más reciente desarrollo. Además, pese a que ambos están diseñados desde la concepción en la que calidad de vida se compone tanto de elementos objetivos como subjetivos, los evalúan solo desde la percepción de la propia persona con discapacidad (por tanto, el enfoque sería meramente subjetivo) y ninguna evalúa las ocho dimensiones propuestas en el modelo (Schalock y Verdugo, 2002/2003).

Instrumentos que cumplan estos dos últimos requisitos (i.e., evaluar aspectos objetivos y subjetivos desde la percepción de la persona con discapacidad intelectual y un



tercero), además de contar con propiedades psicométricas adecuadas, solo existen dos; esto es, instrumentos que, además de partir de una definición que incluya aspectos objetivos y subjetivos, permitan evaluar la calidad de vida desde una perspectiva verdaderamente objetiva (desde la percepción de un observador externo) y subjetiva (desde la perspectiva de la propia persona con discapacidad). Tales instrumentos se describen en el siguiente apartado.

**c) La Escala INTEGRAL (Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009)**

La Escala INTEGRAL (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009) es un instrumento original e innovador que se dirige a evaluar la calidad de vida desde perspectivas objetivas y subjetivas en adultos con discapacidades intelectuales y del desarrollo. La escala se puede utilizar para aplicar el modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo y sirve como herramienta esencial para la evaluación y planificación de acuerdo con los indicadores de calidad de vida más relevantes para personas con discapacidad según la investigación.

Las prácticas profesionales deben dirigirse a evaluar las necesidades de apoyo de cada persona así como a confeccionar planes individuales de acuerdo a las preferencias e intereses de ellas. Por ello, la Escala INTEGRAL puede ser una parte indispensable de este proceso ya que se puede utilizar para la mejora de la calidad de vida mediante la planificación individual centrada en la persona y junto a otros instrumentos de evaluación de los apoyos.

La Escala INTEGRAL proporciona información acerca de las áreas de vida más importantes de una persona desde la perspectiva del profesional y desde la perspectiva de la persona con discapacidad intelectual. De este modo, permite confrontar ambas perspectivas y planificar programas más ajustados a las verdaderas necesidades de las personas. Por esta razón, consta de las dos escalas que se describen a continuación. La Escala Objetiva: (a) recoge aspectos observables y objetivos de calidad de vida; (b) cuenta con un formato de respuesta objetivo; y (c) refleja la valoración de una persona externa, el profesional que trabaja con la persona con discapacidad y la conoce bien. La Escala Subjetiva: (a) recoge aspectos subjetivos de calidad de vida; (b) cuenta con un formato de respuesta subjetivo; y (c) refleja la valoración y percepción de la propia persona con discapacidad.

Ambas subescalas cuentan con ítems cuyo contenido hace referencia a alguna de las ocho dimensiones propuestas en el modelo. En el apartado de corrección e interpretación, se ofrecen pautas para interpretar los resultados de la aplicación de la escala conforme a este

modelo desde una perspectiva cualitativa. Cada escala ofrece, además, puntuaciones cuantitativas diferenciadas para varios factores relacionados con dichas dimensiones. Asimismo, cada escala proporciona un índice de calidad de vida y las puntuaciones pueden representarse gráficamente en el perfil de calidad de vida. De este modo, se facilita la interpretación de los resultados, así como el análisis de coincidencias y semejanzas entre las puntuaciones obtenidas en cada dimensión de las dos escalas.

Por un lado, la Escala Objetiva consta de 23 ítems enunciados en tercera persona que deben ser respondidos con un formato de respuesta SI/NO tras una observación sistemática. Todos los ítems recogen aspectos objetivos y fácilmente observables. Proporciona puntuaciones estandarizadas para 5 dimensiones: Autodeterminación (8 ítems), Bienestar emocional y físico (5 ítems), Inclusión Social (3 ítems), Bienestar Material (4 ítems) y Bienestar Laboral (3 ítems). La duración de la prueba suele oscilar entre 7 y 10 minutos. Por otro lado, la Escala Subjetiva está formada por 39 ítems, enunciados en tercera persona y con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos: ‘totalmente en desacuerdo’, ‘en desacuerdo’, ‘de acuerdo’ y ‘totalmente de acuerdo’. La escala facilita puntuaciones estandarizadas para 6 dimensiones: las 5 dimensiones de la Escala Objetiva –Autodeterminación (8 ítems), Bienestar emocional y físico (7 ítems), Inclusión Social (8 ítems), Bienestar Material (9 ítems) y Bienestar Laboral (4 ítems)– más Bienestar Familiar (3 ítems). La razón por la que esta dimensión no está recogida en la Escala Objetiva consiste básicamente que, en la mayoría de los casos, los profesionales no disponen de información o no proporcionan información fiable acerca de las relaciones familiares de las personas con las que trabajan. La Escala Subjetiva incluye una última cuestión en la que se pide a la persona con discapacidad intelectual que ordene las ocho dimensiones de calidad de vida según su importancia, permitiendo así ponderar cada dimensión según la perspectiva de la persona evaluada. Existe gran variabilidad en el tiempo de aplicación de la prueba, pero la duración media suele oscilar entre 20 y 30 minutos.

La aplicación a una muestra amplia formada por 861 adultos con discapacidad intelectual de 20 provincias españolas permitió la validación y el estudio de propiedades psicométricas. Su fiabilidad se demostró mediante índices de consistencia interna (como el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach que alcanzó un valor de ,800 para la Escala objetiva y ,911 para la Escala Subjetiva), el error típico de medida y la fiabilidad basada en la estructura factorial. Del mismo modo, la escala obtuvo validez de contenido, validez criterial concurrente y validez de constructo adecuadas (Gómez, 2005; Verdugo, Arias y Gómez, 2006b, 2009; Verdugo, Gómez y

Arias, 2007, 2009; Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009; Verdugo, Gómez, Schalock y Arias, 2009).

La relevancia del instrumento para evaluar la calidad de vida de personas con discapacidad es manifiesta no solo a nivel nacional, sino también internacional. Son prueba de ello los procesos de adaptación y validación iniciados ya para su aplicación en otros países como Holanda (Verdugo, Arias, Gómez y van Loon, 2007), Bélgica, Portugal, Irlanda, Colombia, Argentina y Brasil (Gómez, Verdugo, Arias, López, Moreno y Córdoba, 2010). Además, basado en esta escala, se está desarrollando y validando otro instrumento en Holanda con características similares: la 'Escala de Resultados Personales' (POS, '*Personal Outcomes Scale*') (van Loon, van Hove, Schalock y Claes, 2008).

No obstante, aunque la Escala Integral es el instrumento más reciente y que consideramos más completo en la actualidad para personas con discapacidad intelectual, también cuenta con una gran limitación para la evaluación subjetiva de la calidad de vida de personas con discapacidad profunda y múltiple. Esta limitación principal es común a todos los instrumentos comentados: completar la escala subjetiva requiere de habilidades de comunicación suficientes y, en su ausencia, de personas próximas que respondieran en su lugar. Esta circunstancia conlleva grandes limitaciones metodológicas y el riesgo de perder parte del sentido de la evaluación subjetiva.

#### **2.4.5.4. Relación entre la evaluación objetiva y subjetiva**

La relación existente entre la calidad de vida evaluada de forma objetiva y subjetiva es un tema que ha suscitado gran interés a los investigadores desde el nacimiento del concepto. La revisión y el análisis de los estudios sobre satisfacción percibida y su correspondencia con indicadores objetivos permiten cuestionar la relación existente entre las condiciones objetivas de calidad de vida y la percepción subjetiva. No obstante, no parece razonable que la independencia entre ambas sea absoluta puesto que, en definitiva, para una vida de calidad son necesarias, aunque no suficientes, unas condiciones de vida aceptables. Son varios los autores que coinciden en señalar la escasa, o incluso nula, relación entre ellas (Cummins, 2000, 2005; Gómez, 2005; Janssen, Schuengel y Stolk, 2004; Keith y Schalock, 2000; Perry y Felce, 2005; Verdugo, Arias y Gómez, 2006b, 2009; Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009).

Son estas discrepancias entre evaluaciones objetivas y subjetivas las que nos motivan a seguir investigando en esta línea y las que conducen en la actualidad a la existencia de un consenso general acerca de la urgente necesidad de investigar sobre los mejores modos de evaluar el concepto de calidad de vida prestando especial atención tanto a circunstancias objetivas como subjetivas (Anderson y Burckhardt, 1999; Cummins, 1996; Goodley, Armstrong, Sutherland y Laurie, 2003; Schalock y Felce, 2004; Schalock y Verdugo, 2002/2003). No obstante, ni la débil concordancia ni las discrepancias que parecen existir entre la evaluación objetiva y subjetiva de calidad de vida no deben verse ni entenderse como un resultado poco deseable. Por el contrario, tales discrepancias constituyen una fuente potencial de información que incrementa la posibilidad de desarrollar programas para la provisión de atención y cuidados más ajustados a las necesidades reales de las personas (Janssen et al., 2004). En este sentido, Olson y Schober (1993) proporcionan una interesante conceptualización de perspectivas de concordancia y discordancia en calidad de vida, y reflexionan acerca de los procesos psicológicos (como la disonancia cognitiva y la indefensión aprendida) que subyacen y explican tal falta de concordancia.

#### **2. 4. 6. Instrumentos de evaluación para personas con discapacidad física**

La revisión realizada sobre calidad de vida en personas con discapacidad física revela un fuerte predominio de los enfoques basados en CVRS. Sirva de ejemplo una búsqueda en las bases de datos ERIC, OVID y 'Health and Pshycological Instruments', sin límite de fechas, en las que combinamos los términos de búsqueda 'calidad de vida' (*'quality of life'*) en el título, y 'discapacidades físicas' (*'physical disabilities'*) y 'evaluación' (*'assessment'*, *'measurement'*) en términos clave. El resultado dio lugar a 88 resultados. Tras la lectura de todos los resúmenes, descartamos el 23% porque realmente no evaluaban la calidad de vida y el 19% por centrarse en la infancia o la adolescencia. De los 51 restantes, el 94% evaluaba la calidad de vida con algún instrumento genérico o específico desarrollado desde la perspectiva de la CVRS. Solo 3 artículos hacían referencia a una concepción algo más amplia y señalaban la importancia de evaluar otros factores más allá de los directamente relacionados con la salud (Koch, Rumrill, Roessler y Fitzgerald, 2001; Levasseur, Desrosiers y Tribble, 2008; Renwick, Nourhaghighi, Manns y Rudman, 2003).

Más concretamente, uno de estos tres describe la construcción de un nuevo instrumento: el 'Perfil de Calidad de Vida para Adultos con Discapacidades Físicas' (QOLP-PD,

'Quality of Life Profile for Adults with Physical Disabilities') (Rudman, Renwick, Raphael y Brown, 1995), que es válido para todo tipo de discapacidades y se basa en un marco conceptual ampliamente desarrollado (Renwick y Brown, 1996) derivado de los modelos desarrollados para adultos con discapacidad intelectual y en la línea de los principios actuales de la medición de la calidad de vida individual. Consiste de 102 ítems que evalúan importancia y satisfacción mediante un formato de respuesta Likert de cinco puntos. Las puntuaciones en satisfacción son ponderadas mediante las puntuaciones otorgadas a la importancia. Evalúa tres factores con distintas dimensiones cada uno: (a) bienestar (físico, psicológico y espiritual); (b) pertenencia (física, social y comunitaria); y (c) adecuación (práctica, del tiempo libre y del desarrollo). Los coeficientes de consistencia interna oscilan desde ,67 a ,98 y se aportan algunas evidencias de validez concurrente pero ninguna basada en su estructura factorial. Además, el tamaño de la muestra utilizada para su validación es excesivamente limitado ( $n = 67$ ).

Los únicos esfuerzos encontrados para evaluar la calidad de vida de personas con discapacidad física en nuestro país son dos. El primero consiste en una amplia línea de investigación iniciada por Aguado et al. que trata concretamente de evaluar el afrontamiento en personas con lesión medular (García, 2006; Rueda, 2001; Rueda, Aguado y Alcedo, 2008) y que utiliza, entre otros, la 'Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares' (EMELM) (Aguado, Alcedo, Rueda, Flórez y Gutiérrez, 1994; Aguado, Alcedo, Rueda, Santos y González, 1997; Aguado, González et al., 2003). Se trata de un instrumento con distintos componentes que recogen información de diverso tipo: datos clínicos, fisioterapia, actividades de la vida diaria, cuidados de enfermería, integración social, datos del entorno y datos psicológicos entre otros. Entre sus diversos componentes cuenta con una 'Entrevista de identificación y calidad de vida', que incluye cuestiones relativas a ocho áreas (datos familiares, datos de historia clínica, datos laborales, relaciones sociales, relaciones sexuales, actividades de consolación, inventario de problemas genéricos y actividades de ocio y diversión). Se trata de una adaptación a personas con lesión medular de la entrevista del mismo nombre para personas con enfermedad física y crónica desarrollada por Pelechano, Matud y De Miguel (1993). Aunque se trata de un instrumento muy completo, cuenta con tres limitaciones básicas según la perspectiva de este trabajo: en primer lugar, se centra solo en personas con lesión medular; en segundo lugar, no evalúa todas las dimensiones y facetas de la calidad de vida que hoy se consideran relevantes; y, finalmente, como los propios autores reconocen, apenas existen evidencias acerca de sus propiedades psicométricas. En este sentido, más recientemente, los

autores han desarrollado una entrevista semiestructurada a partir del modelo teórico de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003), cuyo objetivo consiste en analizar las preocupaciones y necesidades de las personas con lesión medular (Aguado y Alcedo, 2005; Aguado, González et al., 2003); sin embargo, hasta la fecha solo se cuenta con datos de 20 personas mayores de 45 años.

La segunda línea de investigación a la que aludíamos anteriormente es la desarrollada por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, que plantea una línea de trabajo similar a nuestros planteamientos mediante la aplicación del QOL.Q de Schalock y Keith (1993) a una muestra de 209 participantes mejicanos (Caballo et al., 2005) y en la que se evidencia la adecuación del instrumento para su aplicación a este colectivo. No obstante, como ya señalamos en la revisión de instrumentos para personas con discapacidad intelectual, este instrumento tampoco está libre de limitaciones (cfr. *apartado 2.4.5.3.b.* de este trabajo) y, aunque está en la línea del modelo actual de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002(2003), tampoco evalúa todas las dimensiones de calidad de vida que se consideran relevantes.

Constatamos, así, que no existe ningún instrumento con propiedades psicométricas adecuadas o demostradas para evaluar la calidad de vida individual de personas con discapacidad física desde la perspectiva que planteamos.

#### **2. 4. 7. Instrumentos de evaluación para personas con discapacidad sensorial**

De modo similar a lo que ocurrió en la revisión del colectivo anterior, la revisión de la literatura científica sobre calidad de vida de personas de las personas con discapacidad sensorial se ha abordado casi de modo exclusivo desde la perspectiva de la CVRS. En este caso, de los 103 resultados encontrados en las bases de datos ERIC, OVID y 'Health and Pshycological Instruments' –con los mismos descriptores, pero combinándolos con 'deficiencia auditiva' (*'auditory impariment'*), 'deficiencia visual' (*'visual impairment'*) y 'discapacidades sensoriales' (*'sensorial disabilities'*) como palabras clave–, solo una investigación no podía enmarcarse en el ámbito de la CVRS y adoptaba un enfoque de calidad de vida individual similar al planteado en este trabajo.

Más allá de los instrumentos genéricos, destacan en aquella perspectiva, varios instrumentos específicos como el 'Cuestionario de calidad de vida y funcionamiento de la visión' (QOL-VFQ, *'Quality of Life and Vision Function Questionnaire'*) (Carta et al., 1998; Gothwal,

Wright, Lamourex y Pesudovs, 2009), el 'Cuestionario de función visual de 25 ítems del Instituto Nacional de la Vista' (NEI-VFQ-25, '*National Eye Institute 25-Item Visual Function Questionnaire*') (La Grow, 2007; Mangione et al., 2001), la 'Medida central de la Calidad de vida relacionada con la visión' (VCM1, '*Vision-Related Quality of Life Core Measure*') (Frost et al., 1998) y el 'Cuestionario de calidad de vida de la baja visión' (LVQOL, '*Low Vision Quality of Life*') (Wolffsohn y Cochrane, 2000).

En la perspectiva de calidad de vida individual, como en el caso de las personas con discapacidad física, el único trabajo llevado a cabo es un estudio de las propiedades psicométricas del QOL.Q de Schalock y Keith (1993) en una muestra de 364 personas con discapacidad visual de Castilla y León (Verdugo et al., 2005). Los resultados del análisis factorial confirmatorio constataron que la estructura factorial resultante en este colectivo no se correspondía con la de la escala original (Kober y Eggleton, 2002; Rapley y Lobley, 1995). La solución arrojada estaba formada por tres dimensiones básicas de calidad vida: competencia, satisfacción y autodeterminación. Además, los autores subrayan la necesidad de profundizar en el análisis de la fiabilidad interevaluador y en la conveniencia de aportar evidencias de validez aparente y concurrente como en el estudio original. Se trata también de un estudio limitado por las características de la muestra (de conveniencia y limitada a una comunidad autónoma española), por lo que las conclusiones no pueden generalizarse.

#### **2. 4. 8. Instrumentos de evaluación para personas con problemas de salud mental**

Existen dos tipos de aproximaciones a la evaluación de la calidad de vida en salud mental. La primera de ellas es la utilización de instrumentos genéricos del estado de salud y la segunda el empleo de instrumentos específicos que se centra en aspectos clínicos de enfermedades concretas. Ambas aproximaciones en este colectivo tienen en común el enfoque dominante de la CVRS.

Entre los instrumentos genéricos empleados en salud mental destacan, entre otros, el 'Índice de Bienestar Psicológico General' (PGWB Index, '*Psychological General Well-being Index*') (Dupuy, 1984), el SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), las distintas versiones de la 'Encuesta de Resultados de Salud' (MOS, '*Medical Outcomes Study*') (Stewart y Ware, 1992), el '*Nottingham Health Profile*' (Hunt, McEwen y McKenna, 1985), el 'Inventario de Calidad de Vida' (ICV) (García Riaño e Ibáñez, 1992), el 'Cuestionario de Calidad de Vida' (Ruiz, 1991) y la 'Escala de

Calidad del Bienestar) (QWBS, *'Quality of Well-being Scale'*) (Kaplan, Anderson, Patterson et al., 1995). Por otro lado, dado el alto número de problemas relacionados con la salud mental que pueden encontrarse, se abre un amplio abanico de instrumentos en el ámbito de los instrumentos específicos. Realizar una revisión exhaustiva sobre instrumentos de calidad de vida en salud mental supera los objetivos de este trabajo, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de ellos se han desarrollado desde la perspectiva de la CVRS. Por ello, para una revisión pormenorizada sobre este tema, recomendamos consultar a Katschnig, Freeman y Sartorius (2006). Aquí nos centraremos en aquellos instrumentos desarrollados desde la perspectiva de calidad de vida individual y, entre los numerosos trastornos mentales, en la esquizofrenia y la depresión por ser los más estudiados en el ámbito de la calidad de vida.

Para evaluar la esquizofrenia, por ejemplo, existen numerosos cuestionarios desarrollados desde la perspectiva de CVRS como el 'Schizom' (Cuffel, Fischer, Owen y Smith, 1997), el 'REHAB' (*'Rehabilitation Evaluation'*, Baker y Hall, 1983), el 'Listado de Calidad de Vida' (QOLC, *'Quality of Life Checklist'*) (Malm, May y Dencker, 1981), la 'Escala de Satisfacción con la Vida' (SLDS, *'Satisfaction with Life Domains Scale'*) (Baker e Intagliata, 1982), el 'Cuestionario de Calidad de Vida de Oregón' (OQLQ, *'Oregon Quality of Life Questionnaire'*) (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, 1982), la 'Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia' (QLS, *'Quality of Life Scale'*) (Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984), etc. Una descripción más pormenorizada de muchos de ellos puede encontrarse en Fernández y Yániz (2002).

No obstante, más allá del ámbito de la CVRS, pueden encontrarse otros modelos de calidad de vida, como utilizan evaluaciones basadas en la satisfacción del individuo con áreas vitales más allá de las puramente relacionadas con la salud, como las relaciones, la familia, el ocio y otras. Se trata de una percepción subjetiva de la propia persona sobre un sentimiento de bienestar global y satisfacción con la vida. También se encuentra el enfoque más puramente objetivo, basado en indicadores sociales como el funcionamiento, los ingresos económicos, el empleo o el status residencial. En general, existe un acuerdo también en este ámbito acerca de que la calidad de vida debe reflejar el bienestar de la persona tanto en su vertiente objetiva como subjetiva (Hewitt, 2007; Navarro, García-Heras, Carrasco y Casas, 2008).

En este sentido, resaltan dos instrumentos para personas con esquizofrenia que resultan bastante cercanos a nuestra perspectiva de calidad de vida. El primero es el 'Sistema Modular de la Calidad de Vida' (MSQoL, *'Modular System for Quality of Life'*) (Pukrop, Möller y



Steinmeyer, 2000), que evalúa cuatro factores: (a) áreas de vida centrales (salud física, vitalidad, calidad de vida psicosocial, calidad de vida afectiva, satisfacción material, ocio y tiempo libre y calidad de vida general); (b) sociedad; (c) familia; y (d) ocupación profesional. Consta de 47 ítems en formato de autoinforme con 7 opciones de respuesta. Sus valores de consistencia interna oscilaron entre ,73 y ,92 en población general y entre ,78 y ,92 en población con esquizofrenia (Bechdorf et al., 2003). El segundo es el 'Cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla' (*Seville Questionnaire of Quality of Life*) (Giner, Ibáñez, Franco y Alarcón, 2008). Se trata de un cuestionario con forma de autoinforme que consta de un total de 59 ítems y dos subescalas (favorable y desfavorable) que evalúan tres dimensiones cada una. La escala 'Favorable' evalúa satisfacción con la vida, armonía y autoestima; la escala 'Desfavorable' evalúa inhibición, falta de comprensión e irritabilidad. Su índice global de consistencia interna es de ,85, pero no se proporcionan evidencias acerca de su validez. Además de las limitaciones derivadas de la falta de evidencias de validez, su principal limitación radica en tratarse más bien de una evaluación del bienestar emocional. En ambos instrumentos se observa la ausencia de dimensiones importantes en la evaluación de la calidad de vida de este colectivo, como por ejemplo la autodeterminación (Verdugo y Martín, 2002).

En el campo de la depresión sucede algo similar a lo encontrado en la esquizofrenia. Volvemos a constatar el predominio de los modelos de CVRS y la evaluación de la calidad de vida mediante instrumentos genéricos y específicos desarrollados desde tal perspectiva (e.g. Abdel-Kader, Unruh y Weisbord, 2009; Angermeyer, Holzinger, Matschinger y Stengler-Wenzke, 2002; Herrman y Chopra, 2008; Moore, Höfer, McGee y Ring, 2005; Wisniewski et al., 2007).

En conclusión, estamos de acuerdo con Verdugo y Martín (2002) cuando señalan que el modelo propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003) es de gran utilidad en salud mental tanto en los distintos niveles para establecer los objetivos de la intervención y el apoyo, como para planificar y evaluar servicios y determinar los cambios ambientales necesarios para mejorar las condiciones de vida de las personas con trastornos psicológicos graves. Sin embargo, no encontramos ningún instrumento que permita llevar a cabo a la evaluación desde esta perspectiva.

#### **2. 4. 9. Instrumentos de evaluación para personas con drogodependencias**

En la búsqueda de instrumentos dirigida a la evaluación de personas con drogodependencias, encontramos en el ámbito de la evaluación de la CVRS una marcada tendencia de utilización de instrumentos genéricos como el SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), las distintas versiones de la 'Encuesta de Resultados de Salud' (MOS, 'Medical Outcomes Study') (Stewart y Ware, 1992), el 'Nottingham Health Profile' (Hunt et al., 1985) y el EuroQOL (EuroQOL Group, 1990). En cambio, sólo encontramos cuatro instrumentos de CVRS específicos para personas con drogodependencias: El QoL-DA, el IDUQoL, el TECVASP y el HRQOLDA Test.

La 'Escala de calidad de vida para drogodependientes' (QoL-DA, 'Quality of Life Scale for Drug Addicts') (Xiao, Wu y Li, 2007) es un instrumento desarrollado recientemente por un equipo de investigación chino tras su aplicación a una muestra formada por 525 drogodependientes y mediante el uso de modelos de ecuaciones estructurales. Las seis dimensiones que contempla explicaron el 53,68% de la varianza. Se obtuvo una consistencia interna de ,96 y una fiabilidad test-retest de ,92. En cuanto a la validez, se encontró un CFI de ,95 y el SRMR fue de ,07. La validez de contenido, la validez de criterio y la validez concurrente también fueron adecuadas. Aunque se presenta como un instrumento muy adecuado, no se conocen aplicaciones en el contexto occidental.

La 'Escala de calidad de vida para usuarios de drogas inyectadas' (IDUQoL, 'Injection Drug User Quality of Life Scale') (Brogly, Mercier, Bruneau, Palepu y Franco, 2003; Hubley, Russell y Palepu, 2005) cuenta con una versión adaptada: el DUQOL-Spanish ('Drug User Quality of life Scale') (Morales-Manrique et al. 2007) que evalúa la calidad de vida percibida de drogodependientes a través de 22 áreas de la vida mediante una escala tipo Likert de siete puntos (desde 'muy insatisfecho' a 'muy satisfecho'). Se trata de un instrumento unidimensional que proporciona una evaluación global de la calidad de vida y que presenta un coeficiente de consistencia interna aceptable ( $\alpha = ,880$ ).

El 'Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas' (TECVASP) (Lozano, Rojas y Pérez., 2006; Lozano, Rojas, Pérez, Apraiz, Sánchez y Marín, 2007) consta de 20 ítems que evalúan nueve áreas vitales organizadas en torno a dos dimensiones generales: física y psicosocial. El formato de respuesta es una escala Likert de cinco puntos ('nada', 'poco', 'a veces', 'bastante', 'mucho'). Los estudios sobre fiabilidad en diferentes grupos de dependientes en función de la sustancia consumida (consumidores de heroína y cocaína

base, clorhidrato de cocaína, cocaína base y alcohol) obtienen coeficientes  $\alpha$  de ,798 y ,849 (Lozano et al., 2007).

Finalmente, se ha diseñado el 'Test de calidad de vida relacionada con la salud para drogodependientes' (HRQOLDA Test, '*Health-Related Quality of Life for Drug Abusers Test*') (Lozano et al., 2007) que evalúa la CVRS de drogodependientes a partir de la concepción biaxial de la adicción. Su validación se realizó mediante su aplicación a una muestra de 358 personas que comenzaban el tratamiento en una comunidad terapéutica. Las propiedades psicométricas de la prueba se analizaron mediante el modelo de escala de clasificación politómica de Rasch (RSM, '*Rating Scale Model*'). Los resultados indicaron un ajuste general de los datos al modelo y que el instrumento desarrollado es adecuado para evaluar el constructo en esta población.

No obstante, como hemos señalado, estos cuatro instrumentos evalúan CVRS. Sin embargo, en lo que se refiere al ámbito de la denominada calidad de vida individual, apenas se encuentran referencias. La atención se ha centrado casi de forma exclusiva a la CVRS, mientras la calidad de vida individual –evaluada desde la perspectiva de los propios usuarios, desde la de los profesionales que trabajan con ellas o la de sus familiares– ha sido la gran olvidada. De hecho, Fischer, Rehm y Kim (2001a, 2001b) ya señalaban la urgente necesidad de investigar sobre la conceptualización de calidad de vida basada en las perspectivas y las experiencias de las personas con drogodependencias (Farquhar, 1995).

En esta línea, dada la atención casi exclusiva que se ha prestado a la CVRS en la investigación sobre el abuso de sustancias, De Maeyer et al. (2009) realizaron un estudio con objeto de llegar a un mejor entendimiento del constructo en personas con drogodependencias mediante la realización de nueve grupos de discusión en Bélgica. Las conclusiones del estudio indicaron que las personas con drogodependencias no relacionaban su calidad de vida de forma prioritaria con la salud, sino que referían muchos otros aspectos que iban más allá de los típicamente incluidos en las evaluaciones de CVRS. Concretamente, observaron que los indicadores apuntados espontáneamente por los participantes podían agruparse en las ocho dimensiones propuestas por Schalock y Verdugo (2002/2003), aunque las dimensiones Relaciones interpersonales, Inclusión social y Autodeterminación fueron las referidas con mayor frecuencia. Los autores subrayan la ausencia y necesidad de instrumento que permita evaluar la calidad de vida individual desde esta perspectiva.

#### 2. 4. 10. Instrumentos de evaluación para personas con VIH/SIDA

Como ocurría con la evaluación de los colectivos anteriores (con la única excepción de las personas con discapacidad intelectual), la evaluación de las personas con VIH y SIDA se ha abordado exclusivamente desde la perspectiva de la CVRS hasta el momento. Concretamente, entre los instrumentos genéricos más utilizados en este colectivo, destacan el de 'Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud' (WHOQOL, *'The World Health Organization Quality of Life'*) (Bonomi, Donald, Bushnell y Martin, 2000), el SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) y las distintas versiones de la 'Encuesta de Resultados de Salud' (MOS, *'Medical Outcomes Study'*) (Stewart y Ware, 1992). Entre los cuestionarios específicos, destacan el 'Sistema de Evaluación de Problemas Relacionados con el VIH' (HOPES, *'HIV overview of Problems-Evaluation System'*) (Schag, Ganz, Khan y Petersen, 1992), el de 'Calidad de vida dirigido al VIH/SIDA' (HAT-QoL, *'HIV/AIDS-targeted quality of life'*) (Holmes y Shea, 1999) y el 'Cuestionario Multidimensional para VIH/SIDA' (MqoL-HIV, *'Multidimensional Quality of Life questionnaire for HIV/AIDS'*) (Smith, Avis, Mayer y Swislow, 1997).

Como hemos mencionado, todas ellas se centran en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, situación que se deriva de que hasta la fecha la calidad de vida de este colectivo solo se ha tratado de explicar a través de modelos de CVRS (e.g., Cunningham, Crystal, Bozzette y Hays, 2005; Heckman, 2003; Ryu et al., 2009). No obstante, algunos estudios realizados desde esta perspectiva coinciden en señalar la importancia de evaluar otros aspectos no relacionados directamente con la salud como los apoyos, la satisfacción, el bienestar emocional y las relaciones interpersonales (Heckman, 2003).

#### 2. 4. 11. Instrumentos de evaluación para personas mayores

España es uno de los países europeos que ha experimentado el proceso de envejecimiento demográfico a un ritmo más elevado. Es un hecho constatado que en los últimos años ha aumentado de forma considerable el número de personas que llegan a la vejez y entre ellas también el número de personas con discapacidad que llegan a edades avanzadas. El descenso de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida, los avances en las ciencias de la salud y la mejora de las condiciones de vida son algunas de las causas que han propiciado esta situación. No obstante, el envejecimiento demográfico ha planteado un nuevo reto y provocado un fuerte impacto en las políticas sociales, en los intereses y prácticas profesionales, y en el

diseño y la provisión de servicios y apoyos, para los cuales es importante no solo una vida más longeva sino una vida de calidad. Podríamos afirmar que, después del ámbito de la discapacidad, éste es el ámbito en el que concepto de calidad de vida individual está cobrando mayor importancia en la actualidad.

#### **2. 4. 11. 1. Dimensiones e indicadores estudiados**

Según la exhaustiva revisión de la literatura científica realizada por Schalock y Verdugo (2002/2003), la dimensión de calidad de vida relacionada en personas mayores que más se cita en la bibliografía es la de Bienestar físico, que está recogida en 81 de los 101 estudios revisados. Tras ella, la dimensión de Inclusión social es citada por casi la mitad de artículos ( $n = 46$ ) y la de Bienestar emocional ( $n = 34$ ). Después de ellas, se situaría la dimensión Desarrollo personal, con casi un cuarto del total de referencias ( $n = 24$ ) y la de Relaciones interpersonales ( $n = 18$ ). Por último, las dimensiones de Derechos, Autodeterminación y Bienestar material solamente están presentes en una décima parte de los estudios ( $n = 10$ ,  $10$  y  $7$ , respectivamente). En la Tabla 14, se puede apreciar que destacan los indicadores citados de las dimensiones de Bienestar físico e Inclusión social como los más referidos, alcanzando un cuarto del total de los estudios revisados, mientras que los otros cuatro indicadores están presentes solo en el 10%.

Tabla 14. Dimensiones e indicadores de calidad de vida en las personas mayores (Schalock y Verdugo, 2002/2003)

Dimensiones	N Referencias	Indicadores
<i>Bienestar Físico</i>	81	Salud, bienestar físico global y atención sanitaria
<i>Inclusión social</i>	46	Ambiente residencial y apoyos
<i>Bienestar emocional</i>	34	Bienestar psicológico y satisfacción
<i>Desarrollo personal</i>	24	Competencia personal
<i>Relaciones interpersonales</i>	18	Apoyos
<i>Derechos</i>	10	-
<i>Autodeterminación</i>	10	-
<i>Bienestar material</i>	7	-

La preocupación por la salud física como componente más destacable de la investigación sobre calidad de vida de los mayores muestra la prioridad habitual en los programas y servicios de atención a esa población. El estado de salud es de tanta importancia en las personas mayores que determina muchos otros componentes posibles de la calidad de vida (Bigby, Webber, Bowers y McKenzie-Green, 2008; Thompson, Ryrle y Wright, 2004). Ello es debido al hecho de que la percepción del individuo se modifica radicalmente cuando existen problemas graves de salud (Schalock y Verdugo, 2002/2003), por lo que se hace imprescindible evaluar y planificar ayudas en este ámbito.

El lugar donde se vive y sus características constituyen otro componente vital de la calidad de vida en mayores. Algunos estudios comparan diferentes opciones de vivienda y sus consecuencias en la calidad de vida percibida por la persona, mientras que en otros casos se evalúa la calidad del servicio que se presta en las residencias e instituciones para desarrollar planes de mejora de la misma. Según se van desarrollando modelos más centrados en la comunidad, la investigación ha ido desplazando su interés hacia los apoyos. De esta manera, se analizan los recursos de apoyo social existente, las redes de apoyo y el papel de la familia y de los proveedores de servicios. Asimismo, y desde una perspectiva diferente pero complementaria, los apoyos son estimados como el indicador de mayor importancia para establecer relaciones interpersonales adecuadas. Junto a la preocupación por el bienestar físico y el análisis del lugar de residencia y apoyo percibido, la investigación también se ha centrado en el funcionamiento psicológico y emocional y en la satisfacción con la vida de los individuos.

Un dato que llama especialmente la atención, es el revelado por un estudio bibliométrico sobre investigaciones en personas mayores realizadas hasta 2003, en el que solo un 13% se inspiraban concretamente en un modelo teórico y en más del 25% ni siquiera se encontraban indicios de una orientación teórica (Sanduvete, 2004). En aquellos que explicitan una orientación teórica, la mayoría se refieren a modelos de CVRS (e.g., Hawthorne et al., 2006; Register y Herman, 2007) y, sobre todo, se refieren a personas mayores con enfermedades concretas como Alzheimer (e.g., Boehmer y Luszczynska, 2006; Naglie et al., 2006), demencia (e.g., Byrne-Davis et al., 2006) y Parkinson (e.g., Behari, Srivastava y Pandey, 2005). También se encuentran algunas aproximaciones a la calidad de vida individual pero que conciben el constructo más en términos de satisfacción o bienestar y que sugieren la necesidad de evaluar dimensiones más allá de las puramente relacionadas con la salud (e.g., Bowling y Gabriel, 2003;

Fernández-Ballesteros et al., 2009; Grewal et al., 2006; Levasseur, Tribble y Desrosiers, 2006; Tomás, Meléndez y Navarro, 2009; Wiggins, Netuveli, Hyde, Higgs y Blane, 2007).

Tan sólo existen dos instrumentos en español desarrollados desde la perspectiva de la calidad de vida individual para personas mayores, ambos muy recientes, concebidos desde el modelo multidimensional de Schalock y Verdugo (2002/2003) y solo con resultados preliminares sobre sus propiedades psicométricas hasta la fecha. El primero, se centra en personas mayores que envejecen (Alcedo et al., 2008) y el segundo en personas mayores, aunque también es aplicable a personas con discapacidad que envejecen (Verdugo, Gómez y Arias, en prensa).

#### **2. 4. 11. 2. La Escala de Calidad de vida (ECV) (Alcedo et al., 2008)**

La Escala de Calidad de Vida (ECV) de Alcedo et al. (2008), como hemos señalado, está dirigida concretamente a personas con discapacidad que envejecen (a partir de 45 años). El instrumento está compuesto por 47 ítems que recogen la importancia y grado de utilización de los indicadores objetivos de calidad de vida que definen las dimensiones del modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003). El formato de respuesta es de tipo Likert con cuatro opciones.

El estudio de sus propiedades psicométricas preliminares mediante una amplia muestra formada por 2.292 personas dio lugar a un excelente coeficiente de fiabilidad en la escala total (Tabla 15). Sin embargo, a pesar de haberse desarrollado sobre la base del modelo mencionado, el análisis de componentes principales dio lugar a una solución hexafactorial que aglutinaba siete de las ocho dimensiones propuestas: Bienestar físico, Inclusión social, Bienestar emocional, Desarrollo personal y Autodeterminación, Relaciones interpersonales y Bienestar material.

Tabla 15. Coeficientes de fiabilidad de la ECV (Alcedo et al., 2008)

ESCALA FUMAT	$\alpha$	N Ítems
Bienestar emocional	,91	8
Relaciones interpersonales	,88	8
Bienestar material	,70	5
Desarrollo personal y Autodeterminación	,85	8
Bienestar físico	,92	10
Inclusión social	,69	8
Escala total	,92	47

Aunque sería recomendable realizar estudios que aportaran mejores evidencias de validez basadas en su contenido y su estructura factorial, los resultados preliminares apuntan a que éste podría un instrumento idóneo para evaluar la calidad de vida de las personas con discapacidad en fase de envejecimiento.

#### **2. 4. 11. 2. La Escala FUMAT de calidad de vida (Verdugo, Gómez y Arias, en prensa)**

La Escala FUMAT de calidad de vida (Verdugo, Gómez y Arias, en prensa) proporciona un perfil objetivo de la calidad de vida de personas mayores y personas con discapacidad que son usuarios adultos de servicios sociales. Se trata de un cuestionario autoadministrado en el que el profesional responde a cuestiones observables sobre la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación oscila entre 10 y 15 minutos. Está compuesta por un total de 57 ítems, enunciados en tercera persona, con formato declarativo, y ordenados de forma aleatoria dentro de su correspondiente dimensión. Todos los ítems pueden responderse con un formato de respuesta de frecuencia de cuatro opciones ('nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente', 'siempre o casi siempre'). No obstante, para aquellos ítems a los que resulta difícil contestar con esta escala de frecuencia, se da la instrucción de responder pensando en la siguiente escala Likert de cuatro puntos ('totalmente de acuerdo', 'de acuerdo', 'en desacuerdo', 'totalmente en desacuerdo'). El cuestionario fue diseñado para generar un índice global de calidad de vida, así como para proporcionar puntuaciones en cada una de las dimensiones y un perfil de la persona.

El análisis preliminar de sus propiedades psicométricas dio lugar a resultados bastante satisfactorios en una muestra formada por 100 participantes. Información detallada acerca del proceso de construcción y validación puede encontrarse en Gómez et al. (2008) y en Verdugo, Gómez y Arias (en prensa). En resumen, la escala presenta una fiabilidad excelente ( $\alpha = ,96$ ) (Tabla 16) y evidencias adecuadas acerca de su validez, si bien aún quedan por aportar evidencias basadas en su estructura factorial y sería recomendable mejorar la consistencia interna de la subescala Bienestar material.



Tabla 16. Coeficientes de fiabilidad de la Escala FUMAT (Verdugo, Gómez y Arias, en prensa)

ESCALA FUMAT	$\alpha$	$r$	$\Theta$	$\Omega$	N Ítems
Bienestar emocional	,860	,901	,868	,967	8
Relaciones interpersonales	,807	,753	,821	,933	6
Bienestar material	,604	,308	,626	,893	7
Desarrollo personal	,918	,928	,936	,953	8
Bienestar físico	,732	,781	,744	,909	6
Autodeterminación	,908	,845	,915	,950	8
Inclusión social	,862	,870	,864	,939	9
Derechos	,774	,823	,794	,873	5
Escala total	,962	,894	,968	,991	57

A la vista de estos datos, se puede concluir que la Escala FUMAT supone una valiosa aportación para la planificación de apoyos individualizados e intervenciones centradas en la persona, así como para encaminar las intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de la organización y la entidad. El tamaño y la escasa representatividad de la muestra pueden señalarse como limitaciones fundamentales del estudio. No obstante, futuras líneas de investigación tienen como objetivos principales: (a) confirmar las propiedades psicométricas del instrumento en una muestra más amplia; y (b) aportar evidencias de validez basadas en su estructura factorial mediante análisis factorial confirmatorio. A pesar de dichas limitaciones y, teniendo en cuenta de que el aquí descrito es un estudio preliminar, podemos concluir que se presenta como un instrumento buenas expectativas de uso en la práctica aplicada y en el ámbito de la investigación, pero aún debe aportar evidencias basadas en los datos para extraer tales conclusiones.

## 2. 5. Conclusiones generales

A lo largo de estas páginas hemos tratado de poner en evidencia los principales usos del concepto de calidad de vida individual en nuestros días y, más concretamente, la relevancia que cobra su evaluación mediante instrumentos con propiedades psicométricas apropiadas en su aplicación práctica y en la orientación de intervenciones dirigidas a su mejora en los distintos niveles del sistema. Hemos realizado, además, una breve revisión de los instrumentos desarrollados hasta la fecha destinados a su evaluación.

Como conclusiones principales de la literatura revisada podemos señalar: (a) la evaluación de resultados personales es hoy de vital importancia en los servicios sociales, en los servicios educativos y en los servicios de salud, pues permite subrayar la importancia de las opiniones y las experiencias de las personas y justificar, orientar y evaluar los programas y las actividades planificadas y desarrolladas por las organizaciones en función de los avances medibles en logros personales de los usuarios de los servicios; (b) la agregación de resultados personales de calidad de vida resulta relevante en los niveles del mesosistema y del macrosistema para proporcionar información a los usuarios y las familias (e.g., mediante el desarrollo y difusión de perfiles de proveedores), para contrastar los resultados con otras fuentes de información; y para involucrar y capacitar a los usuarios y las familias; (c) la calidad de vida puede evaluarse con enfoques objetivos, subjetivos u ambos; la utilización y combinación de ambas perspectivas es lo más deseable cuando el fin es realizar una evaluación integral de la calidad de vida y la elección de uno u otro método depende del propósito de la evaluación; (d) existe una urgente necesidad de investigar en mejorar las formas de medir y evaluar la calidad de vida; (e) contamos con numerosos instrumentos para evaluar la calidad de vida individual de personas con discapacidad intelectual, pero escasos o ninguno en el caso de otros colectivos en situación de riesgo de desventaja social; (f) en el caso de los instrumentos existentes para evaluar la calidad de vida individual, encontramos serias limitaciones psicométricas y metodológicas o necesidad de aportar mejores evidencias acerca de su validez y fiabilidad; (g) no existe ningún instrumento que permita evaluar la calidad de vida de usuarios de servicios sociales en general, ni desde una perspectiva objetiva ni desde una perspectiva subjetiva.

De este modo, consideramos que la propuesta de construcción, validación y calibración de un instrumento para evaluar la calidad de vida de usuarios sociales (al menos desde su vertiente objetiva) queda suficientemente justificada.



## Estudio empírico

“Arribo al tercer modo de interpretar las eternas repeticiones: el menos pavoroso y melodramático, pero también el único imaginable. Quiero decir la concepción de ciclos similares, no idénticos. Imposible formar el catálogo infinito de autoridades: pienso [...] en los periodos cuyo inmóvil reloj es una pirámide, muy lentamente desgastada por el ala de un pájaro, que cada mil y un año la roza [...].”

[BORGES, HISTORIA DE LA ETERNIDAD, 1936]



## INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO EMPÍRICO

En la *Justificación Teórica* de este trabajo, la revisión del estado actual de la investigación sobre el concepto calidad de vida y su evaluación en usuarios de servicios sociales nos ha permitido poner de manifiesto los grandes avances realizados en torno a la conceptualización del constructo y los aún insuficientes y mejorables modos de evaluarlo. Como se ha visto, estas limitaciones y la escasez de instrumentos de evaluación –desde una perspectiva diferente a la denominada calidad de vida relacionada con la salud– se hacen especialmente patentes en los colectivos de personas con enfermedad mental, drogodependencias y VIH/SIDA. De este modo, hemos tratado de evidenciar la necesidad de contar con un instrumento que permita evaluar la calidad de vida desde una perspectiva individual de resultados personales y desde una perspectiva organizacional de mejora de la calidad, que incluyera no sólo a los colectivos tradicionalmente estudiados en nuestro campo (las personas con discapacidad y, primordialmente, las personas con discapacidad intelectual), sino aplicable a usuarios de servicios sociales en general, con el fin de: (a) comprobar la validez del modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003) en los distintos colectivos; (b) contar con un instrumento que permita evaluar la calidad de vida de los distintos colectivos y estudiar las diferencias entre ellos; (c) diseñar programas de intervención para mejorar los resultados personales de los usuarios; y (d) servir de guía en la puesta en práctica de las intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad en las entidades proveedoras de servicios.

En esta segunda sección –*Estudio empírico*–, presentaremos cuatro estudios separados que se han llevado a cabo de forma secuencial y que han constituido en sí mismos los cuatro objetivos generales de esta investigación. Tales objetivos pretenden servir a las necesidades apuntadas anteriormente en el estudio de la calidad de vida. La descripción detallada de la consecución de estos cuatro objetivos se ha articulado en este trabajo de tal modo que coinciden con los cuatro próximos capítulos.

Así, en el *Capítulo 3*, detallamos de forma exhaustiva el proceso de construcción de la escala de evaluación de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales de Cataluña: la Escala GENCAT. En la descripción del proceso de construcción del instrumento aludiremos a distintas fases –entre ellas, la consulta a más de 70 jueces expertos, la realización de cinco sesiones de grupos de discusión (*'focus groups'*) y el proceso de traducción y adaptación de la escala al catalán– que darán lugar a la versión final del cuestionario, formado por 69 ítems distribuidos en torno a las ocho dimensiones de calidad de vida (Schallock y Verdugo, 2002/2003).

Una vez desarrollada la Escala GENCAT, abordamos el segundo objetivo consistente en su validación mediante la Teoría Clásica de los Tests (TCT) y mediante análisis factorial confirmatorio en el *Capítulo 4*. Para ello, describiremos con detalle el método de selección de la muestra –un diseño muestral probabilístico, estratificado y polietápico– y los participantes del estudio –más de 3.000 usuarios de servicios sociales dependientes del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales de la Generalitat de Cataluña–. Mediante los procedimientos clásicos de la TCT proporcionaremos evidencias de validez basadas en el contenido –poder discriminativo de los ítems– y evidencias de validez basadas en la estructura interna –Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)– para comprobar el ajuste del modelo de ocho dimensiones a los datos y compararemos el ajuste de éste con de otros modelos de calidad de vida. Tras estos análisis habremos mostrado que la solución de ocho dimensiones es la que proporciona un mejor ajuste y, por ello, analizaremos la fiabilidad de las ocho subescalas en términos de consistencia interna.

En el *Capítulo 5* nos hemos centrado en la consecución de dos grandes objetivos. En primer lugar, la validación de la escala mediante Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios (ESEM, *'Exploratory Structural Equation Modeling'*) multigrupo. Para ello, compararemos el ajuste global del modelo de ocho dimensiones a los datos de las personas mayores y el ajuste de dicho modelo a los datos del resto de los colectivos –personas en situación de desventaja social–. El fin último consiste en determinar si existe equivalencia en la estructura factorial de ambos grupos. El segundo gran objetivo se dirige a la calibración del instrumento mediante el Modelo de Escalas de Clasificación de Rasch-Andrich (RSM, *'Rating Scale Model'*), encuadrado dentro de los Modelos de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) y derivado de los Modelos de Rasch. Pretendemos así emplear dos

acercamientos complementarios (TCT y TRI) para aportar distintos indicios de la validez del instrumento desarrollado.

El último objetivo general de este trabajo se detalla en el *Capítulo 6*, que expone los resultados obtenidos en la evaluación de la calidad de vida de los 3.029 usuarios que participaron en el estudio. En éste, entre otras cuestiones, estudiaremos los resultados obtenidos por grupos en las ocho dimensiones y en la escala total, y analizaremos si existen diferencias significativas en función de distintas variables sociodemográficas.

Finalmente, dedicaremos el último capítulo (*Capítulo 7*) a discutir los principales resultados obtenidos en los cuatro estudios. En él aventuraremos posibles explicaciones de los resultados y realizaremos una reflexión crítica acerca de ellos. Asimismo, incluiremos las limitaciones más importantes de la investigación realizada y terminaremos señalando las líneas de investigación que podrían seguirse para ahondar en el estudio del problema planteado.

En la Figura 28 presentamos un resumen de los objetivos de los cuatro estudios y los métodos utilizados para su consecución.

## PARTE EMPÍRICA: ESCALA GENCAT

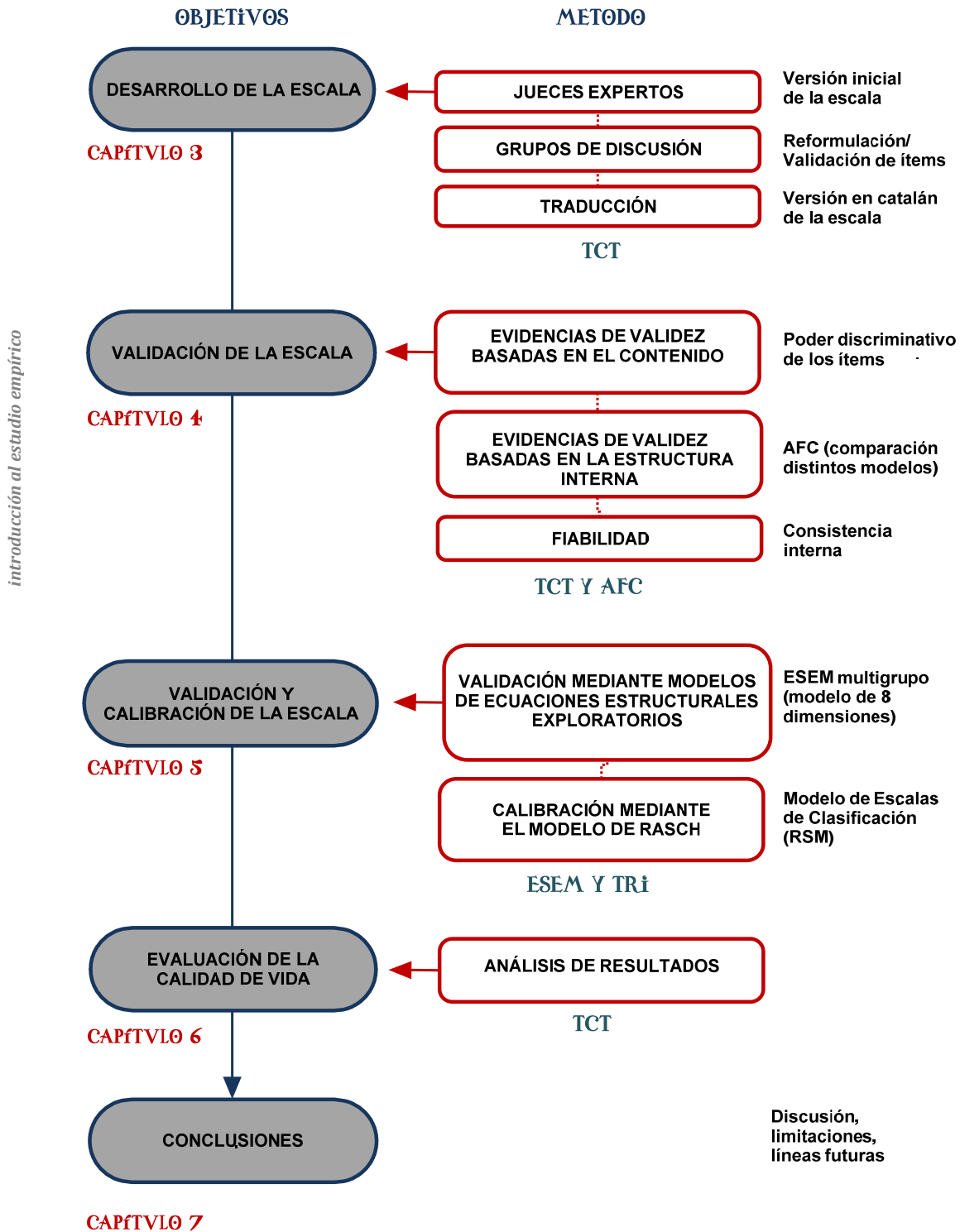


Figura 28. Resumen de la Parte Empírica: objetivos y método de los cuatro estudios



Desarrollo

de la Escala GENCAT

# Capítulo 3



## **CAPÍTULO 3.**

### **DESARROLLO DE LA ESCALA GENCAT**

#### **3. 1. Planteamiento inicial**

Como hemos señalado, en la *Justificación Teórica* de este trabajo hemos comprobado que la revisión de la literatura científica pone de manifiesto, en primer lugar, la importancia que actualmente tiene el concepto de calidad de vida en el ámbito de los servicios sociales, educativos y de salud. La expresión '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. El concepto se considera hoy no solo como un marco de referencia conceptual que sirve para evaluar resultados de calidad sino, además, como un constructo social que guía las estrategias de mejora y un criterio para evaluar la eficacia de esas estrategias.

Las políticas públicas han comenzado a incluir la mejora de la calidad de vida como un objetivo fundamental y, como resultado, ha surgido una creciente demanda de estrategias específicas para aplicar el concepto en la política social planificada. Son dichos avances los que provocaron que el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) solicitara al Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) la aplicación del concepto de calidad de vida en su plan de mejora de la calidad para Cataluña.

En segundo lugar, se pueden señalar dos enfoques prevalentes que tradicionalmente se han utilizado en la evaluación de calidad de vida: el primero centrado en las variables objetivas y el segundo dedicado a estudiar las variables subjetivas de calidad de vida. El primer enfoque ha tenido como objetivo establecer el bienestar social de una población mediante datos cuantitativos y objetivables, utilizando preferentemente la

metodología de los indicadores personales (Bauer, 1966). Ha sido el enfoque objetivo el seleccionado para la realización de la investigación que aquí se presenta. Los motivos para optar por el uso de indicadores personales han sido básicamente tres: (a) permite establecer el bienestar social de una población en un momento dado; (b) permite evaluar la incidencia y la calidad de programas e intervenciones sociales, estimar necesidades de la población y mejorar las decisiones que guían las prácticas; y (c) permite estudiar las causas y las consecuencias del nivel de calidad de vida de las personas, aportando datos válidos y fiables que pueden integrarse en los esfuerzos destinados al logro de un modelo y teoría de calidad de vida.

En tercer lugar, se constata mediante la revisión teórica la inexistencia de un instrumento que permitiera la evaluación objetiva de resultados personales de un grupo de población tan heterogéneo como es el de usuarios de servicios sociales y que estuviera adaptado al ámbito de Cataluña.

Por ello, el planteamiento general de esta investigación consistió en desarrollar la Escala GENCAT, concebida como un instrumento para la mejora continua de los servicios sociales, de tal modo que posibilite o contribuya a que el desarrollo e implementación de los planes de atención y apoyo que éstos realizan se basen en resultados personales medibles y puedan ser más personalizados y adecuados a las necesidades actuales y futuras de los usuarios.

### 3. 2. Objetivos

Como se ha mencionado, el objetivo general consistió en desarrollar una escala de calidad de vida para usuarios de servicios sociales de Cataluña. Para garantizar la utilidad, la validez de contenido y la adecuación a la cultura se estableció que la Escala GENCAT debía cumplir una serie de requisitos.

En *primer* lugar, la escala debía tener carácter objetivo (i.e., evaluar resultados personales de una forma objetiva). Así, la escala debía ser sensible a los cambios organizacionales, a las estrategias de mejora, y a los planes de atención e intervención de los servicios. Por tanto, debía recoger aspectos observables de calidad de vida y ser

respondida por los profesionales de dichos servicios. Mediante este requisito, se ha pretendido garantizar la utilidad del instrumento.

*Segundo*, la escala debía estar basada en los últimos avances de la investigación sobre indicadores y pruebas de evaluación de calidad de vida en el ámbito internacional. Con este requisito, la intención ha sido superar las limitaciones encontradas en otros instrumentos, integrar la actualidad internacional sobre investigación en este ámbito y garantizar el carácter innovador de la investigación.

En *tercer* lugar, la prueba debía desarrollarse mediante el consenso de indicadores entre los principales agentes implicados en Cataluña. Por lo tanto, debía construirse teniendo en cuenta las opiniones de usuarios de los servicios, de sus familiares, de los profesionales que trabajan con ellos, de los representantes de las organizaciones que proporcionan los servicios y de expertos de la administración. Se ha procurado así recoger las características *emic* del concepto; es decir, aquellos aspectos de calidad de vida que pudieran ser particulares de la cultura catalana.

El *cuarto* requisito consistía en que los indicadores incluidos en el instrumento debían ser relevantes para todos los colectivos usuarios de servicios sociales (personas mayores, personas con problemas de salud mental, personas con discapacidad intelectual, física y sensorial, personas con drogodependencias y personas con SIDA/VIH). Así, se ha reflejado el principio fundamental de calidad de vida referido a que la calidad de vida está compuesta por las mismas dimensiones e indicadores para todas las personas y se hace hincapié en las características *etic* o universales del concepto.

El *quinto* y último requisito hacía referencia a las propiedades psicométricas. La Escala GENCAT debía ser construida con sumo rigor metodológico y combinar metodologías cuantitativas y cualitativas. En este sentido, se ha procurado dotar al instrumento de evidencias de fiabilidad y validez adecuadas.

### 3.3. Procedimiento

En el desarrollo de la Escala GENCAT se han seguido las recomendaciones que la Asociación Americana de Investigación Educativa (‘American Educational Research

Association', AERA), la Asociación Americana de Psicología ('American Psychological Association', APA) y el Consejo Nacional de Medición en Educación ('National Council on Measurement in Education', NCME) señalan como estándares de pruebas psicológicas, así como los estándares desarrollados por Prieto y Muñiz (2000), y Carretero-Dios y Pérez (2007).

### 3.3.1. Construcción de un 'pool' de ítems

El proceso de desarrollo del instrumento comenzó con una exhaustiva revisión de la literatura científica sobre calidad de vida. Con el marco conceptual de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008) como base, se seleccionaron de dicha revisión distintos indicadores e ítems para cada una de las dimensiones de calidad de vida. La mayor parte procedían de los avances realizados sobre dicho marco conceptual (Cummins, 1993b; Gómez, 2005; Gómez-Vela, 2003; Jenaro et al., 2005; Martín, 2006; Sabeh, 2004; Schalock y Keith, 1993; Schalock y Verdugo, 2007; Schalock et al., 2005; Verdugo, Arias y Gómez, 2006b; Verdugo, Gómez, et al., 2009; Verdugo, Schalock, et al., 2005, 2007; Wehmeyer y Kelchner, 1995).

Mediante este proceso de revisión, se llegó a un *pool* formado por 39 indicadores y más de 200 ítems. Sobre este *pool* se realizó una nueva revisión para eliminar los ítems redundantes o ambiguos y seleccionar los más relevantes. A continuación los 39 indicadores se organizaron en dimensiones, seleccionándose un mínimo de dos ítems relevantes para cada uno de los indicadores y al menos 10 ítems para cada una de las ocho dimensiones, sumando un total de 120. Todos los ítems fueron reformulados en tercera persona del singular para poder ser respondidos por un observador externo.

El siguiente paso consistió en organizar los ítems por niveles de sistemas; es decir, atendiendo a si hacían referencia al microsistema, al mesosistema o al macrosistema. Se eliminaron los 14 ítems que se referían al macrosistema. El motivo de la eliminación fue que tales ítems no reflejaban resultados personales que pudieran ser objeto de intervención desde un servicio u organización, sino que aludían a resultados directamente relacionados con políticas sociales (e.g., 'Las subvenciones que recibe son suficientes para lo que necesita'). De este modo, se llegó a un banco inicial formado por 39 indicadores y 106 ítems relevantes

para los servicios sociales, 68 de ellos referidos al microsistema y 38 al mesosistema (Figura 29).

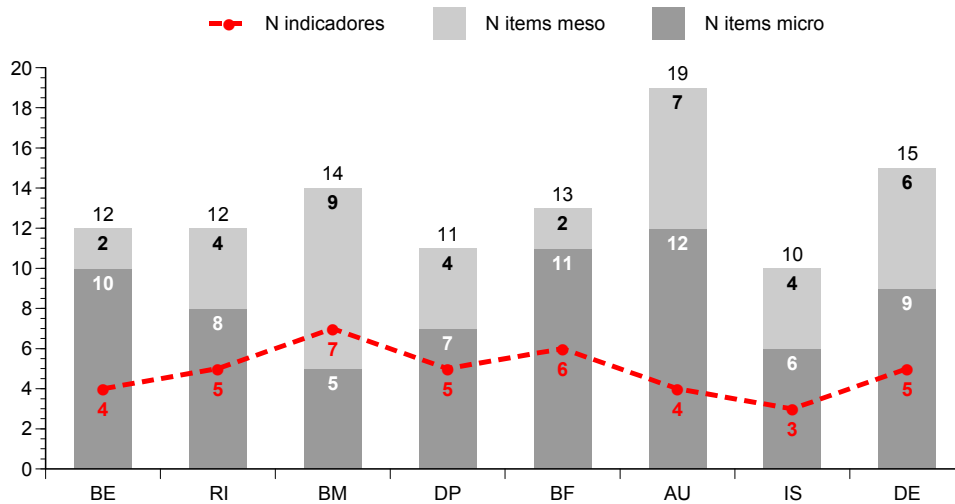


Figura 29. Banco de ítems e indicadores seleccionados por el equipo de investigación

### 3. 3. 2. Consulta a jueces expertos

#### 3. 3. 2. 1. Objetivo

Una vez comprobado que las dimensiones e indicadores de calidad de vida estaban representados y que los ítems permitían evaluar la calidad de vida en los niveles del microsistema y mesosistema, el siguiente paso consistió en evaluar su adecuación y representatividad. Garantizando la adecuación y representatividad de los indicadores e ítems seleccionados, se ha dotado asimismo a la escala de validez de contenido. Para ello, se llevó a cabo una consulta a jueces expertos. Los objetivos específicos de dicha consulta fueron:

1. Comprobar si los ítems seleccionados eran *idóneos* o adecuados para evaluar la correspondiente dimensión de calidad de vida en cada colectivo.
2. Determinar el grado de *importancia* o relevancia de los ítems seleccionados para evaluar a calidad de vida en cada colectivo.

3. Probar el grado de *observabilidad* de los ítems, es decir el grado en que las acciones descritas en los ítems eran empíricamente verificables y podían ser valoradas de forma objetiva por un observador externo.
4. Comprobar que los principales *indicadores* de calidad de vida estaban representados o si, por el contrario, existían otros indicadores relevantes para evaluar las respectivas dimensiones que no estuvieran incluidos.

### 3.3.2.2. Participantes

Como se ha comentado, la Escala GENCAT está dirigida a evaluar la calidad de vida de usuarios de servicios sociales. Los grupos o colectivos implicados han sido siete: personas mayores, personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad física, personas con discapacidad sensorial, personas con drogodependencias, personas con VIH o SIDA y personas con problemas de salud mental. Por esta razón, se pidió la participación a expertos en calidad de vida y en cada uno de los siete colectivos implicados, dando lugar a un alto número de participantes ( $N = 73$ ).

De los 73 jueces (Figura 30), la mayoría fueron expertos en discapacidad intelectual ( $n = 18$ ), en discapacidad física ( $n = 14$ ) y en personas mayores ( $n = 12$ ). El grupo de expertos en discapacidad sensorial ( $n = 9$ ) estuvo compuesto por 3 expertos en discapacidad visual y 6 en discapacidad auditiva. Los grupos de expertos en salud mental y drogodependencias estuvieron compuestos por 8 participantes cada uno. El grupo más pequeño fue el formado por expertos en personas con VIH/SIDA ( $n = 4$ ).

El 53,42% fueron mujeres ( $n = 39$ ) y el 46,58% fueron varones ( $n = 34$ ). Se trató que los expertos procedieran de distintas provincias españolas, pero que un grupo considerable fuera de Cataluña. Como se ilustra en la Figura 31, las provincias españolas representadas fueron 19 y 11 las comunidades autónomas. El grupo más numeroso fue el formado por expertos procedentes de Castilla y León ( $n = 23$ ), seguido de los expertos de Cataluña ( $n = 16$ ) y Madrid ( $n = 15$ ).

En cuanto al nivel educativo alcanzado, la mayoría eran licenciados (41,10%), mientras que el 20,55% y el 21,92% tenían estudios de Máster o Doctorado respectivamente.



En la Figura 32 se puede observar que la mayoría (58,91%) eran directores o gerentes de algún servicio (28,77%), psicólogos (19,18%) y profesores de la universidad (10,96%). Casi dos terceras partes de los jueces (65,75%) tenían más de 10 años de experiencia en el campo. El 17,81% tenían una experiencia de entre 6 y 10 años, y solo el 8,22% inferior a 5 años.

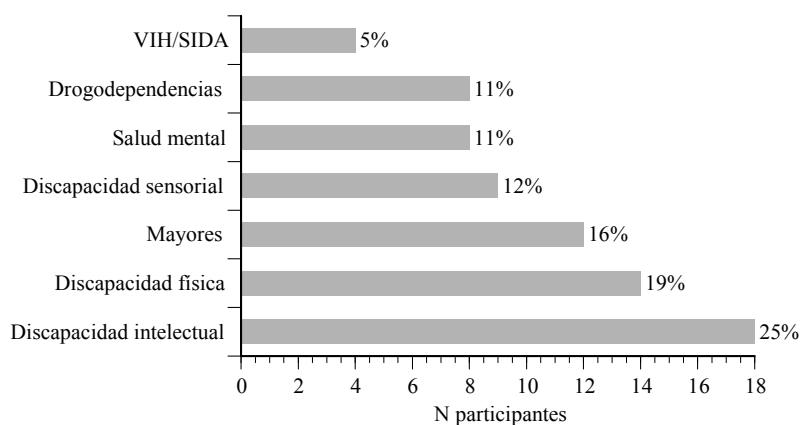


Figura 30. Distribución de los jueces expertos por colectivo

s

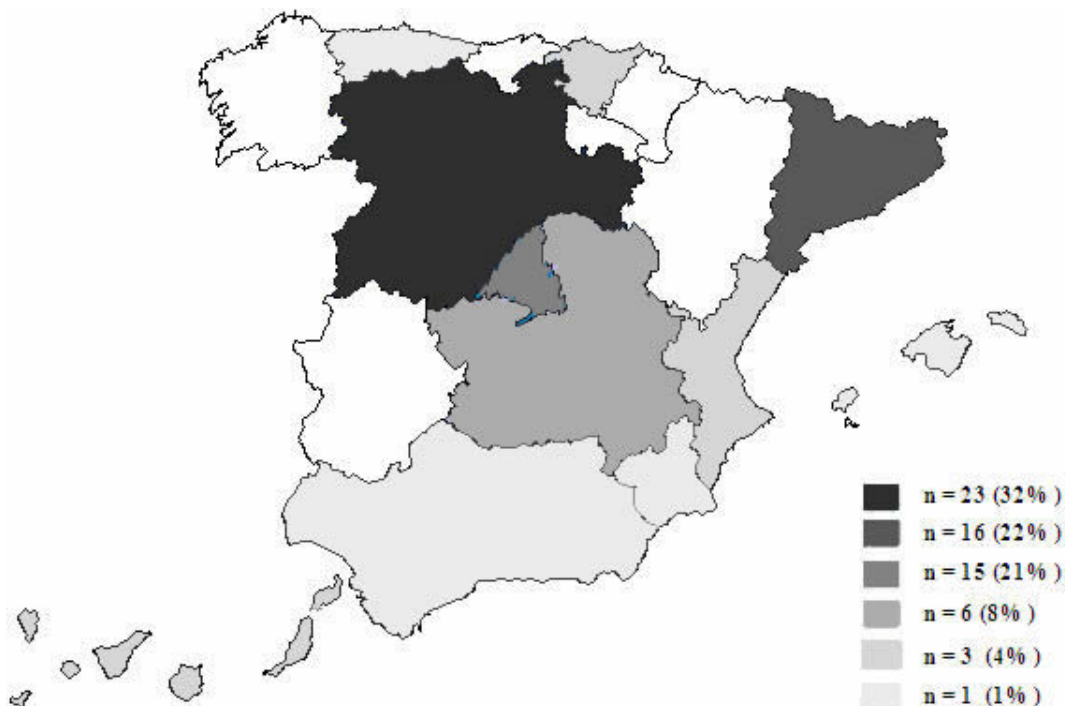


Figura 31. Distribución de los jueces expertos por comunidades autónomas

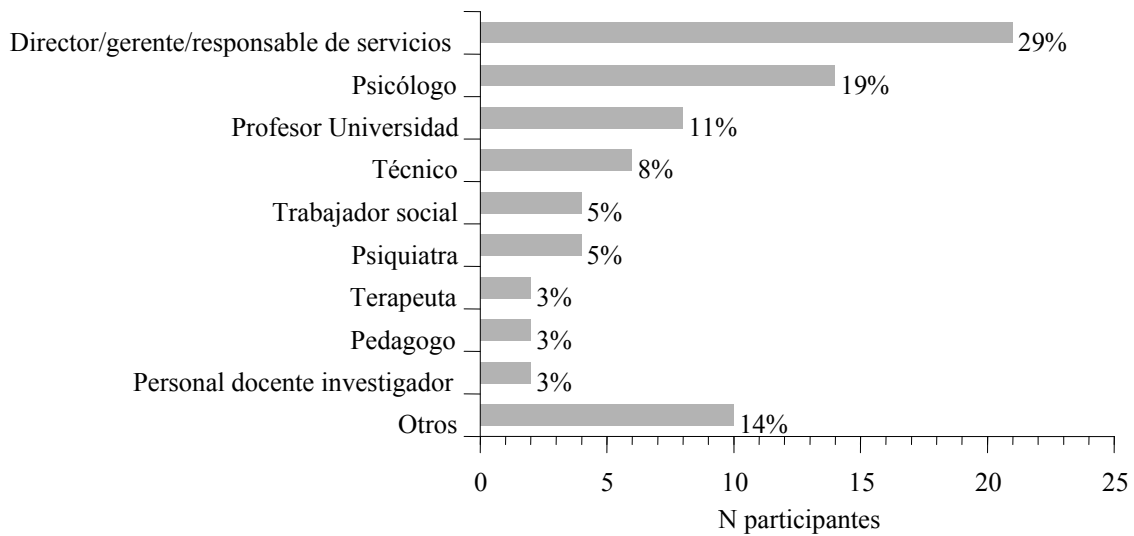


Figura 32. Distribución de los jueces expertos por ocupación

### 3.3.2.3. Procedimiento

El estudio se llevó a cabo durante los meses de febrero y marzo de 2007. La solicitud de participación a los jueces se realizó por correo electrónico, si bien en muchos casos fue necesario además mantener alguna conversación telefónica para acordar plazos y solucionar dudas. Junto con la solicitud de participación, se envió a los expertos una hoja para que rellenaran algunos datos personales, un documento con las instrucciones para completar la tarea y un archivo en Microsoft Excel® con los ítems a valorar.

Los autores de tests suelen partir de una especificación de los contenidos del dominio, describiéndolo en detalle con una clasificación de sus áreas y de los tipos de ítems. Por ello, los ítems se presentaron a los jueces organizados por dimensiones, pero sin especificar el indicador que evaluaban. En las instrucciones se les proporcionó el marco conceptual de calidad de vida que necesitaban para valorar los ítems (Tabla 17).

Su tarea consistió en valorar cada uno de los ítems en una escala de '1' a '10' en los tres criterios apuntados anteriormente: *idoneidad*, *importancia* y *observabilidad*. De este modo, debían asignar tres puntuaciones a cada uno de los ítems, significando '1' que el ítem era muy poco idóneo, importante u observable, y '10' que era muy idóneo, importante u

observable. Además, debían incluir hasta un máximo de tres ítems o indicadores para cada una de las dimensiones si consideraban que eran relevantes y no estaban incluidos en el listado. Finalmente, se les invitó a incluir los comentarios, sugerencias o reformulaciones de los ítems que consideraran oportunos (vid. *Apéndice A*).

Tabla 17. Marco conceptual de calidad de vida proporcionado a los jueces expertos

<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
<i>Bienestar emocional</i>	Estabilidad mental; ausencia de estrés/sentimientos negativos; satisfacción; autoconcepto
<i>Relaciones interpersonales</i>	Relaciones sociales; relaciones familiares; relaciones de pareja; tener amigos estables y claramente identificados; tener contactos sociales positivos y gratificantes
<i>Bienestar material</i>	Condiciones de la vivienda; condiciones del lugar de trabajo; condiciones del servicio al que acude; empleo; ingresos/salario; posesiones
<i>Desarrollo personal</i>	Educación; oportunidades de aprendizaje; habilidades relacionadas con el trabajo; habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, etc.); actividades de la vida diaria
<i>Bienestar físico</i>	Atención sanitaria; sueño; consecuencias de la salud (dolores, medicación, etc.); salud general; movilidad; acceso a ayudas técnicas
<i>Autodeterminación</i>	Autonomía; metas y preferencias personales; decisiones; elecciones
<i>Inclusión social</i>	Participación; integración; apoyos
<i>Derechos</i>	Conocimiento de derechos; defensa de derechos; ejercer derechos; intimidad; respeto

### 3.3.2.4. Resultados

Las valoraciones de los jueces fueron sometidas a análisis de concordancia cuantitativos y cualitativos. Los análisis cuantitativos se realizaron para los criterios de idoneidad, importancia y observabilidad para cada uno de los colectivos implicados y para cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida. Se empleó la metodología cualitativa para analizar la información adicional aportada por los jueces (nuevos ítems e indicadores, comentarios, sugerencias y reformulaciones).

### a) Coeficientes de concordancia entre jueces

Para analizar el acuerdo entre los jueces, se calcularon los coeficientes de concordancia originales ( $B_N$ ) y los coeficientes de concordancia ponderados ( $B^{W_N}$ ) (Bangdiwala, 1987). Los coeficientes originales tienen en cuenta solamente los acuerdos estrictos (i.e., los dos jueces asignan la misma puntuación al ítem). Sin embargo, la versión ponderada permite conocer los acuerdos parciales (i.e., los jueces proporcionan puntuaciones en mayor o menor medida alejadas de la diagonal, por ejemplo: 9 y 10). Dado que los jueces calificaron los ítems de 1 a 10 y el rango de las puntuaciones era excesivamente amplio para calcular el acuerdo (Hambleton, 1980, 1984), todas las puntuaciones se recodificaron en una escala de 1 a 4 ('muy bajo', 'bajo', 'alto', 'muy alto'). Todos los coeficientes de concordancia entre las valoraciones de los jueces se presentan organizados por dimensiones para la idoneidad, la importancia y la observabilidad así como para cada uno de los colectivos implicados. Estos coeficientes oscilan entre '0' (acuerdo nulo) y '1' (acuerdo total). Para interpretarlos, puede resultar útil la Tabla 18. En todo caso, en la mayor parte de las investigaciones suelen considerarse adecuados coeficientes superiores a ,400.

Tabla 18. Interpretación de los valores de los coeficientes de concordancia  $B^{W_N}$

Fuerza de la concordancia	Pobre	Débil	Moderada	Buena	Muy buena
Valor del coeficiente	,000-,200	,201-,400	,401-,600	,601-,800	,801-1

Como se puede observar en las Tablas 19-26 y como se ilustra en la Figura 33, en el caso de los acuerdos originales ( $B_N$ ) los coeficientes oscilaron entre ,090 y 0,600. Sólo se encontró un coeficiente menor a ,100 en idoneidad e importancia. Para la observabilidad, en cambio, todos los coeficientes superaron el umbral ,100. En cuanto a los acuerdos ponderados ( $B^{W_N}$ ), los valores oscilaron entre ,500 y 1,000 para la idoneidad y la importancia y entre ,400 y 1,000 para la observabilidad. El 46,03% y el 39,68% respectivamente supusieron los coeficientes superiores a ,800 en idoneidad e importancia, frente al 20,63% alcanzado para la observabilidad.

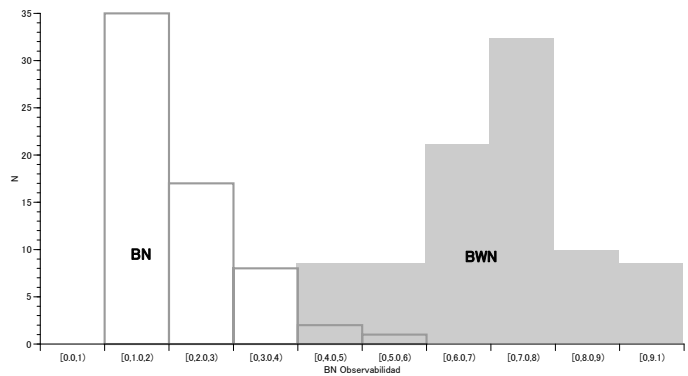
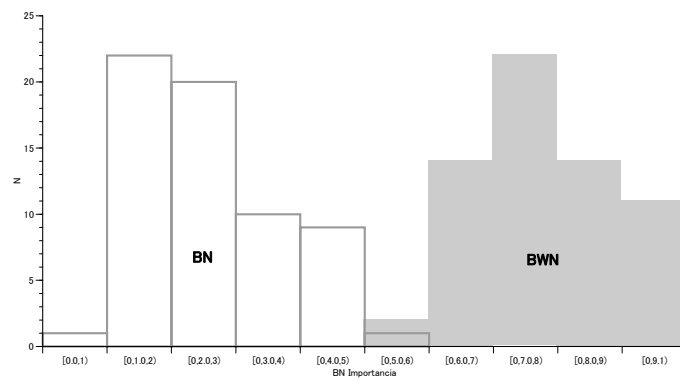
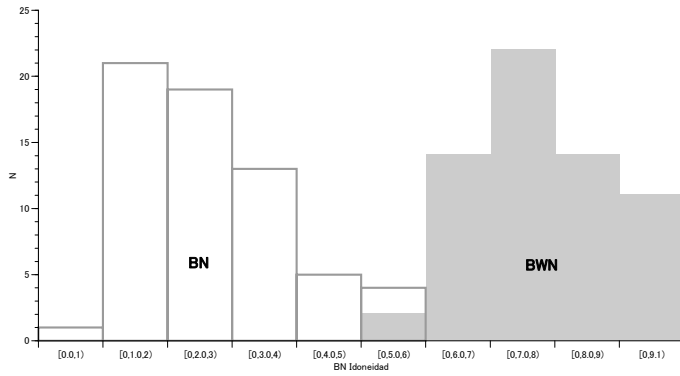


Figura 33. Histogramas de los coeficientes  $B_N$  y  $B_N^W$  de acuerdo entre los jueces para idoneidad, importancia y observabilidad

Tabla 19. Coeficientes de concordancia de Bienestar Emocional

	Idoneidad		Importancia		Observabilidad	
	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$
D. Intelectual	,190	<b>,747</b>	,247	<b>,754</b>	,152	<b>,656</b>
D. Sensorial	,369	<b>,979</b>	,320	<b>,917</b>	,108	<b>,634</b>
D. Física	,223	<b>,847</b>	,195	<b>,766</b>	,167	<b>,686</b>
Drogodependencias	,148	<b>,623</b>	,141	<b>,625</b>	,232	<b>,835</b>
VIH/SIDA	,158	<b>,716</b>	,114	<b>,653</b>	,233	<b>,766</b>
Salud mental	,152	<b>,645</b>	,171	<b>,740</b>	,174	<b>,704</b>
Mayores	,167	<b>,695</b>	,190	<b>,691</b>	,126	<b>,628</b>
Total	,183	<b>,739</b>	,200	<b>,743</b>	,140	<b>,664</b>

Tabla 20. Coeficientes de concordancia de Relaciones interpersonales

	Idoneidad		Importancia		Observabilidad	
	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$
D. Intelectual	,275	<b>,790</b>	,223	<b>,790</b>	,189	<b>,721</b>
D. Sensorial	,241	<b>,819</b>	,209	<b>,799</b>	,339	<b>,906</b>
D. Física	,199	<b>,634</b>	,184	<b>,664</b>	,175	<b>,647</b>
Drogodependencias	,197	<b>,737</b>	,225	<b>,849</b>	,219	<b>,813</b>
VIH/SIDA	,154	<b>,656</b>	,143	<b>,729</b>	,316	<b>,836</b>
Salud mental	,180	<b>,718</b>	,142	<b>,621</b>	,128	<b>,680</b>
Mayores	,229	<b>,781</b>	,320	<b>,816</b>	,131	<b>,486</b>
Total	,209	<b>,732</b>	,197	<b>,727</b>	,178	<b>,695</b>

Tabla 21. Coeficientes de concordancia de Bienestar material

	Idoneidad		Importancia		Observabilidad	
	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$
D. Intelectual	,328	<b>,890</b>	,210	<b>,832</b>	,323	<b>,930</b>
D. Sensorial	,267	<b>,915</b>	,248	<b>,880</b>	,435	<b>,908</b>
D. Física	,221	<b>,740</b>	,225	<b>,777</b>	,186	<b>,766</b>
Drogodependencias	,186	<b>,676</b>	,261	<b>,776</b>	,197	<b>,751</b>
VIH/SIDA	,125	<b>,706</b>	,261	<b>,928</b>	,331	<b>,997</b>
Salud mental	,265	<b>,801</b>	,169	<b>,736</b>	,186	<b>,688</b>
Mayores	,168	<b>,658</b>	,161	<b>,560</b>	,338	<b>,878</b>
Total	,208	<b>,742</b>	,194	<b>,757</b>	,253	<b>,806</b>

Tabla 22. Coeficientes de concordancia de Desarrollo personal

	Idoneidad		Importancia		Observabilidad	
	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$
D. Intelectual	,217	<b>,771</b>	,197	<b>,754</b>	,211	<b>,772</b>
D. Sensorial	,204	<b>,836</b>	,238	<b>,840</b>	,257	<b>,789</b>
D. Física	,180	<b>,715</b>	,171	<b>,720</b>	,176	<b>,738</b>
Drogodependencias	,145	<b>,566</b>	,175	<b>,607</b>	,200	<b>,760</b>
VIH/SIDA	,096	<b>,604</b>	,140	<b>,676</b>	,494	<b>,984</b>
Salud mental	,193	<b>,803</b>	,264	<b>,873</b>	,201	<b>,735</b>
Mayores	,110	<b>,527</b>	,159	<b>,632</b>	,117	<b>,597</b>
Total	,192	<b>,711</b>	,196	<b>,733</b>	,200	<b>,750</b>

Tabla 23. Coeficientes de concordancia de Bienestar físico

	Idoneidad		Importancia		Observabilidad	
	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$
<i>D. Intelectual</i>	,340	,899	,325	,913	,232	,733
<i>D. Sensorial</i>	,266	,829	,396	,948	,253	,780
<i>D. Física</i>	,337	,811	,483	,899	,310	,782
<i>Drogodependencias</i>	,166	,594	,160	,626	,166	,740
<i>VIH/SIDA</i>	,434	,968	,372	,904	,175	,830
<i>Salud mental</i>	,225	,784	,188	,745	,262	,757
<i>Mayores</i>	,322	,828	,337	,914	,235	,778
<i>Total</i>	,306	,824	,248	,842	,233	,796

Tabla 24. Coeficientes de concordancia de Autodeterminación

	Idoneidad		Importancia		Observabilidad	
	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$
<i>D. Intelectual</i>	,520	,862	,476	,886	,231	,754
<i>D. Sensorial</i>	,537	,865	,442	,771	,134	,665
<i>D. Física</i>	,376	,976	,330	,924	,186	,734
<i>Drogodependencias</i>	,223	,815	,180	,752	,123	,637
<i>VIH/SIDA</i>	,220	,588	,094	,535	,325	,890
<i>Salud mental</i>	,393	,979	,356	,924	,166	,722
<i>Mayores</i>	,193	,748	,230	,724	,124	,569
<i>Total</i>	,350	,925	,321	,873	,150	,673

Tabla 25. Coeficientes de concordancia de Inclusión social

	Idoneidad		Importancia		Observabilidad	
	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$
<i>D. Intelectual</i>	,404	,977	,426	,863	,137	,655
<i>D. Sensorial</i>	,366	,808	,508	,953	,192	,574
<i>D. Física</i>	,200	,511	,254	,631	,110	,442
<i>Drogodependencias</i>	,239	,654	,254	,666	,214	,614
<i>VIH/SIDA</i>	,572	,963	,293	,692	,511	,956
<i>Salud mental</i>	,494	,881	,427	,844	,100	,444
<i>Mayores</i>	,307	,670	,416	,754	,144	,504
<i>Total</i>	,348	,904	,371	,964	,173	,731

Tabla 26. Coeficientes de concordancia de Derechos

	Idoneidad		Importancia		Observabilidad	
	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$	$B_N$	$B^{W_N}$
<i>D. Intelectual</i>	,549	,984	,478	,928	,143	,528
<i>D. Sensorial</i>	,458	,878	,470	,899	,209	,604
<i>D. Física</i>	,367	,689	,247	,620	,159	,520
<i>Drogodependencias</i>	,202	,707	,231	,717	,105	,461
<i>VIH/SIDA</i>	,150	,518	,117	,639	,357	,790
<i>Salud mental</i>	,430	,863	,465	,883	,121	,458
<i>Mayores</i>	,267	,820	,246	,786	,120	,462
<i>Total</i>	,370	,911	,352	,919	,131	,607

A continuación se presentan los gráficos correspondientes al acuerdo ponderado (Bangdiwala, 1987; Friendly, 2000) entre todos los jueces ( $N = 73$ ) en cada una de las ocho dimensiones para la idoneidad, la importancia y la observabilidad (Figuras 34, 35 y 36). En ellas, los cuadrados totalmente coloreados muestran el acuerdo observado (acuerdo original). 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.

La Figura 34 muestra que, en idoneidad, existe un acuerdo observado mayor en cuanto a la categoría 'muy alto' en el caso de las dimensiones Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. En las cuatro dimensiones restantes el mayor porcentaje de acuerdo se reparte entre las categorías 'alto' y 'muy alto'. Los jueces, sin embargo, apenas escogen la categoría 'bajo' y casi nunca calificaron a los ítems con la categoría 'muy bajo'. Los mismos comentarios podrían repetirse si describimos la Figura 35 que representa el acuerdo de los jueces en cuanto a la importancia de los ítems. Para la observabilidad, como se ilustra en la Figura 36, los resultados son bastante diferentes. Los jueces no seleccionaron la categoría 'muy bajo' en casi ningún caso. En cambio, sí coincidieron en calificar a los ítems como 'poco observables' con cierta frecuencia. No obstante, en todos los casos, las coincidencias de los jueces en señalar que los ítems eran altamente observables fueron mayores en todas las dimensiones. Encontramos el mayor número de coincidencias en la categoría 'muy observables' en las dimensiones Relaciones interpersonales, Bienestar físico y Autodeterminación. En el resto de las dimensiones el acuerdo mayor se encontró en la categoría 'alta observabilidad'. Para la categoría 'muy alto' en Bienestar emocional y Bienestar material solo encontramos acuerdos ponderados.



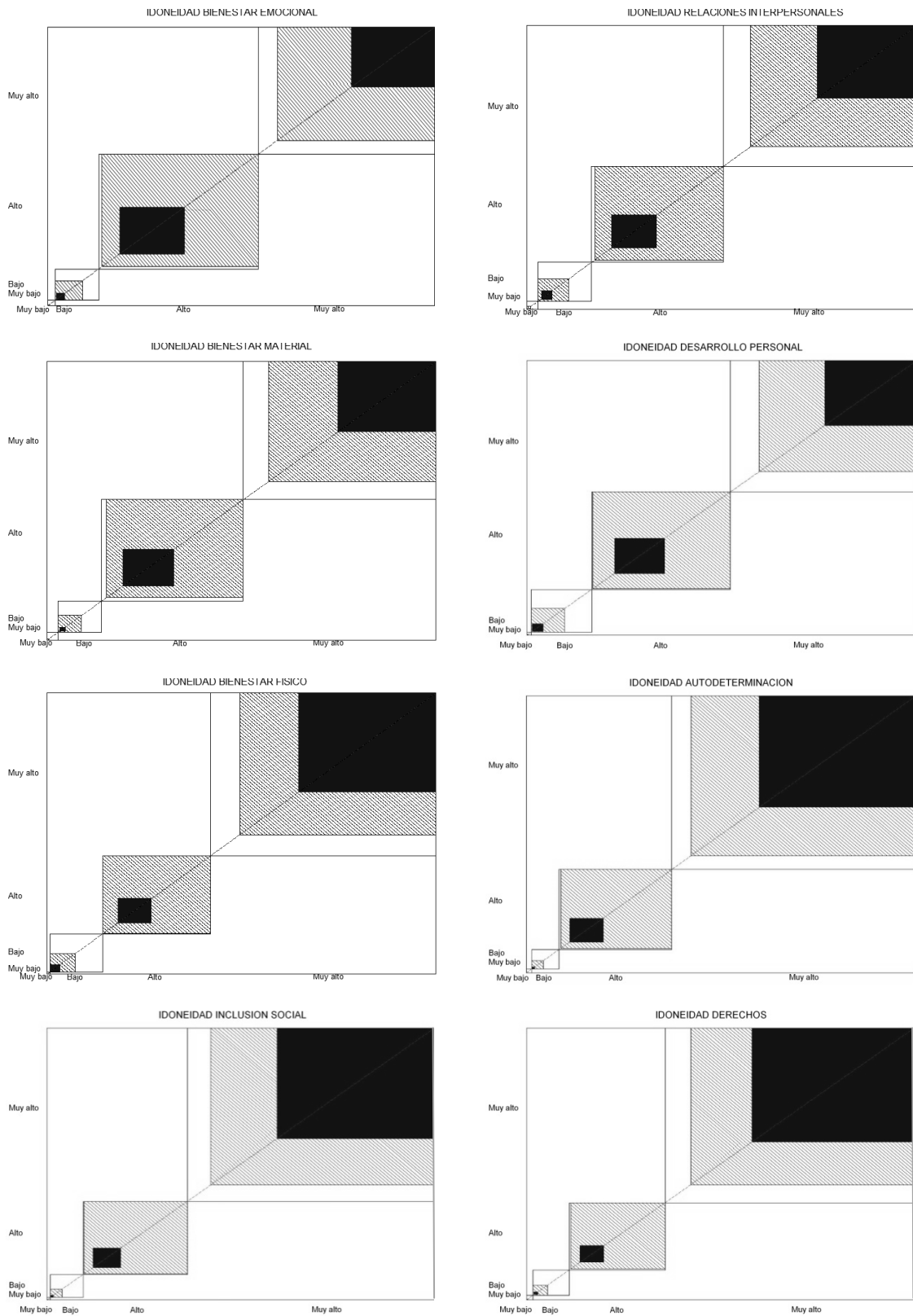


Figura 34. Figuras de acuerdo entre jueces en idoneidad (Bangdiwala, 1987)

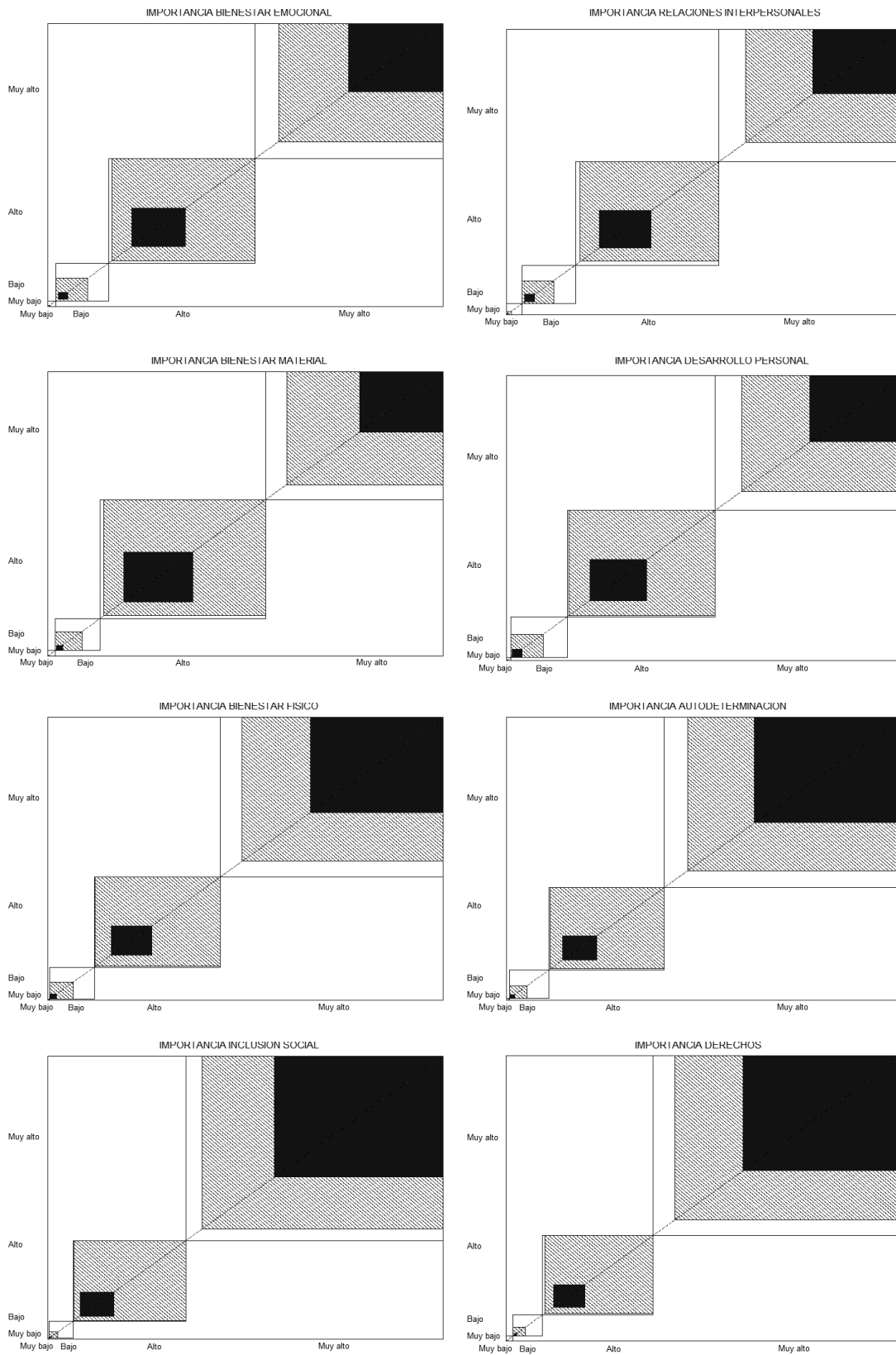


Figura 35. Figuras de acuerdo entre jueces en importancia (Bangdiwala, 1987)

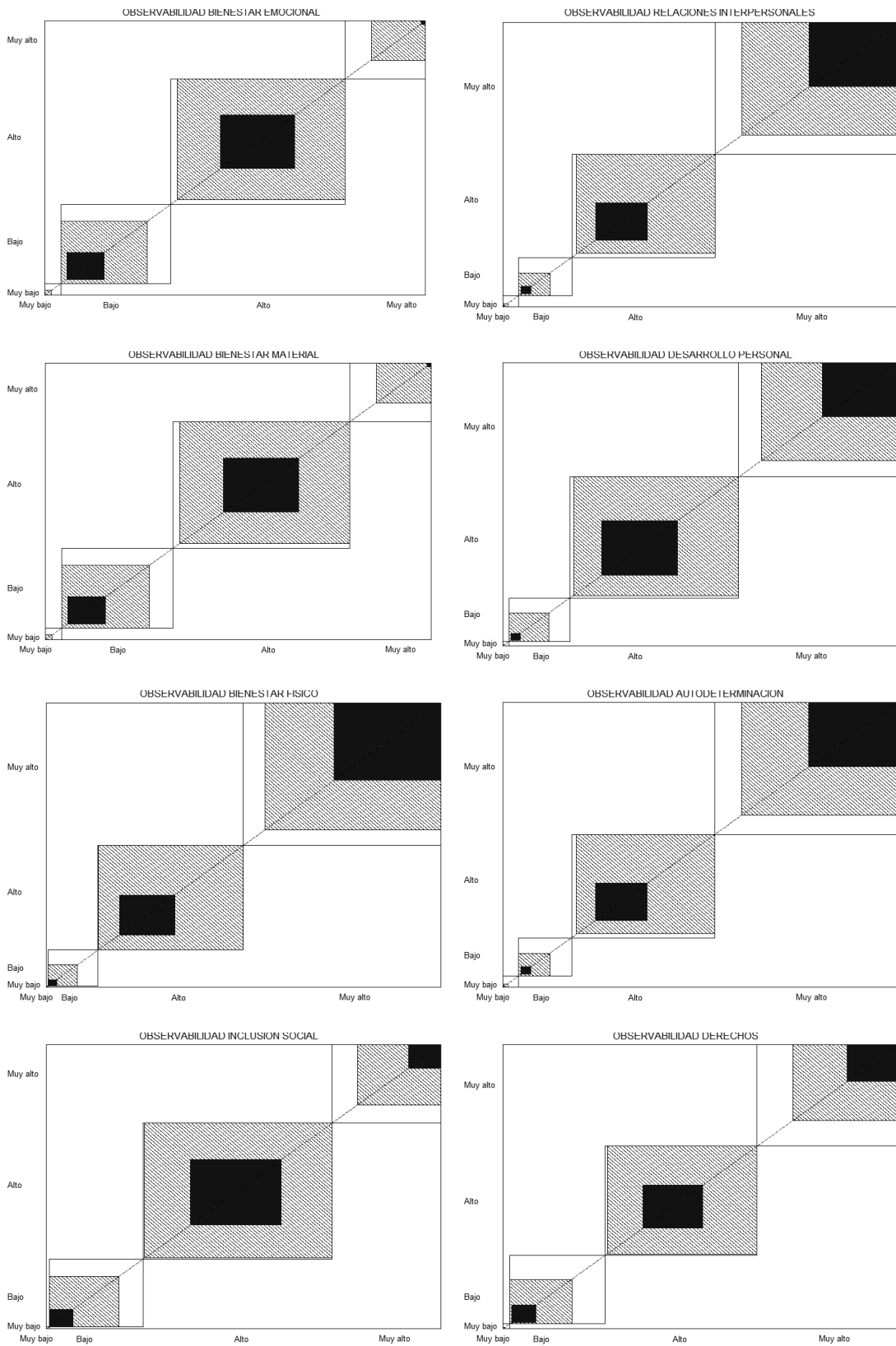


Figura 36. Figuras de acuerdo entre jueces en observabilidad (Bangdiwala, 1987)

A partir de los resultados observados, podemos concluir que, en términos generales y con las particularidades que se han comentado, existió una alta concordancia entre todos los jueces en cuanto a la calificación de los ítems de todas las dimensiones como altamente idóneos ( $\overline{B}_N^W = ,761$ ), importantes ( $\overline{B}_N^W = ,769$ ) y observables ( $\overline{B}_N^W = ,738$ ).

### **b) Comparación de la concordancia entre grupos de jueces por dimensiones**

A continuación nos interesamos por analizar con más detalle la concordancia encontrada entre los jueces en función del área de conocimiento en la que eran expertos; es decir, analizamos con mayor detalle las discrepancias o concordancias encontradas entre ellos en función de la adecuación de los ítems a cada colectivo implicado (i.e., personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad sensorial, personas con discapacidad física, personas con drogodependencias, personas con VIH/SIDA, personas con problemas de salud mental y personas mayores).

Con el fin de facilitar tal tarea, los coeficientes de concordancia ( $B^{W_N}$ ) para la idoneidad, la importancia y la observabilidad obtenidos por los distintos grupos de jueces (representados mediante barras) se compararon con los obtenidos por los jueces en conjunto ( $N = 73$ ) (representados por líneas discontinuas) para cada una de las dimensiones utilizando para ello diversos gráficos que se presentan a lo largo de las siguientes páginas (Figuras 37-44).

Para la dimensión *Bienestar emocional* (Figura 37), encontramos que los ítems resultaron especialmente idóneos e importantes para el colectivo de discapacidad sensorial ( $B^{W_N} = ,979$  y  $B^{W_N} = ,917$ ) y física ( $B^{W_N} = ,847$  y  $B^{W_N} = ,766$  respectivamente). En cambio, el acuerdo en cuanto a su idoneidad e importancia fue más bajo para las personas con drogodependencias ( $B^{W_N} = ,623$  y  $B^{W_N} = ,625$ ). En cuanto a la observabilidad, no se apreciaron diferencias tan marcadas entre los grupos. El coeficiente más alto se encontró para las personas con drogodependencias ( $B^{W_N} = ,835$ ) y los más bajos para las personas mayores ( $B^{W_N} = ,628$ ) y las personas con discapacidad sensorial ( $B^{W_N} = ,634$ ). Aun así, las diferencias comentadas no fueron significativas ( $F_{(6)} = 1,116$ ;  $p = ,378$ ) y todos los coeficientes superaron el umbral de ,601 por lo que se puede concluir que el acuerdo es adecuado para todos los grupos.

En la dimensión *Relaciones interpersonales* (Figura 38), son los jueces expertos sobre personas con discapacidad sensorial quienes más coincidieron con respecto a la observabilidad de los ítems ( $B^{WN} = ,906$ ). Sin embargo, encontramos un acuerdo moderado ( $B^{WN} = ,486$ ) entre los expertos en personas mayores sobre esta cuestión. El acuerdo encontrado entre los grupos de expertos se aproximó más al acuerdo encontrado para todos los jueces en conjunto en cuanto a la idoneidad ( $B^{WN} = ,732$ ) y la importancia ( $B^{WN} = ,727$ ) de los ítems. Las mayores discrepancias se obtuvieron en positivo (i.e., mayor coeficiente para el grupo que para todos los jueces en conjunto) en el caso del acuerdo entre los expertos en drogodependencias para la importancia de los ítems, y en negativo (i.e., menores coeficientes para los grupos que para todos los jueces en conjunto) en el acuerdo entre los expertos sobre salud mental en cuanto a la importancia ( $B^{WN} = ,621$ ) y los expertos en drogodependencias ( $B^{WN} = ,634$ ) y VIH/SIDA ( $B^{WN} = ,656$ ) en cuanto a su idoneidad. Las diferencias entre los grupos, sin embargo, no fueron significativas ( $F_{(6)} = 1,239$ ;  $p = ,345$ ).

La Figura 39 presenta la comparación realizada para la dimensión *Bienestar material*. Aunque no existieron diferencias significativas ( $F_{(6)} = 2,560$ ;  $p = ,069$ ), los mayores coeficientes de acuerdo al calificar la idoneidad de los ítems se encuentran en los grupos de expertos sobre discapacidad intelectual ( $B^{WN} = ,890$ ) y sensorial ( $B^{WN} = ,915$ ). Los expertos en VIH/SIDA fueron quienes obtuvieron los coeficientes más altos con respecto a la importancia ( $B^{WN} = ,928$ ) y la observabilidad ( $B^{WN} = ,997$ ). En contraste, los más bajos son los obtenidos por los expertos en personas mayores para la idoneidad ( $B^{WN} = ,658$ ) y la importancia ( $B^{WN} = ,560$ ) y por los expertos en salud mental en cuanto a la observabilidad ( $B^{WN} = ,688$ ) de los ítems. Todos los acuerdos encontrados entre los jueces por grupos pueden calificarse de adecuados o excelentes.

Con respecto a la dimensión *Desarrollo personal* (Figura 40), aunque tampoco encontramos diferencias significativas entre los grupos ( $F_{(6)} = 2,437$ ;  $p = 082$ ), los expertos en personas mayores obtuvieron los menores coeficientes en las tres categorías (idoneidad:  $B^{WN} = ,527$ ; importancia:  $B^{WN} = ,632$ ; observabilidad:  $B^{WN} = ,597$ ). El caso contrario se dio en los grupos de expertos en discapacidad sensorial y salud mental para la idoneidad ( $B^{WN} = ,836$  y  $B^{WN} = ,803$  respectivamente) y para la importancia ( $B^{WN} = ,840$  y  $B^{WN} = ,873$ ). Una diferencia especialmente notable con respecto a los coeficientes obtenidos por los jueces en

conjunto para la observabilidad de los ítems de esta dimensión ( $B^{w_N} = ,750$ ) se apreció en el grupo de expertos sobre VIH/SIDA ( $B^{w_N} = ,984$ ).

A diferencia del resto de las dimensiones, sí observamos diferencias significativas ( $F_{(6)} = 3,730$ ;  $p = ,020$ ) en *Bienestar Físico* (Figura 41): las coeficientes de acuerdo entre los expertos en drogodependencias fueron significativamente inferiores a los logrados por los expertos en VIH/SIDA, si bien no existieron diferencias significativas entre los demás grupos de jueces. Los expertos en drogodependencias alcanzan los menores coeficientes de acuerdo tanto para la idoneidad ( $B^{w_N} = ,594$ ) como para la importancia ( $B^{w_N} = ,626$ ). Para la observabilidad, en cambio, son los expertos en discapacidad intelectual quienes alcanzan menor concordancia ( $B^{w_N} = ,733$ ), si bien la concordancia se puede calificar como buena en este caso y como moderada en los anteriores. En cuanto a los coeficientes más altos, para la idoneidad y la observabilidad los obtuvieron los jueces en VIH/SIDA ( $B^{w_N} = ,968$  y  $B^{w_N} = ,830$  respectivamente), mientras que fueron los expertos en discapacidad sensorial quienes alcanzaron el máximo acuerdo en cuanto a la importancia de los ítems ( $B^{w_N} = ,948$ )

Para la dimensión *Autodeterminación*, la Figura 42 muestra que los expertos en VIH/SIDA alcanzan los menores coeficientes de acuerdo en cuanto a la idoneidad ( $B^{w_N} = ,588$ ) y la importancia de los ítems ( $B^{w_N} = ,535$ ) y, sin embargo, obtienen el mayor acuerdo en cuanto a su observabilidad ( $B^{w_N} = ,890$ ). En contraste, los expertos en personas mayores presentaron las mayores discrepancias ( $B^{w_N} = ,569$ ) en cuanto a este criterio. El mayor acuerdo se obtuvo entre los grupos de jueces en discapacidad física para la idoneidad ( $B^{w_N} = ,976$ ) y la importancia ( $B^{w_N} = ,924$ ). El resto de los grupos de expertos presentaron coeficientes de acuerdo bastante próximos a los obtenidos por el conjunto total de jueces. Las diferencias entre los grupos no fueron significativas ( $F_{(6)} = 1,537$ ;  $p = ,237$ ) y, con la excepción de los tres coeficientes más bajos que hemos señalado (que denotan un acuerdo moderado), todos los valores superaron el umbral de ,601 y, por ello, consideramos que la concordancia para esta dimensión es adecuada.

Por su parte, la dimensión *Inclusión social* junto con la dimensión referida a Derechos, fue la que presentó mayor disparidad en cuanto a los coeficientes de acuerdo observados entre los grupos para cada una de las tres categorías evaluadas; aún así las diferencias no fueron significativas ( $F_{(6)} = 1,789$ ;  $p = ,173$ ). Los expertos en discapacidad física fueron quienes más discrepancias mostraron en sus evaluaciones de los ítems tanto en idoneidad ( $B^{WN} = ,511$ ) e importancia ( $B^{WN} = ,631$ ) como en observabilidad ( $B^{WN} = ,442$ ). Muy de cerca les siguieron los expertos en drogodependencias ( $B^{WN} = ,666$ ) y VIH/SIDA ( $B^{WN} = ,692$ ) en cuanto a la importancia y los expertos en salud mental en cuanto a la observabilidad ( $B^{WN} = ,444$ ). Las mayores concordancias entre jueces se encontraron, en cambio, entre los expertos en VIH/SIDA ( $B^{WN} = ,963$ ) y discapacidad intelectual ( $B^{WN} = ,977$ ) en cuanto a la idoneidad, entre el grupo de discapacidad sensorial ( $B^{WN} = ,953$ ) en cuanto a la importancia y entre los expertos en VIH/SIDA ( $B^{WN} = ,956$ ) para la observabilidad (Figura 43).

Finalmente, tampoco en la dimensión *Derechos* (Figura 44) observamos diferencias significativas ( $F_{(6)} = 0,576$ ;  $p = ,744$ ), si bien las mayores discrepancias entre los jueces se encontraron de forma mayoritaria en cuanto a la observabilidad de los ítems, especialmente en el caso de los expertos en salud mental ( $B^{WN} = ,458$ ), en drogodependencias ( $B^{WN} = ,461$ ) y en personas mayores ( $B^{WN} = ,462$ ). Con respecto a la idoneidad, fueron los expertos en VIH/SIDA quienes alcanzaron un menor acuerdo ( $B^{WN} = ,518$ ) y en cuanto a la importancia los expertos en discapacidad física ( $B^{WN} = ,620$ ). Las mayores concordancias entre los jueces, en cambio, se encontraron en cuanto a la idoneidad e importancia entre los expertos en discapacidad intelectual ( $B^{WN} = ,984$  y  $B^{WN} = ,928$ ) seguidos de los expertos en discapacidad sensorial ( $B^{WN} = ,878$  y  $B^{WN} = ,899$ ). Para la observabilidad, fueron los expertos en VIH/SIDA quienes mostraron mayor acuerdo ( $B^{WN} = ,790$ ). Todos los coeficientes de acuerdo pueden considerarse adecuados, con la excepción de seis que presentaron valores por debajo de ,600 pero superiores a ,401 y, por tanto, denotan una concordancia moderada.

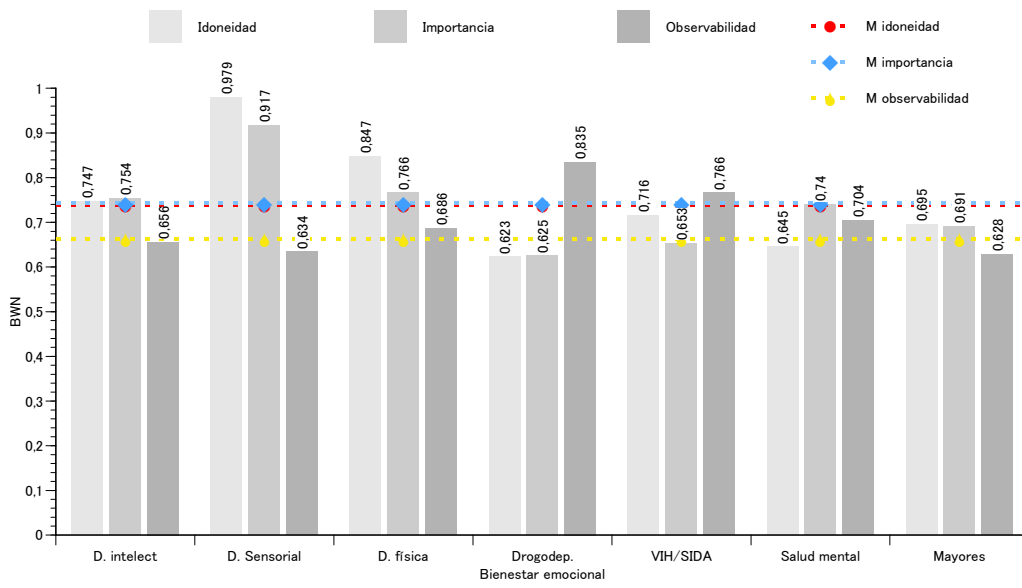


Figura 37. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión Bienestar emocional

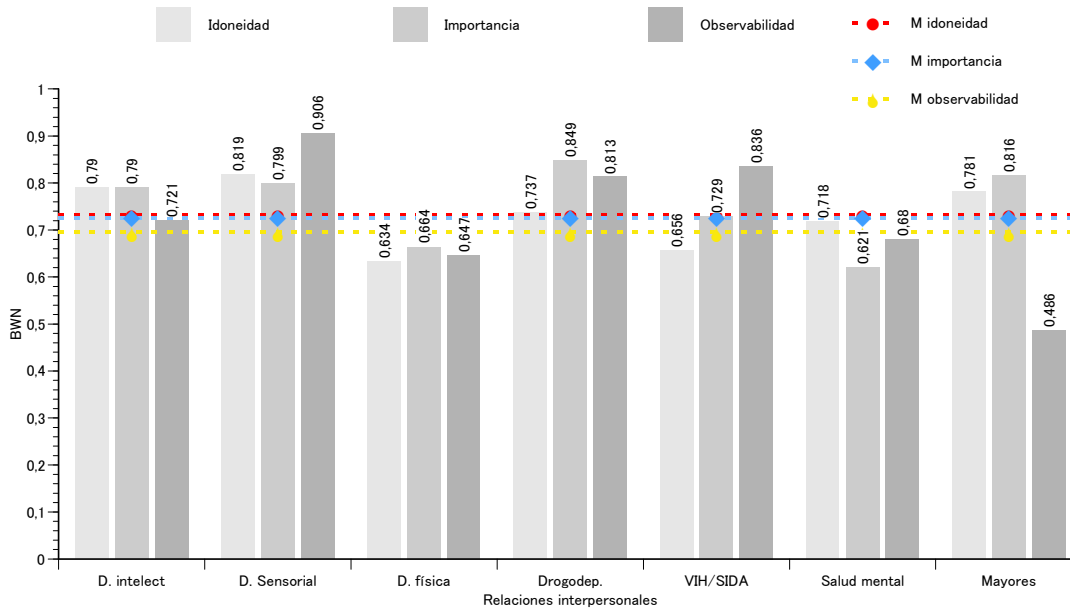


Figura 38. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión Relaciones interpersonales



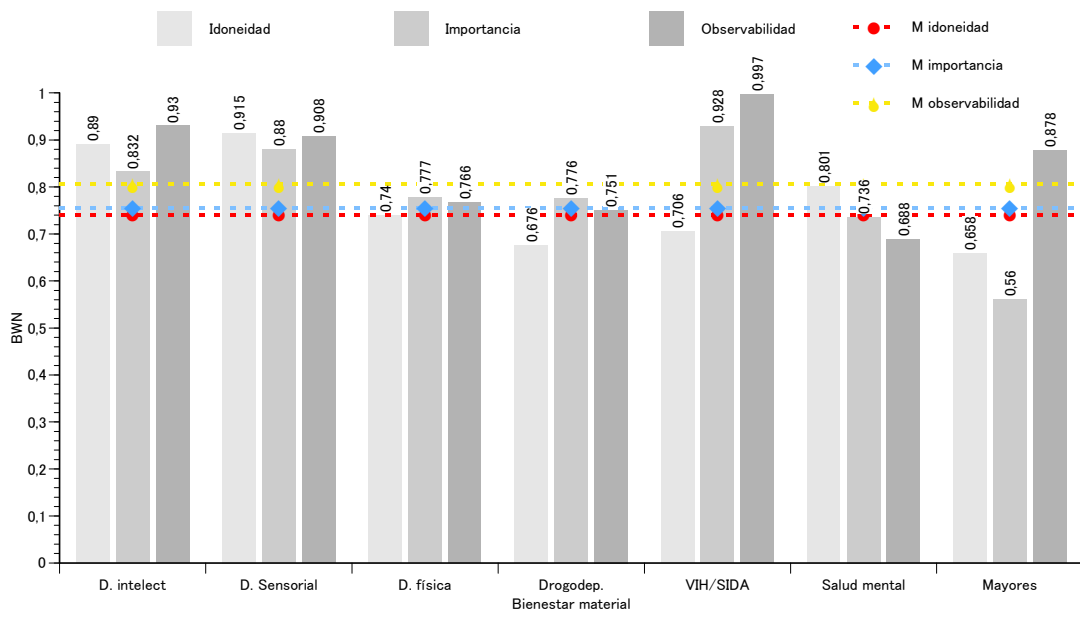


Figura 39. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión Bienestar material

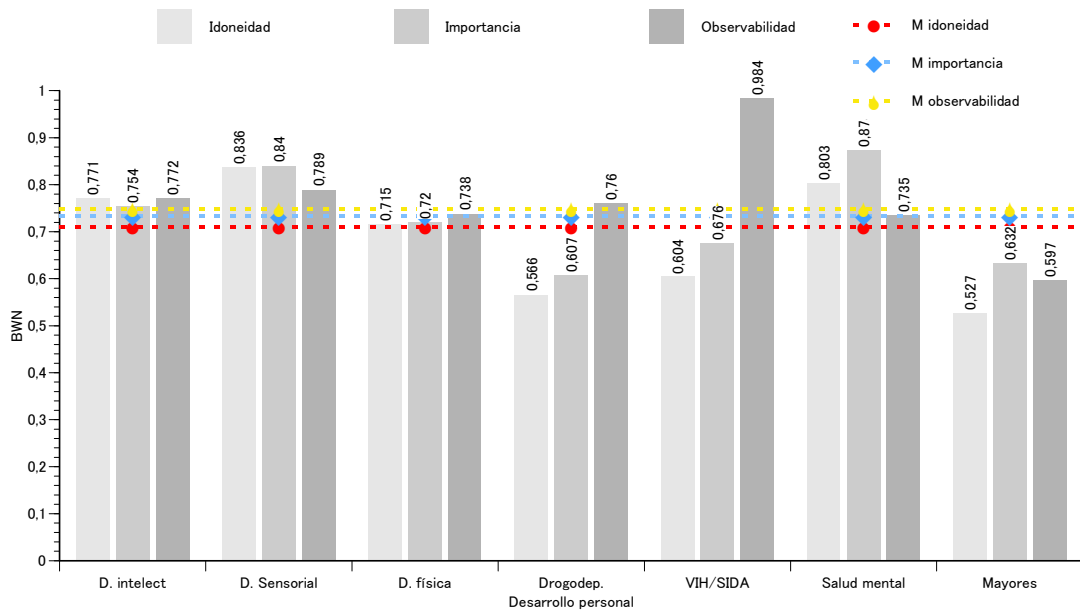


Figura 40. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión Desarrollo personal

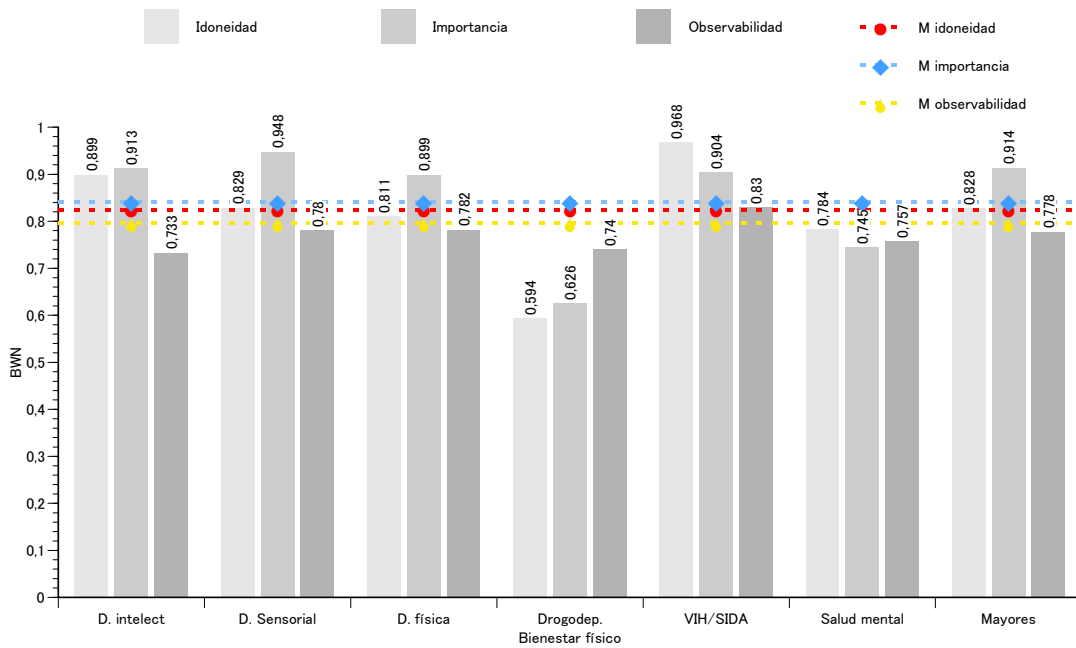


Figura 41. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión Bienestar físico

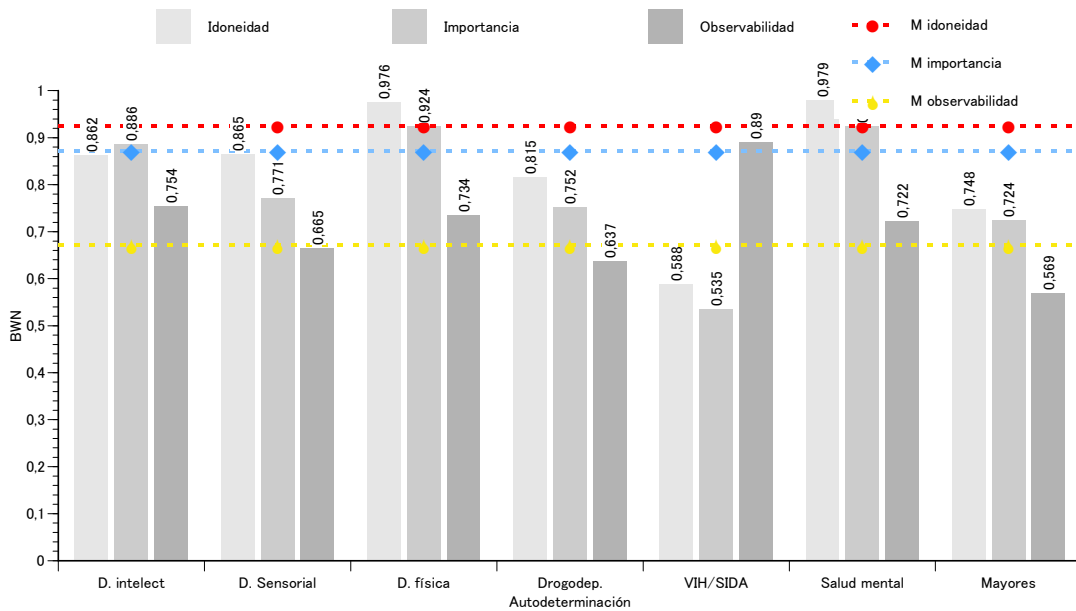


Figura 42. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión Autodeterminación

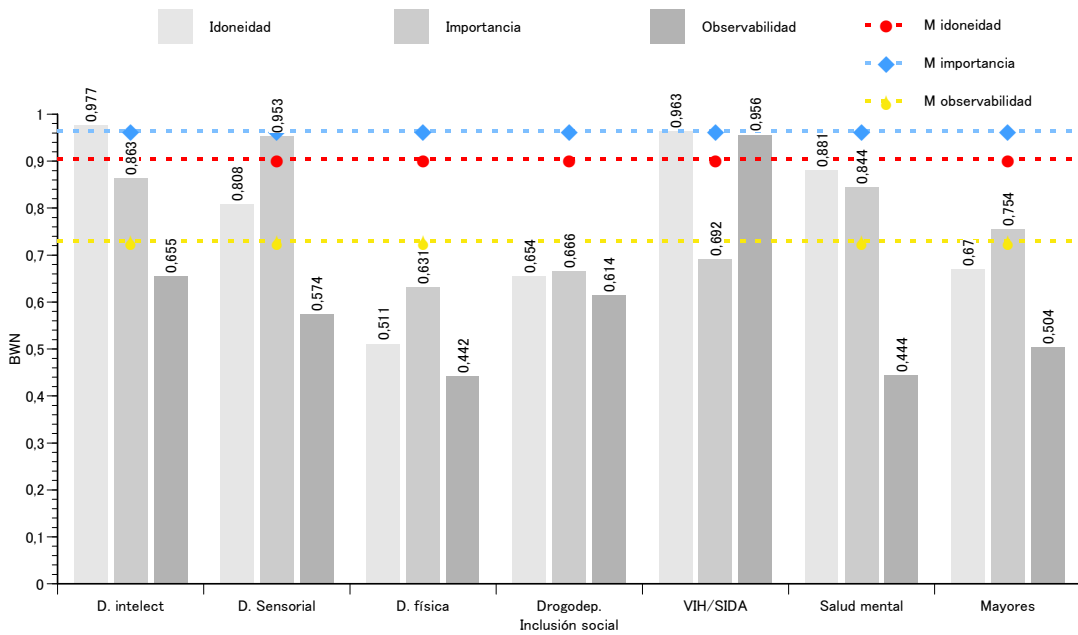


Figura 43. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión Inclusión social

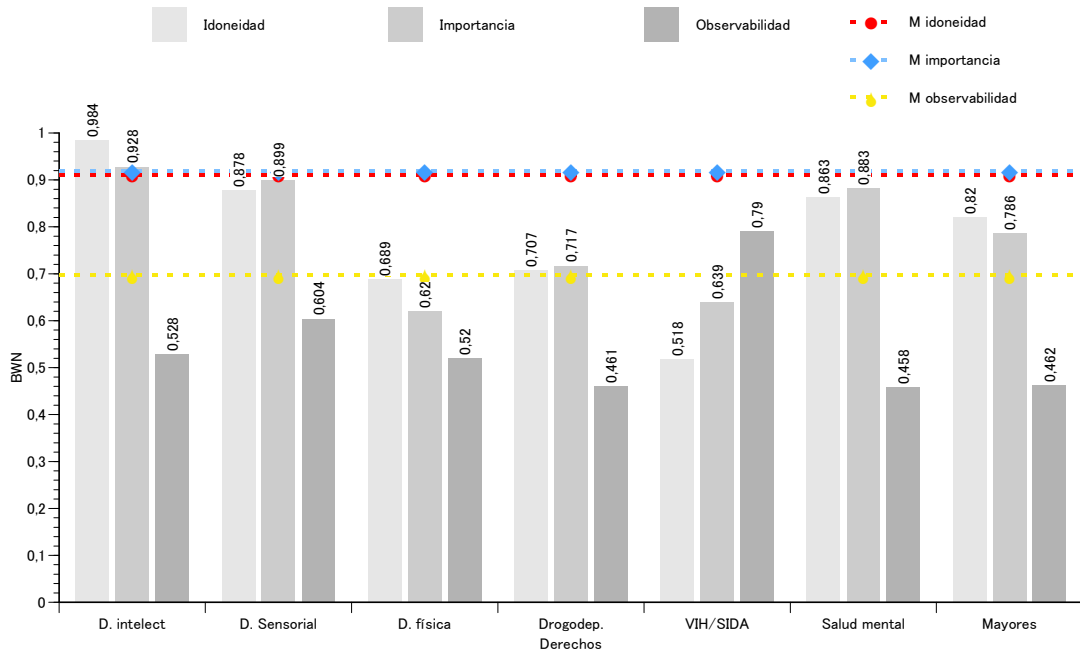


Figura 44. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los jueces por grupos con el acuerdo total en la dimensión Derechos

### **c) Comparación de la concordancia en las dimensiones para el conjunto de jueces**

Conocidas las diferencias entre los grupos para cada una de las dimensiones, el siguiente paso consistió en comparar los coeficientes de acuerdo ( $B^{W_N}$ ) encontrados en cada una de las ocho dimensiones para el conjunto de los jueces ( $N = 73$ ). En este caso, la Figura 45 muestra que en la mayoría de los casos las valoraciones de los jueces sobre la idoneidad y la importancia de los ítems fueron más similares y mayores que las obtenidas para la observabilidad de los ítems, con la excepción de la dimensión Bienestar material, cuya concordancia en observabilidad superó a la obtenida en idoneidad e importancia.

En cuanto a la idoneidad y la importancia, las mayores coincidencias entre los jueces se observaron en las dimensiones de Autodeterminación ( $B^{W_N} = ,925$ ;  $B^{W_N} = ,873$ ), Derechos ( $B^{W_N} = ,911$ ;  $B^{W_N} = ,919$ ) e Inclusión Social ( $B^{W_N} = ,904$ ;  $B^{W_N} = ,964$ ). Al mismo tiempo, los jueces discreparon más en cuanto a la valoración de la observabilidad en el caso de las dos primeras dimensiones: Derechos ( $B^{W_N} = ,607$ ) y Autodeterminación ( $B^{W_N} = ,673$ ), así como en los ítems de Inclusión social ( $B^{W_N} = ,664$ ). De este modo, el menor acuerdo entre los jueces se dio en cuanto a la observabilidad de la dimensión Derechos, mientras que las mayores coincidencias se dieron en la valoración de la importancia de los ítems de Inclusión social.

En términos generales, podemos afirmar que los jueces coinciden más en su valoración de los ítems pertenecientes a las dimensiones Inclusión social y Bienestar físico (ambas con una media de acuerdos ,820 en los tres criterios), seguidas de Autodeterminación ( $M = ,816$ ). Por otro lado, las dimensiones que presentan menor acuerdo en general son Bienestar emocional ( $M = ,714$ ), Relaciones interpersonales ( $M = ,718$ ), Desarrollo personal ( $M = ,731$ ), Bienestar material ( $M = ,768$ ) y Derechos ( $M = ,798$ ).

No obstante, no encontramos diferencias significativas entre los coeficientes de acuerdo observados en las distintas dimensiones ( $F_{(6)} = 1,071$ ;  $p = ,425$ ). Todos los coeficientes de concordancia encontrados para la idoneidad, la importancia y la observabilidad entre el conjunto de los 73 jueces fueron adecuados en cinco de las dimensiones y excelentes en tres de ellas.

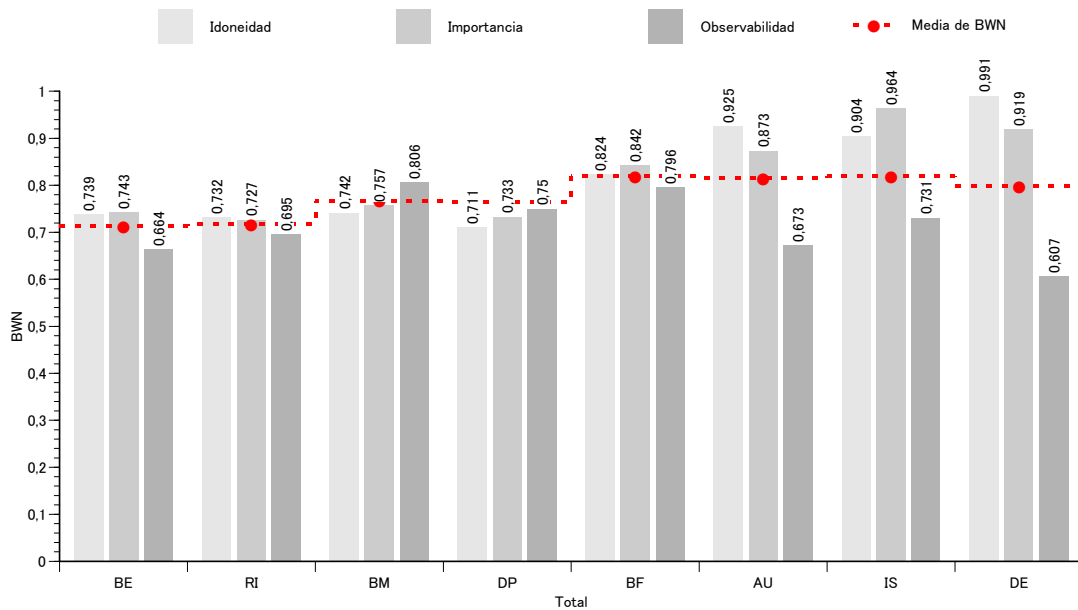


Figura 45. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para el conjunto de jueces en las ocho dimensiones

#### d) Comparación de la concordancia en las dimensiones por grupos de jueces

Aunque no existieron diferencias significativas ( $F_{(6)} = 0,219$ ;  $p = ,976$ ), en general, los expertos en personas con *discapacidad intelectual* estuvieron menos de acuerdo con respecto a los ítems de la dimensión Desarrollo personal ( $M = ,584$ ) y mostraron las mayores coincidencias en sus valoraciones de los ítems pertenecientes a Bienestar físico ( $M = ,838$ ). En cuanto a la idoneidad, los mayores coeficientes se observaron en Inclusión social ( $B^{W_N} = ,987$ ) y Derechos ( $B^{W_N} = ,984$ ) mientras que el menor se observó en Desarrollo personal ( $B^{W_N} = ,771$ ). Para la importancia, encontramos un acuerdo excelente ( $B^{W_N} = ,913$ ) en Bienestar emocional y Bienestar físico. Con respecto a la observabilidad, los jueces mostraron las mayores discrepancias en su valoración de la observabilidad de los ítems referidos a Derechos ( $B^{W_N} = ,528$ ). Dado que todos los coeficientes superan el valor ,500 (de hecho, la mayoría supera el valor ,700), se puede concluir que la concordancia entre los expertos en discapacidad intelectual es entre adecuada y excelente ( $M = ,827$ ) (Figura 46).

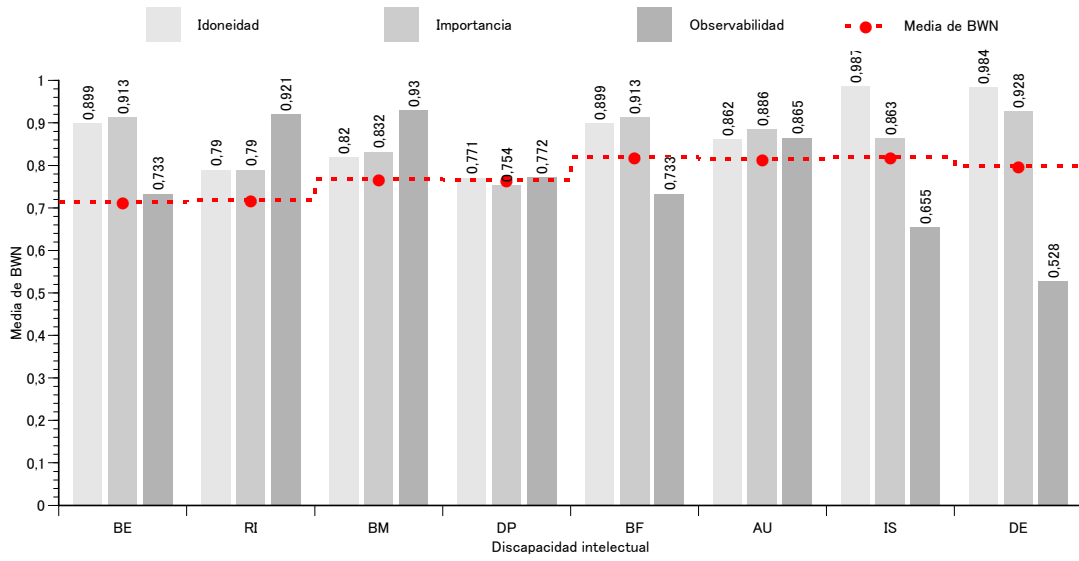


Figura 46. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en discapacidad intelectual en las ocho dimensiones

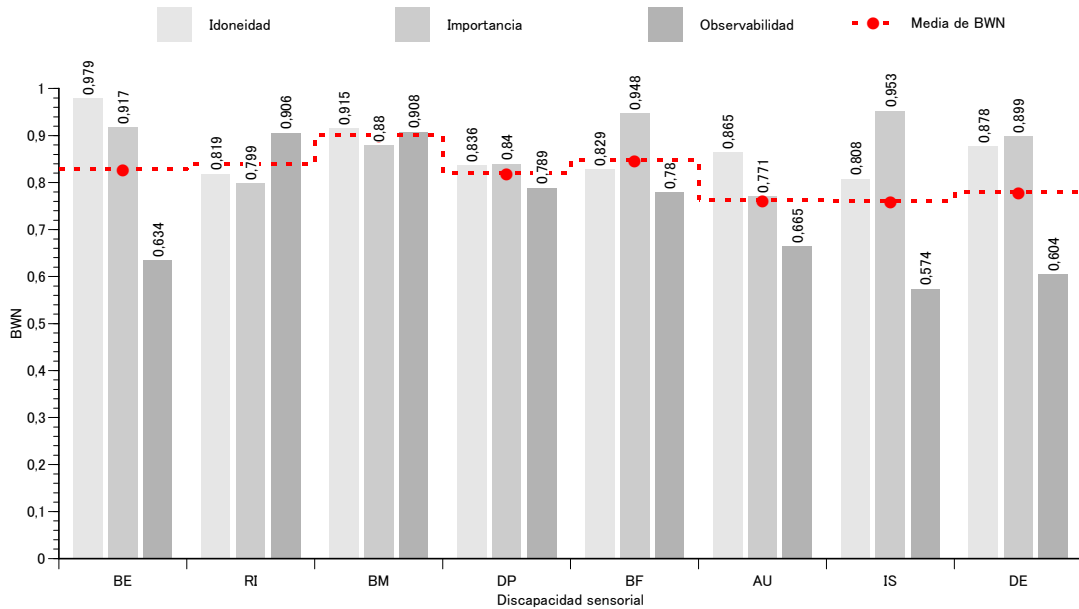


Figura 47. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en discapacidad sensorial en las ocho dimensiones

Entre los expertos en personas con *discapacidad sensorial* (Figura 47), tampoco se dieron diferencias significativas ( $F_{(6)} = 0,390$ ;  $p = ,895$ ) en los coeficientes de acuerdo en las distintas dimensiones. Las mayores coincidencias se observaron en sus valoraciones de los ítems pertenecientes a la dimensión Bienestar material ( $M = ,901$ ) y las mayores discrepancias se dieron en la dimensión de Inclusión social ( $M = ,762$ ). De hecho, todas las medias de concordancia entre jueces para cada dimensión superaron el valor ,750. Si observamos la Figura 47, las mayores discrepancias son aquellas encontradas entre los jueces con respecto a la observabilidad de los ítems de la dimensión Inclusión social ( $B^{W_N} = ,574$ ). Por otro lado, destaca el alto acuerdo mostrado en general por los jueces con respecto a la importancia de los ítems de todas las dimensiones. En lo que a la idoneidad se refiere, también se encuentra un acuerdo muy alto entre los jueces en todas las dimensiones, especialmente en el caso del Bienestar emocional ( $B^{W_N} = ,979$ ).

En el grupo de expertos en *discapacidad física* (Figura 48), mostró en general un mayor acuerdo en los ítems de las dimensiones Autodeterminación ( $M = ,872$ ) y Bienestar físico ( $M = ,829$ ). Las mayores discrepancias, en cambio, se hallaron con respecto a los ítems de las dimensiones Inclusión social ( $M = ,522$ ) y Derechos ( $M = ,606$ ). Las mayores coincidencias con respecto a la idoneidad y la importancia de los ítems se observaron en la dimensión Autodeterminación ( $B^{W_N} = ,976$  y  $B^{W_N} = ,924$ ) y en la dimensión Bienestar físico ( $B^{W_N} = ,782$ ) en cuanto a la observabilidad. Los coeficientes de acuerdo más bajo, como hemos apuntado, se dieron en todos los casos en la dimensión Inclusión social y Derechos ( $B^{W_N} \leq ,689$ ). De hecho, observamos diferencias significativas ( $F_{(6)} = 9,984$ ;  $p = ,000$ ) entre Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. La mayoría de los coeficientes de concordancia podrían calificarse de adecuados, con las excepciones de las dimensiones comentadas, que denotan una concordancia excelente en el caso de la primera dimensión y moderada en las dos últimas.

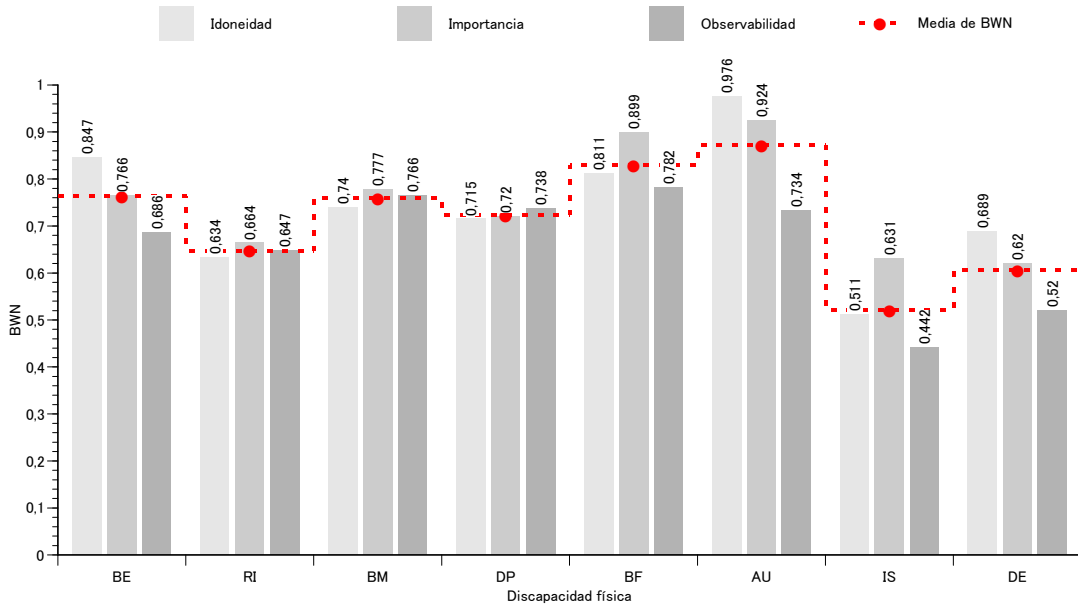


Figura 48. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en discapacidad física en las ocho dimensiones

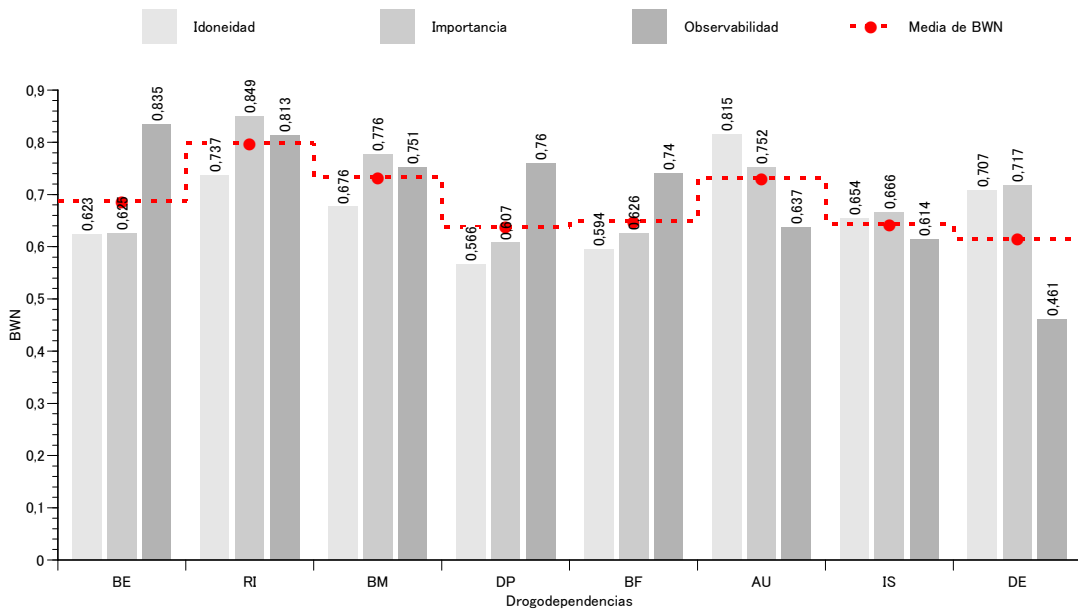


Figura 49. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en drogodependencias en las ocho dimensiones



En el grupo de expertos en *drogodependencias* (Figura 49), aunque no existen diferencias significativas ( $F_{(6)} = 1,289$ ;  $p = ,317$ ), llama la atención las discrepancias mostradas por los jueces en cuanto a sus valoraciones sobre la observabilidad de los ítems pertenecientes a Derechos ( $B^{W_N} = ,461$ ). De hecho, ésta es la dimensión en la que en general los expertos muestran mayores desacuerdos ( $M = ,616$ ), en contraste con la dimensión Relaciones interpersonales en la que la media de los tres coeficientes de concordancia alcanza el valor de ,798. Si analizamos por categorías, el máximo acuerdo alcanzado por los jueces se da en la importancia de los ítems de la dimensión Relaciones interpersonales ( $B^{W_N} = ,849$ ), en la observabilidad de los ítems de ésta dimensión ( $B^{W_N} = ,813$ ) y la de Bienestar emocional ( $B^{W_N} = ,835$ ), y en la idoneidad de los ítems pertenecientes a Autodeterminación ( $B^{W_N} = ,815$ ). Con las excepciones comentadas, los coeficientes de acuerdo encontrados en las dimensiones restantes muestran concordancia entre los jueces adecuada (valores  $> ,600$ ).

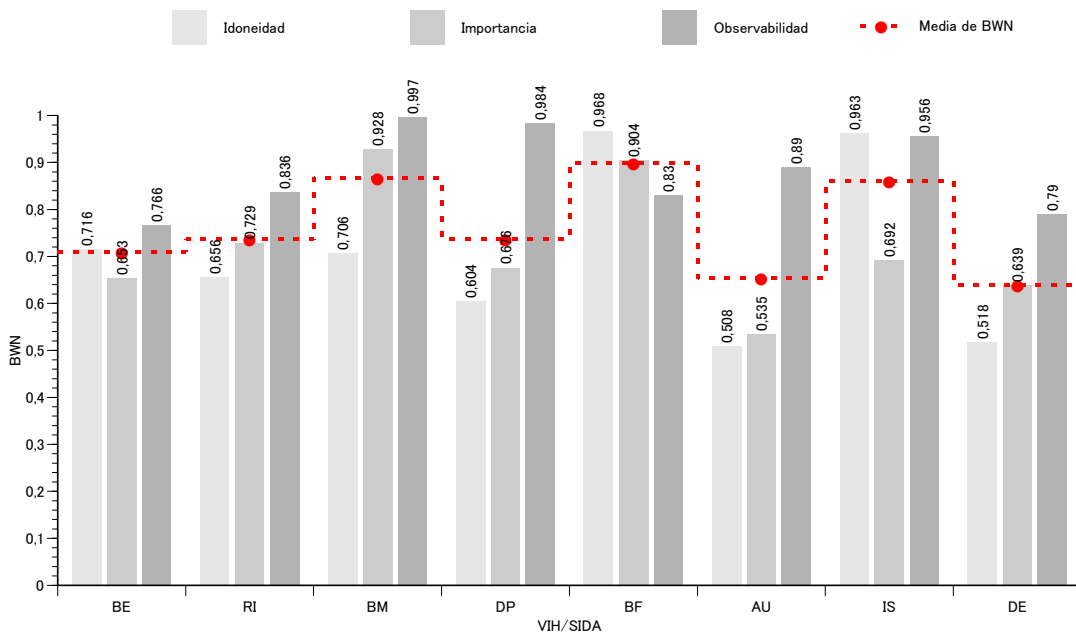


Figura 50. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en VIH/SIDA en las ocho dimensiones

Entre los expertos en *VIH/SIDA* (Figura 50), se encontró un acuerdo excelente con respecto a la observabilidad de los ítems en casi todas las dimensiones, excepto en Bienestar físico e Inclusión social para las que se encontraron mayores coincidencias con respecto a su idoneidad. Aunque no observamos diferencias significativas ( $F_{(6)} = 0,664$ ;  $p = ,699$ ), la dimensión en la que los expertos estuvieron más de acuerdo en líneas generales fue Bienestar físico ( $M = ,899$ ) y Derechos ( $M = ,639$ ) fue la dimensión en la que estuvieron menos de acuerdo. Bienestar material y Desarrollo personal alcanzaron los mayores coeficientes de concordancia en cuanto la observabilidad ( $B^{W_N} = ,997$ ;  $B^{W_N} = ,984$ ) y Bienestar material ( $B^{W_N} = ,928$ ) y Bienestar físico ( $B^{W_N} = ,968$ ) lo hicieron en cuanto a su importancia e idoneidad respectivamente. Cabe destacar que las mayores discrepancias entre los jueces se dieron esta vez en cuanto a la idoneidad de los ítems referidos a Derechos ( $B^{W_N} = ,518$ ) y la importancia de los ítems relacionados con la dimensión Autodeterminación ( $B^{W_N} = ,535$ ). La mayor parte de los acuerdos alcanzados por este grupo de jueces pueden calificarse de moderados.

Entre los expertos en *salud mental* (Figura 51), coincidieron más en cuanto a las valoraciones de los ítems de la dimensión Autodeterminación ( $M = ,868$ ) y Desarrollo personal ( $M = ,802$ ). Sin embargo, la dimensión en la que discreparon más fue Relaciones interpersonales ( $M = ,672$ ). Los coeficientes de concordancia más bajos se dieron en cuanto a la observabilidad de los ítems de Inclusión social y Derechos ( $B^{W_N} = ,444$ ;  $B^{W_N} = ,458$ ). El resto de los coeficientes superaron el valor  $,600$  y, por tanto, podemos hablar de concordancia adecuada entre los jueces, excepto en el caso de la idoneidad e importancia de los ítems de las dimensiones Autodeterminación, Inclusión social, Derechos, Desarrollo personal y la idoneidad de los ítems de Bienestar material ( $B^{W_N} > ,800$ ). Otro aspecto a destacar consiste en que el acuerdo en idoneidad supera en la mayor parte de las dimensiones al observado en importancia, y éste supera al encontrado en observabilidad.

Finalmente, los expertos en *personas mayores* (Figura 52) coincidieron en general más en sus valoraciones sobre Bienestar físico ( $M = ,838$ ) y estuvieron menos de acuerdo con respecto a los ítems pertenecientes a Desarrollo personal ( $M = ,584$ ). La observabilidad fue el aspecto más conflictivo en la mayoría de los casos, con la excepción de los ítems referidos a Bienestar material ( $B^{W_N} = ,878$ ). El mayor grado de acuerdo se observó en sus valoraciones de idoneidad ( $B^{W_N} = ,748$ ) e importancia ( $B^{W_N} = ,724$ ) en Autodeterminación. No obstante, las diferencias entre los grupos de jueces no fueron significativas ( $F_{(6)} = 0,964$ ;  $p$

= ,488) y la mayor parte de los coeficientes de acuerdo pueden catalogarse como moderados.

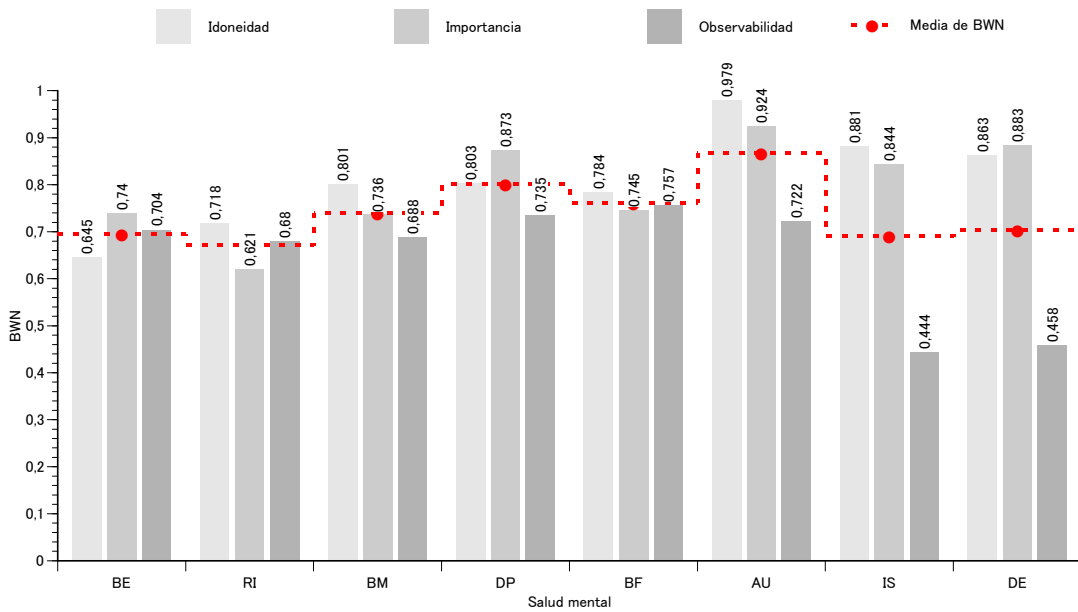


Figura 51. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en salud mental en las ocho dimensiones

capítulo 3: desarrollo de la escala

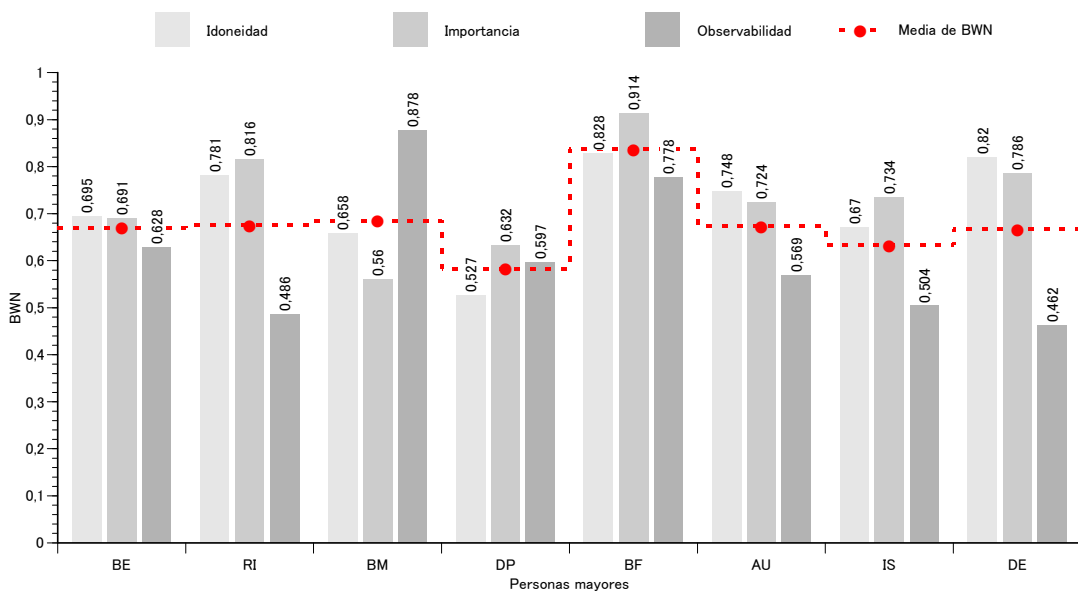


Figura 52. Comparación de los coeficientes de acuerdo obtenidos para los expertos en personas mayores en las ocho dimensiones para idoneidad, importancia y observabilidad

**e) Comparación de la media de los coeficientes de concordancia en idoneidad, importancia y observabilidad por grupos de jueces**

A partir de los coeficientes de concordancia ponderados ( $B^{W_N}$ ) obtenidos para cada uno de los grupos en las ocho dimensiones, calculamos la media de acuerdos obtenida por cada uno de los grupos de expertos en los distintos colectivos en idoneidad, importancia y observabilidad. A partir de estas medias, calculamos la media total del acuerdo para cada uno de los grupos. De este modo, la Figura 53 pone de manifiesto que, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas ( $F_{(6)} = 1,615$ ;  $p = ,215$ ), los mayores coeficientes de concordancia se encontraron entre los expertos en discapacidad sensorial ( $M = ,817$ ) e intelectual ( $M = ,800$ ). Un acuerdo algo menor lograron los expertos en personas mayores ( $M = ,676$ ) y drogodependencias ( $M = ,685$ ). El resto de los grupos mostraron una media de acuerdos superior a ,700. Destaca especialmente la peculiaridad del grupo de expertos en VIH/SIDA con un acuerdo medio muy alto ( $M = ,877$ ) en observabilidad frente a una  $M \approx ,700$  en idoneidad e importancia.

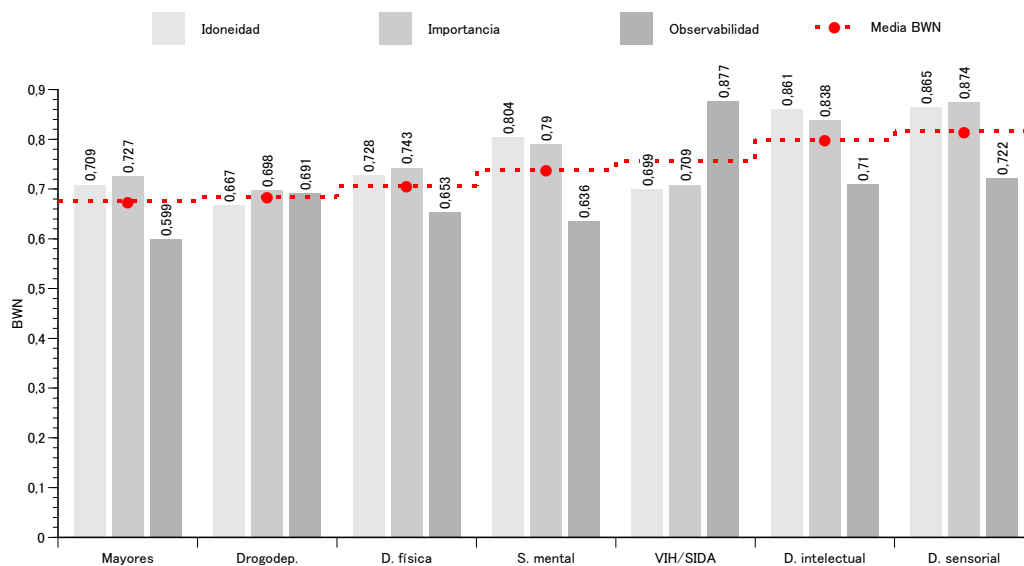


Figura 53. Medias de los BWN para idoneidad, importancia y observabilidad por grupos

**f) Correlaciones entre idoneidad, importancia y observabilidad**

Como se ha podido ir observando en los apartados anteriores, los jueces tendieron a equiparar en gran medida la idoneidad de los ítems con su importancia. La Figura 54 muestra que las correlaciones obtenidas fueron en todos los casos superiores a ,800 ( $p < ,001$ ). En cambio, dichas variables mostraron una relación más débil con la observabilidad, encontrándose correlaciones en torno a ,600 o inferiores ( $p < ,001$ ).

Las correlaciones más altas entre idoneidad e importancia se encontraron en la dimensión Autodeterminación ( $\rho = ,900$ ), Bienestar material ( $\rho = ,890$ ), Desarrollo personal y Derechos ( $\rho = ,890$ ) mientras que las más bajas entre tales categorías y la observabilidad se encontraron en Derechos e Inclusión social. La más baja se encontró en la dimensión Relaciones interpersonales ( $\rho = ,820$ ). En cuanto a las correlaciones más bajas encontradas entre idoneidad e importancia con la variable observabilidad, fue Derechos la que obtuvo las menores correlaciones ( $\rho = ,560$  y  $\rho = ,530$  respectivamente). En cambio, la observabilidad correlacionó altamente ( $\rho = ,850$ ) en el caso de la idoneidad y de forma moderada ( $\rho = ,690$ ) con la importancia. Autodeterminación fue la dimensión que presentó las mayores correlaciones ( $\rho > ,800$ ) entre las tres variables, seguida de Desarrollo personal ( $\rho > ,700$ ).

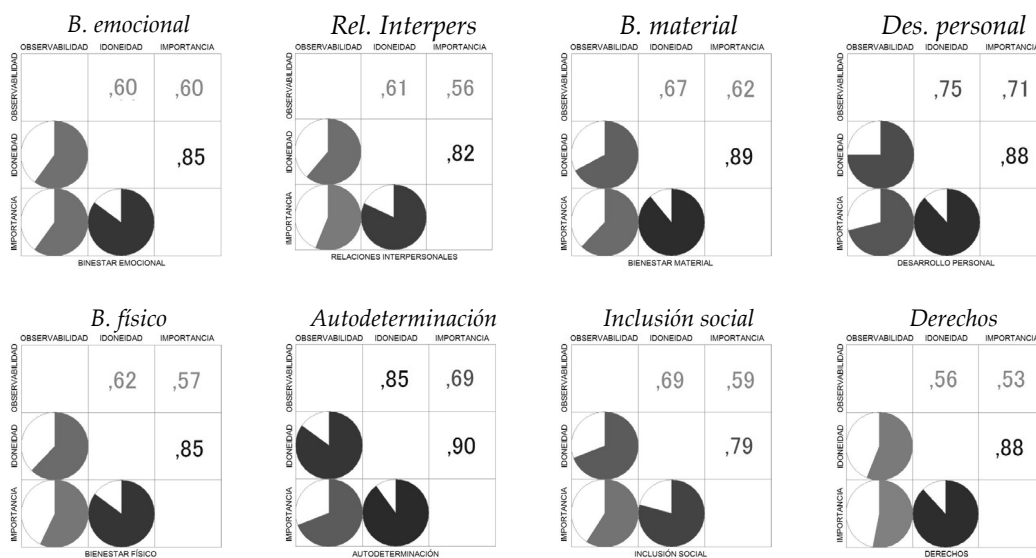


Figura 54. Correlogramas entre las valoraciones de los jueces en idoneidad, importancia y observabilidad por dimensiones

### **g) Comparación de los rangos promedios de los ítems en las dimensiones por grupos de jueces**

Una vez comprobada la concordancia entre los jueces, conocíamos sus acuerdos y discrepancias con respecto a la idoneidad, la importancia y la observabilidad por grupos de jueces en las ocho dimensiones y en la escala total. Sin embargo, desconocíamos aún las puntuaciones otorgadas en cada caso. Por este motivo, el siguiente paso consistió en calcular 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 análisis no paramétrico *Kruskal-Wallis*. Esta prueba es una alternativa a la prueba *F* del análisis de varianza para diseños de clasificación simple. En este caso se comparan varios grupos utilizando la mediana de cada uno de ellos en lugar de la media. Así, la hipótesis a contrastar para los ítems de cada una de las dimensiones fue la siguiente:

**Hipótesis 1** Las medianas de los ítems en los grupos considerados son iguales

Como todos los grupos estaban formados por más de 5 participantes, *H* se distribuye como una  $\chi^2$  con *k* - 1 grados de libertad. A continuación, se presentan las figuras de los rangos de cada ítem por dimensión y especialidad de los expertos para idoneidad, importancia y observabilidad. En las figuras aparecen rodeados con un círculo los ítems en los que se encontraron diferencias significativas ( $p < ,05$ ). Como se puede observar en la Figura 55, los jueces mostraron desacuerdo en la *idoneidad* los 13 ítems señalados en rojo. La Figura 56 muestra que los jueces estuvieron en desacuerdo en cuanto a la *importancia* de 14 ítems. Tal y como se puede apreciar en la Figura 57, los jueces de las diferentes especialidades mostraron desacuerdo en la observabilidad de 4 ítems.

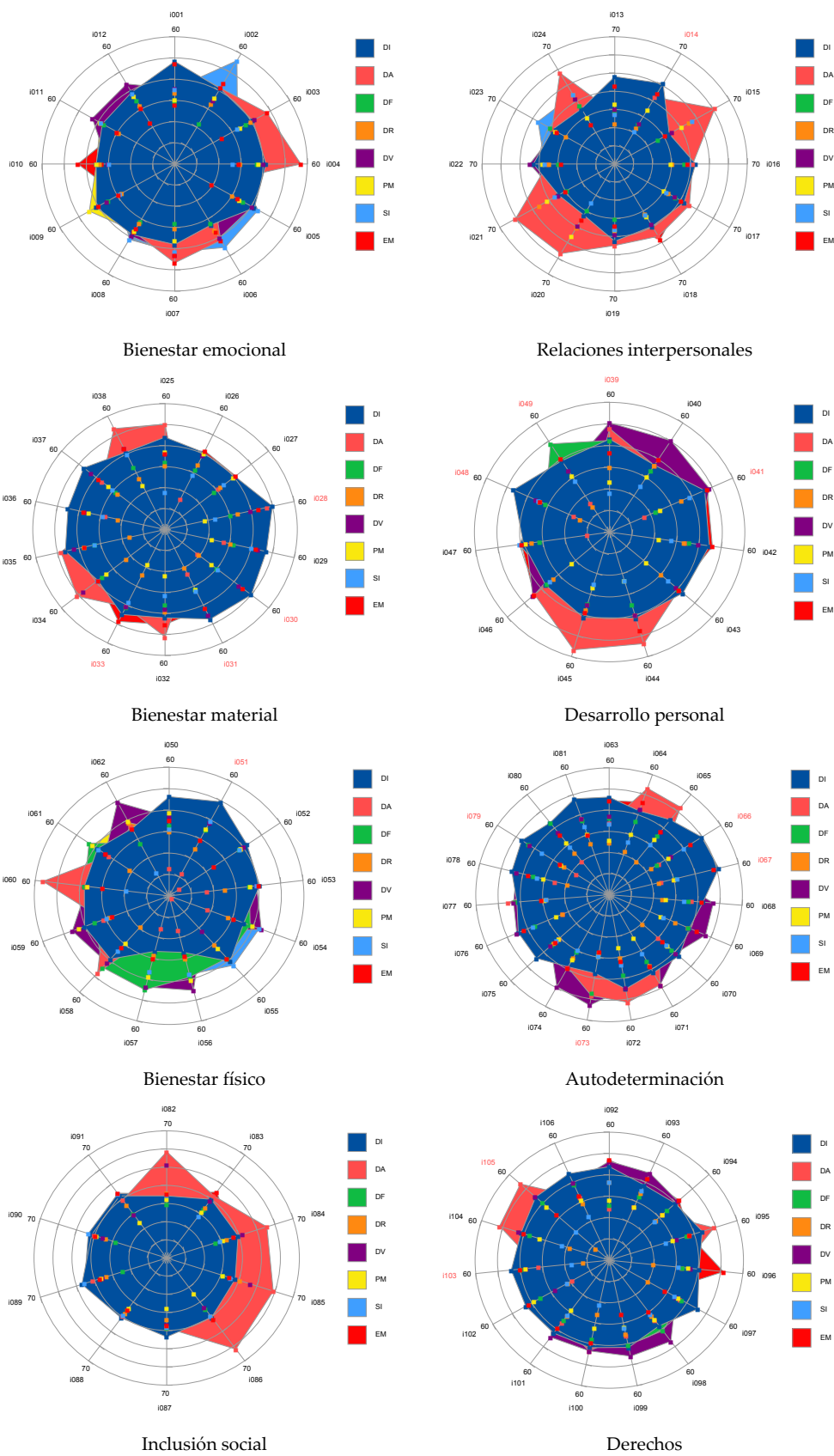
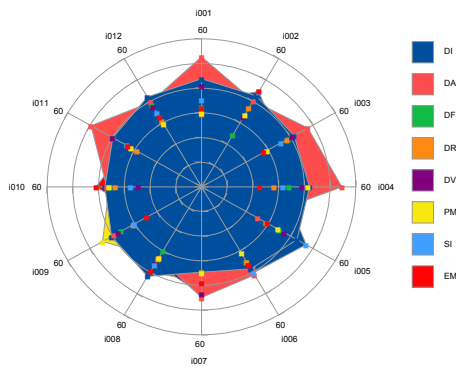
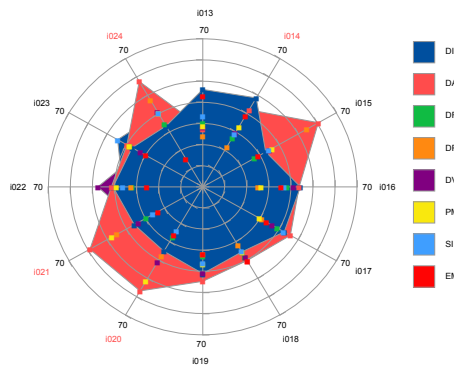


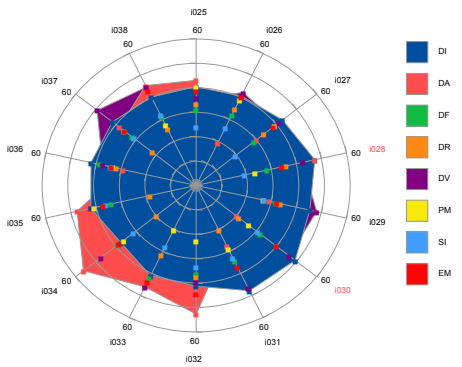
Figura 55. Rangos de las calificaciones de los jueces en idoneidad según especialidad



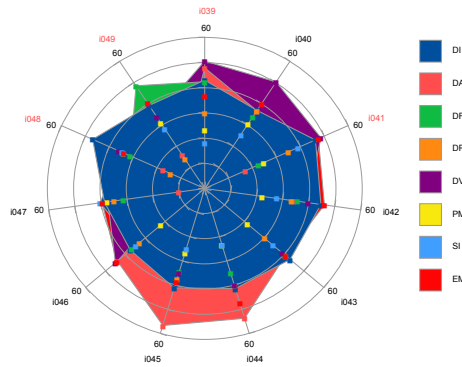
Bienestar emocional



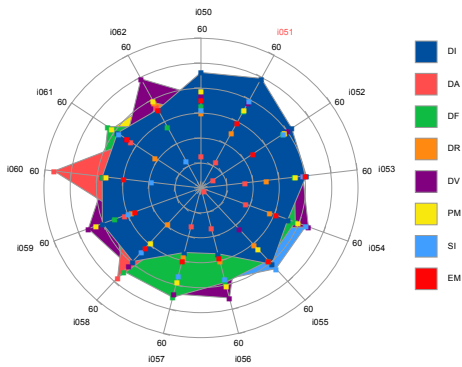
Relaciones interpersonales



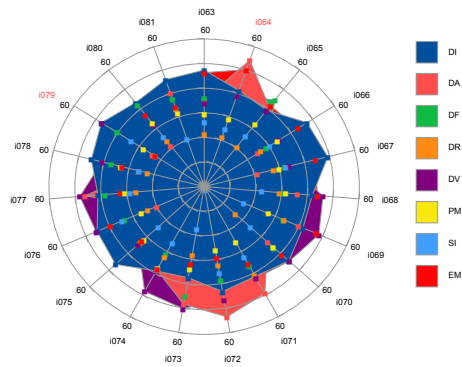
Bienestar material



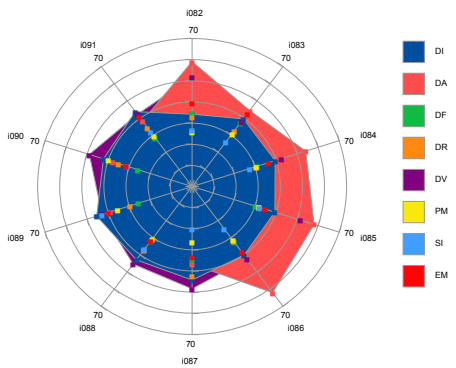
Desarrollo personal



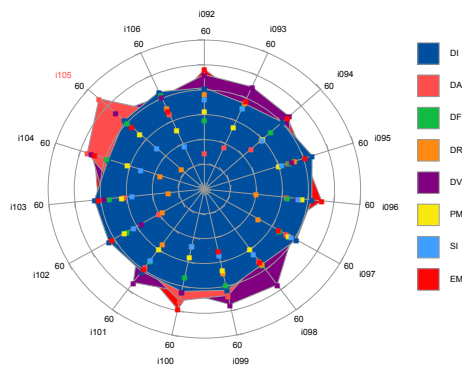
Bienestar físico



Autodeterminación



Inclusión social



Derechos

Figura 56. Rangos de las calificaciones de los jueces en importancia según especialidad



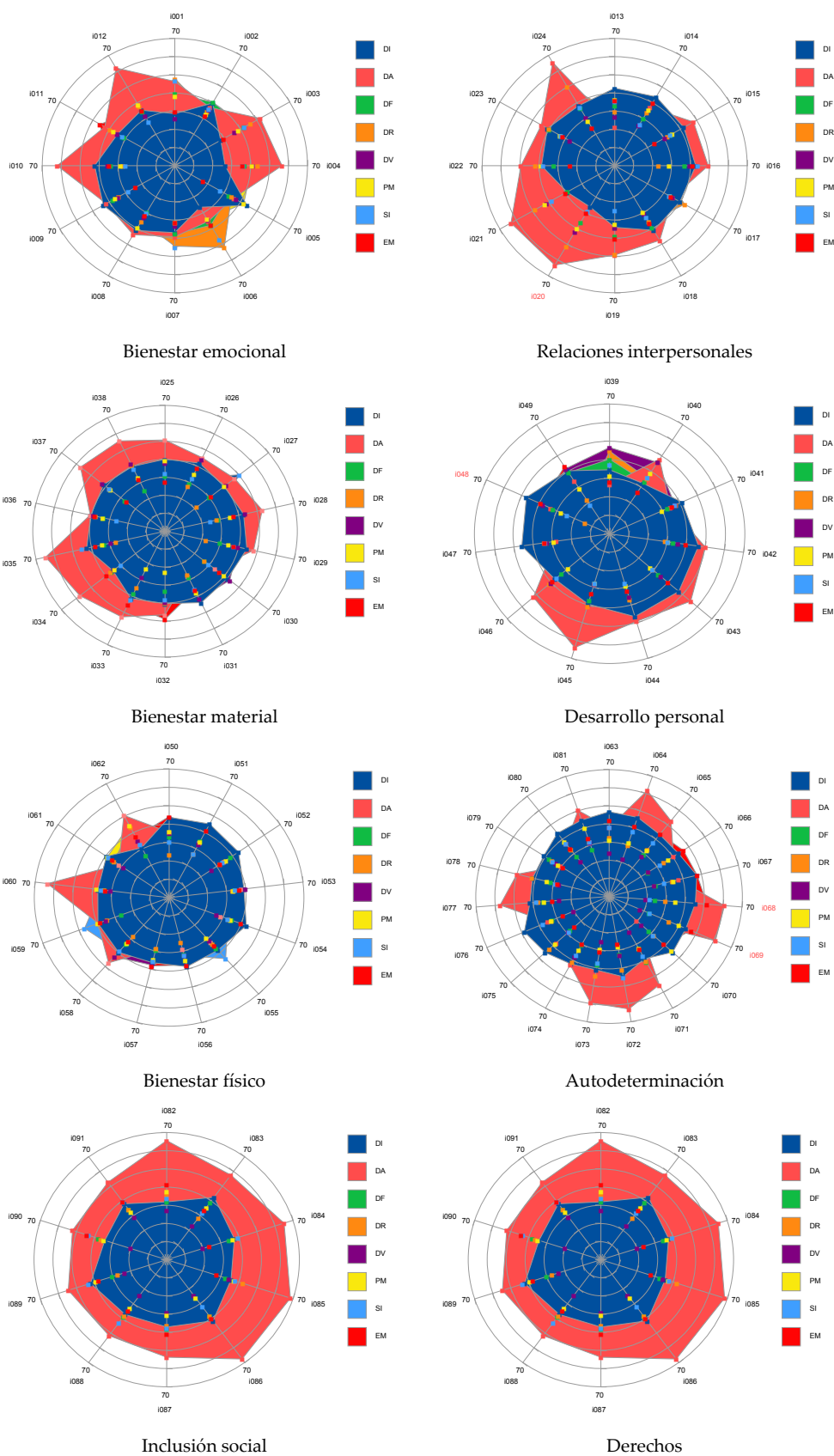


Figura 57. Rangos de las calificaciones de los jueces en observabilidad según especialidad

En resumen, los resultados de estos análisis de concordancia entre los expertos permiten concluir que hubo discrepancias significativas en la valoración de 22 ítems (Tabla 27). Entre ellos, el ítem 48 (*Prepara alimentos sencillos para la merienda o el desayuno*) fue el único en el que los jueces no mostraron acuerdo en ninguno de los criterios. De este modo, si tenemos en cuenta que los ítems valorados por los jueces fueron 106, podemos concluir que hubo acuerdo en cuanto a la idoneidad, la importancia y la observabilidad de 84 ítems, lo que supone acuerdo en el 79,25% del total de ítems (Tabla 28).

Tabla 27. Ítems con diferencias significativas entre los jueces

Ítems	ID	IM	OB	Ítems	ID	IM	OB
i014	✗	✗	✓	i049	✗	✗	✓
i020	✓	✗	✗	i061	✓	✗	✓
i021	✓	✗	✓	i064	✓	✗	✓
i024	✓	✗	✓	i066	✗	✓	✓
i028	✗	✗	✓	i067	✗	✓	✓
i030	✗	✗	✓	i068	✓	✓	✗
i031	✗	✓	✓	i069	✓	✓	✗
i033	✗	✓	✓	i073	✗	✓	✓
i039	✓	✗	✓	i079	✗	✗	✓
i041	✓	✗	✓	i103	✗	✓	✓
i048	✗	✗	✗	i105	✗	✗	✓

Nota. ID = Idoneidad; IM = Importancia; OB = Observabilidad; ✗ = diferencias significativas ( $p < ,05$ ) en las valoraciones de los ítems por parte de los jueces según especialidad. ✓ = ítems que no presentaron diferencias significativas ( $p > ,05$ ) en las valoraciones de los ítems por parte de los jueces según especialidad.

Tabla 28. Diferencias significativas entre jueces

Idoneidad	Importancia	Observabilidad	N Ítems	%
✓	-	-	93	87,74
✓	✓	-	86	81,13
✓	✓	✓	84	79,25
-	✓	-	92	86,79
-	✓	✓	104	98,11
-	-	✓	102	96,23

Nota. ✓ = ítems que no presentaron diferencias significativas ( $p > ,05$ ) en las valoraciones de los ítems por parte de los jueces según especialidad;

### ***h) Calificaciones promedio y eliminación de los ítems***

A fin de salvaguardar la validez de contenido, a la hora de seleccionar los ítems se primó en primer lugar la idoneidad que según los expertos tenía el ítem para medir la dimensión, seguida de la importancia para evaluar la calidad de vida de la persona y, finalmente, la observabilidad. Además, se consideró que debían eliminarse los ítems que mostraran una gran dispersión o mayor grado de desacuerdo global. En consecuencia, se seleccionaron los ítems que cumplieron los requisitos siguientes:

1. Mostrar puntuaciones elevadas en idoneidad e importancia ( $M \geq 8$ ) y poca variabilidad ( $DT < 2,5$ ).
2. Mostrar puntuaciones razonables en observabilidad ( $M > 6$ ) y poca variabilidad ( $DT < 3$ ).

A continuación se presentan, para cada una de las dimensiones, las puntuaciones promedio otorgadas por los 73 jueces a cada ítem en idoneidad, importancia y observabilidad (Figura 58). 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.

Los ítems que no cumplieron los criterios fueron 20 (18,86% del total) y, por tanto, fueron eliminados. Concretando para cada una de las dimensiones, cinco pertenecían a la dimensión Bienestar emocional, tres a Relaciones interpersonales, cinco a Bienestar material, cuatro a Desarrollo personal, dos a Bienestar físico y uno a Derechos. Todos los ítems pertenecientes a Autodeterminación e Inclusión social cumplieron los criterios.

En las Tablas 29 y 30, se observa que 15 ítems no cumplieron los criterios establecidos para la idoneidad y 16 no lo hicieron en cuanto a la importancia. Solo 2 ítems no cumplieron los criterios para observabilidad y, sin embargo, sí cumplieron los de importancia e idoneidad. En conclusión, el resultado del análisis de jueces fueron 86 ítems válidos (el 81,13% del total).

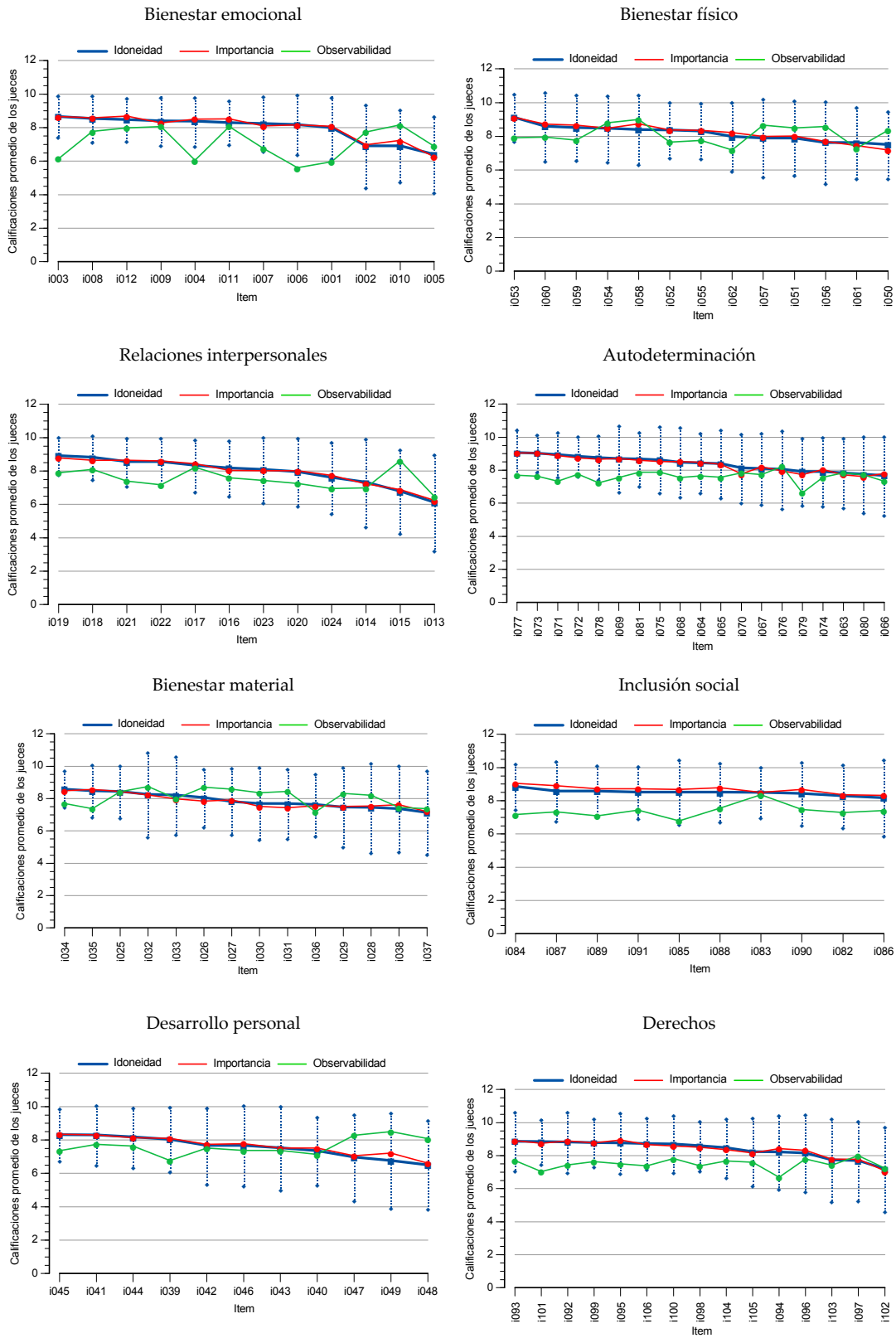


Figura 58. Puntuaciones promedio de los jueces a los ítems por ítems

Tabla 29. Ítems eliminados según los promedios y dispersiones de los ítems

Ítems	ID	IM	OB	Ítems	ID	IM	OB
i001	✓	✓	✗	i032	✗	✗	✓
i002	✗	✗	✓	i037	✗	✗	✓
i005	✗	✗	✓	i038	✗	✓	✓
i006	✓	✓	✗	i040	✗	✓	✓
i010	✗	✗	✓	i047	✗	✗	✓
i013	✗	✗	✓	i048	✗	✗	✓
i014	✗	✗	✓	i049	✗	✗	✓
i015	✗	✗	✓	i050	✓	✗	✓
i028	✗	✗	✓	i061	✓	✗	✓
i031	✓	✗	✓	i102	✗	✗	✓

Nota. ID = Idoneidad; IM = Importancia; OB = Observabilidad; ✗ = diferencias significativas ( $p < ,05$ ) en las valoraciones de los ítems por parte de los jueces según especialidad. ✓ = ítems que no presentaron diferencias significativas ( $p > ,05$ ) en las valoraciones de los ítems por parte de los jueces según especialidad.

Tabla 30. Número de ítems seleccionados según los promedios y dispersiones de los ítems

Idoneidad	Importancia	Observabilidad	N Ítems	%
✓	-	-	91	85,85
✓	✓	-	88	83,02
✓	✓	✓	86	81,13
-	✓	-	90	84,91
-	✓	✓	88	83,02
-	-	✓	104	98,11

Nota. ✓ = ítems que no presentaron diferencias significativas ( $p > ,05$ ) en las valoraciones de los ítems por parte de los jueces según especialidad.

### ***i) Selección de los ítems más adecuados***

Una vez reducido el *pool* de ítems a los 86 con mejores rangos promedios y menor variabilidad en las tres variables (idoneidad, importancia y observabilidad), el equipo de investigación realizó una nueva revisión cualitativa de los ítems seleccionados y los ítems eliminados. A continuación, se resumen las decisiones tomadas por el equipo de investigación por dimensiones.

La dimensión *Bienestar emocional* quedó compuesta por tres indicadores en lugar de cuatro. En la consulta a jueces, se comprobó que existían dificultades para distinguir '*Estabilidad emocional*' y '*Ausencia de estrés/sentimientos negativos*'. Por ello, se decidió fusionar ambos en un nuevo indicador y denominarlo '*Ausencia de estrés sentimientos/negativos*' por ser más coherente con la literatura. En cuanto a los ítems, se seleccionaron los siete que los jueces consideraron válidos. Además se decidió incluir el ítem 10 ('*Tiene problemas de comportamiento*'), eliminado por el análisis de concordancia entre jueces al no cumplir los criterios de idoneidad e importancia. Se hizo esta excepción en este caso, dado que se trata de un ítem de especial relevancia según la experiencia, ampliamente utilizado en instrumentos de evaluación y considerado tradicionalmente como un indicador objetivo de bienestar emocional. De este modo, la dimensión quedó compuesta por ocho ítems, todos ellos referidos al microsistema.

En la dimensión *Relaciones interpersonales*, se mantuvieron los cinco indicadores. De los nueve ítems válidos según el análisis de jueces, se eligieron los ocho más idóneos, de los cuales solo uno se refería al mesosistema.

La dimensión *Bienestar material* quedó compuesta por cinco indicadores en lugar de siete. Tras el análisis de jueces se eliminaron los indicadores '*Condiciones del servicio*' y '*Empleo*' (este último se incluyó en la dimensión Desarrollo personal). En cuanto a los ítems se seleccionaron los ocho más idóneos de los nueve válidos según los expertos. Cinco de ellos evaluaban calidad de vida en el nivel del mesosistema y tres en el nivel del microsistema.

Con respecto a *Desarrollo personal*, se eliminaron los indicadores '*Actividades de la vida diaria*' (que pasó a formar parte de la dimensión Bienestar físico) y '*Educación*' (que se fusionó con el indicador '*Oportunidades de aprendizaje*'). Sin embargo, como se ha apuntado antes, se incluyó el indicador '*Empleo*'. De este modo, la dimensión quedó compuesta por cuatro indicadores ('*Empleo*', '*Oportunidades de aprendizaje*', '*Habilidades funcionales*', '*Habilidades relacionadas con el trabajo*'). Seis ítems válidos según los jueces fueron seleccionados para la escala inicial, de los cuales dos se referían al mesosistema y cuatro al microsistema.

La dimensión *Bienestar físico* quedó compuesta por los indicadores '*Atención sanitaria*', '*Consecuencias de la salud*', '*Sueño*', '*Acceso a ayudas técnicas*' y '*Actividades de la vida diaria*' (que fue añadido). Se eliminaron los indicadores '*Salud general*' y '*Movilidad*'. Entre los 10 ítems válidos según los jueces, se seleccionaron de nuevo los seis más idóneos, todos ellos referidos al microsistema.

*Autodeterminación* quedó compuesta por los cuatro indicadores incluidos inicialmente ('*Metas y preferencias personales*', '*Autonomía*', '*Decisiones*' y '*Elecciones*'). Como todos los ítems resultaron válidos según los jueces, se seleccionaron los ocho más idóneos y que a nuestro juicio eran más sensibles a cambios organizacionales. Solo dos estaban referidos al mesosistema.

El caso de la dimensión *Inclusión social* fue especial. Se mantuvieron los tres indicadores considerados inicialmente ('*Participación*', '*Integración*' y '*Apoyos*'). Sin embargo, pese a que todos los ítems resultaron válidos en la consulta a jueces, se seleccionaron solo tres, dos referidos al mesosistema y uno referido al microsistema. El motivo para seleccionar tan solo tres fue que los jueces –y el equipo de investigación estuvo de acuerdo con ello– opinaron que los ítems eran demasiado generales y debían concretarse más. Por ello, se decidió recoger sus aportaciones e incluir algunos de los ítems que sugirieron, teniendo en cuenta que la mayoría eran reformulaciones de los existentes más que ítems nuevos.

Finalmente, la dimensión *Derechos* quedó compuesta por los cinco indicadores '*Conocimiento de derechos*', '*Defensa de derechos*', '*Ejercer derechos*', '*Intimidad*' y '*Respeto*'. De los ítems válidos, se seleccionaron los ocho más idóneos para medir la dimensión y más sensibles a cambios organizacionales. Cuatro se referían al mesosistema y los otros cuatro al microsistema.

De este modo, se seleccionaron los 34 indicadores y los 55 ítems más adecuados según las puntuaciones otorgadas por los jueces y los más sensibles al cambio por medio de estrategias organizacionales o planes de atención e intervención. El siguiente paso consistió en analizar de una forma más exhaustiva los ítems e indicadores nuevos propuestos por los expertos.

### j) Inclusión de nuevos ítems e indicadores propuestos por los jueces

Con respecto a los ítems e indicadores que propusieron los jueces, en primer lugar se hizo un recuento de todos ellos. Como se muestra en la Figura 59, se propusieron un total de 97 ítems y 17 indicadores nuevos. La dimensión para la que hubo mayor número de aportaciones fue la de Bienestar material, con 15 ítems.

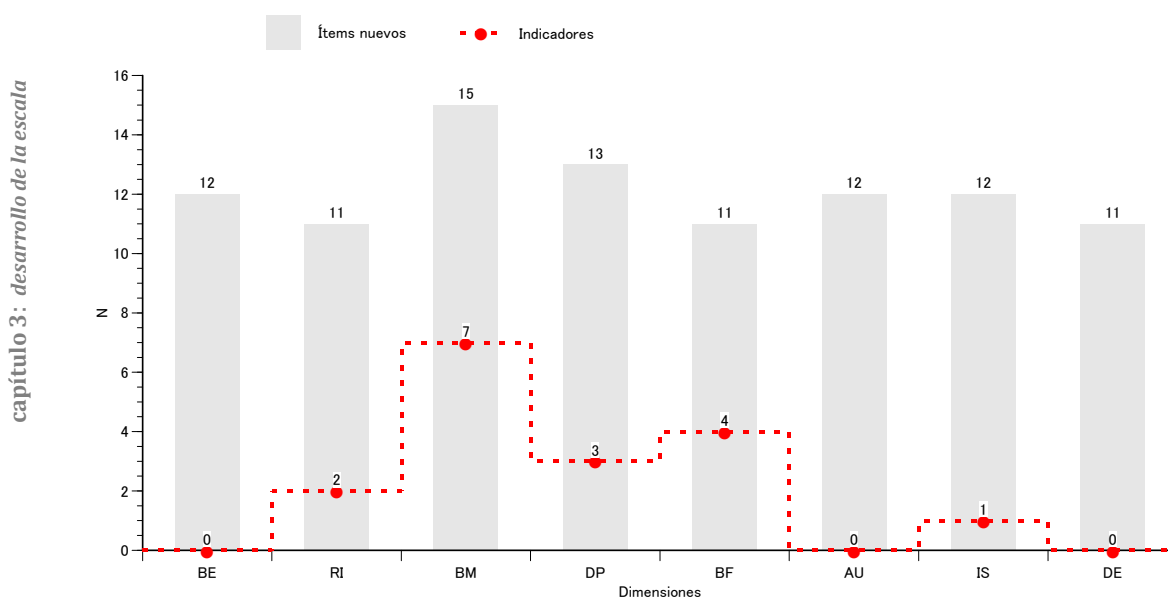


Figura 59. Ítems e indicadores nuevos propuestos por los jueces

Se realizó una revisión exhaustiva de todos los ítems propuestos y se seleccionaron aquellos que se consideraron más adecuados. Los criterios que se tuvieron en cuenta para hacer dicha selección fueron: (a) el número de jueces que proponían el ítem; (b) el apoyo teórico sobre la pertenencia del ítem a la dimensión asignada; (c) la certeza de que no hubiera ítems similares incluidos ya en la versión inicial de la escala; (d) la aplicabilidad a todos los colectivos implicados en la evaluación; (e) la influencia en la calidad de vida de la persona; y (f) la posibilidad de intervención desde las organizaciones en la actividad implicada en el ítem para mejorar la calidad de vida de la persona.



Mediante los criterios anteriores, se seleccionaron nueve ítems. Entre ellos, dos referidos a Bienestar emocional, dos a Bienestar físico y cinco a Inclusión social. Del mismo modo, se seleccionaron cuatro indicadores: ‘Limitaciones/capacidades’ y ‘Nuevas tecnologías’ para medir Desarrollo personal, ‘Alimentación’ en Bienestar físico y ‘Accesibilidad’ en Inclusión social.

### 3. 3. 3. Versión inicial de la Escala GENCAT

En resumen, del *pool* inicial se seleccionaron 55 ítems y 34 indicadores. A continuación, se añadieron 9 ítems y 4 indicadores propuestos por los jueces. De este modo, la versión inicial de la escala quedó compuesta por 64 ítems y 38 indicadores (ver Tablas 31-38).

Tabla 31. Ítems de la dimensión Bienestar emocional de la escala inicial

N	Indicadores	Contenido de los ítems
i01	Satisfacción	Se muestra satisfecho consigo mismo
i02		En general, se muestra satisfecho con su vida
i03	Autoconcepto	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad
i04	Ausencia de estrés/ sentimientos negativos	Se muestra desmotivado, sin ganas de hacer nada
i05		Suele estar alegre y de buen humor
i06		Tiene problemas de comportamiento
i07		Presenta síntomas de ansiedad
i08		Presenta síntomas de depresión

Tabla 32. Ítems de la dimensión Relaciones interpersonales de la escala inicial

N	Indicadores	Contenido de los ítems
i09	Relaciones Sociales	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo (o de servicio)
i10	Tiene amigos claramente identificados	Realiza actividades que le gustan con otras personas
i11		Tiene amigos estables
i12	Relaciones familiares	Mantiene una buena relación con su familia
i13		Manifiesta que es valorado por su familia
i14	Contactos sociales positivos y gratificantes	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él
i15		Valora positivamente sus relaciones de amistad
i16	Relaciones de pareja	Tiene pareja o tiene posibilidades de tenerla si quisiera

Tabla 33. Ítems de la dimensión Bienestar material de la escala inicial

N	Indicadores	Contenido de los ítems
i17	Vivienda	El lugar donde vive es confortable
i18		El lugar donde vive es limpio
i19		El lugar donde vive es saludable (libre de ruidos, humos...)
i20		Se muestra satisfecho con el lugar donde vive
i21	Lugar de trabajo	El lugar donde trabaja cumple con las normas de higiene
i22	Salario	Su trabajo está bien remunerado
i23	Posesiones	Dispone de las cosas materiales que necesita
i24	Ingresos/ahorros	Sus ingresos son insuficientes para permitirle ahorrar

Tabla 34. Ítems de la dimensión Desarrollo personal de la escala inicial

N	Indicadores	Contenido de los ítems
i25	Limitaciones/ capacidades	Participa en la elaboración de su programa individual
i26	Nuevas Tecnologías	Maneja nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.)
i27	Oportunidades de aprendizaje	El servicio al que acude favorece su desarrollo personal y aprendizaje de nuevas habilidades
i28		El trabajo que desempeña le permite aprender cosas nuevas
i29	Habilidades relac. con el trabajo	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable
i30	Habilidades funcionales	Resuelve con eficacia los problemas que se le plantean
i31		Se adapta a las situaciones que se le presentan
32	Empleo	Se muestra motivado en su trabajo y/o en las actividades cotidianas que realiza

Tabla 35. Ítems de la dimensión Bienestar físico de la escala inicial

N	Indicadores	Contenido de los ítems
i33	Atención Sanitaria	Tiene fácil acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.)
i34	Sueño	Tiene problemas de sueño
i35	Salud Consecuencias	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar
i36		La medicación que toma le dificulta la realización de ciertas actividades
i37		Su estado de salud le permite llevar una actividad normal
i38	Actividades de la vida diaria	Desempeña correctamente las tareas de aseo personal
i39	Acceso a ayudas técnicas	Dispone de ayudas técnicas si las necesita
i40	Alimentación	Tiene hábitos de alimentación saludables

Tabla 36. Ítems de la dimensión Autodeterminación de la escala inicial

N	Indicadores	Contenido de los ítems
i41	Metas preferencias	En el servicio al que acude le preguntan por sus preferencias
i42		Tiene metas, objetivos e intereses personales
i43		Defiende sus ideas y opiniones
i44	Decisiones	Otras personas deciden sobre su vida personal
i45		Toma sus propias decisiones
i46		Decide en qué quiere gastar su dinero
i47	Autonomía	Organiza su propia vida
i48	Elecciones	Elige cómo pasar su tiempo libre

Tabla 37. Ítems de la dimensión Inclusión social de la escala inicial

N	Indicadores	Contenido de los ítems
i49	Integración	Es rechazado/discriminado por los demás
i50		Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio
i51	Participación	Utiliza entornos de ocio normalizados (piscinas públicas, cines...)
i52		En el servicio al que acude se fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad
i53	Accesibilidad	Existen barreras físicas que dificultan su integración social
i54	Apoyos	Su familia le da apoyo cuando lo necesita
i55		Cuenta con los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad
i56		Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita

Tabla 38. Ítems de la dimensión Derechos de la escala inicial

N	Indicadores	Contenido de los ítems
i57	Defensa derechos	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos
i58		Defiende sus derechos cuando no son respetados
i59	Intimidad	En el servicio al que acude se respeta su intimidad
i60		Su familia respeta su intimidad
i61	Respeto	En su entorno es tratado con respeto
i62		En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad
i63	Conocimiento de derechos	Conoce sus derechos fundamentales como ciudadano
i64	Ejerce derechos	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)

### 3.3.4. Consulta a Grupos de Discusión

#### 3.3.4.1. Objetivo

Si recordamos los requisitos, enumerados al principio de este capítulo, que debía cumplir la Escala GENCAT, el tercero y el cuarto hacían referencia a la necesidad de reflejar tanto las características *etic* o universales del concepto de calidad de vida como las características *emic* que pudieran ser específicas a la cultura catalana. Por ello, el siguiente objetivo consistió en validar los ítems e indicadores por parte de las personas implicadas en los servicios sociales proporcionados por el ICASS en Cataluña (propiedades *etic*) y por todos los grupos o colectivos a los que estaba dirigida la escala (propiedades *emic*). Este objetivo general, se concretó en los siguientes objetivos específicos:

1. Comprobar que los ítems e indicadores eran válidos según los usuarios de servicios sociales de Cataluña, sus familiares y los profesionales que trabajaban con ellos (características *emic*).
2. Comprobar que los ítems e indicadores eran idóneos, importantes y observables según todos los colectivos implicados en la evaluación (características *etic*).
3. Determinar si había ítems e indicadores relevantes que no estuvieran considerados en la escala inicial.
4. Comprobar si existían ítems que con una formulación inadecuada o imprecisa.

#### 3.3.4.2. Participantes

Se llevaron a cabo cinco sesiones de grupos de discusión (*focus groups*). Todos fueron moderados por un miembro del INICO. Cada grupo estuvo formado por varios usuarios, familiares y profesionales de servicios sociales. Aunque se trató que los grupos estuvieran compuestos por entre 9 y 12 participantes, finalmente quedaron integrados por entre 7 y 14 personas. Participó un total de 54 personas; entre ellas, 10 usuarios, 11 familiares y 33 profesionales (Figura 60).

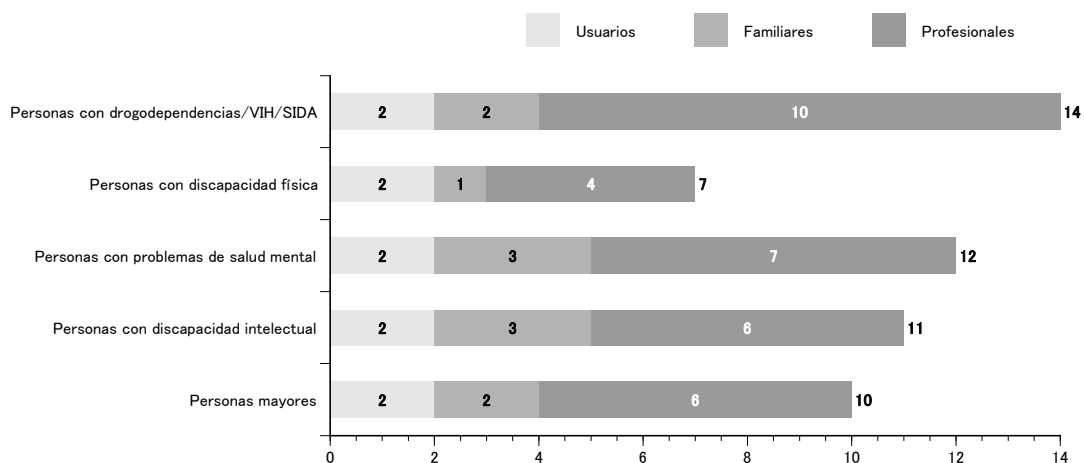


Figura 60. Distribución de los participantes en los grupos de discusión

Pese a que se contó con personas sustitutas en el caso de que algún participante no pudiera acudir a la sesión de grupos focales, el grupo sobre discapacidad física quedó compuesto por tan sólo 7 participantes. No hubo forma de solicitar la participación a las personas sustitutas dado que las 10 convocadas confirmaron su asistencia y, sin embargo, llegado el momento, tres de ellas no acudieron.

Con respecto al grupo de personas con drogodependencias y personas con VIH/SIDA, se hizo una excepción. Por motivos administrativos no fue posible llevar a cabo dos grupos de discusión diferenciados con los respectivos colectivos. Por ello, se decidió juntarlos en uno solo.

Finalmente, cabe señalar que no se organizó ningún grupo de discusión sobre el colectivo de personas con discapacidad sensorial –incluido en la consulta a jueces expertos– dada la dificultad de acceder a esta población. Desde el ICASS, no se encontró ninguna asociación o entidad dedicada exclusivamente a estos colectivos, por lo que fue imposible realizar el contacto.

### 3.3.4.3. Procedimiento

Los participantes fueron seleccionados y convocados por el ICASS. Las sesiones de grupos de discusión se celebraron en el Palau del Mar (Barcelona) en el mes de abril de 2007. La duración de las sesiones fue de dos horas.

Con el fin de sistematizar en la medida de lo posible tanto los procesos de discusión de los grupos focales como la información recogida, se concertó una reunión con los moderadores en la que se les explicaron las pautas necesarias para llevar a cabo la tarea y se les proporcionó una 'Guía de Discusión'. Este documento resumía la información esencial sobre los procesos de grupos focales y sobre su papel como moderador. Además, incluía las hojas de registro que debían completar durante la sesión (vid. *Apéndice B*).

Se decidió que la discusión debía realizarse dimensión por dimensión. Dentro de cada una de las dimensiones, cada uno de los ítems e indicadores debían ser sometidos a discusión. De este modo, para cada uno de los ítems e indicadores, las preguntas estímulo fueron:

1. ¿Considera que el indicador/ítem afecta a la calidad de vida de este colectivo?
2. ¿Considera que medir ese indicador/ítem es importante para este colectivo?
3. ¿Cree que los ítems que miden este indicador son observables por un evaluador externo?
4. ¿Piensa que falta algún indicador/ítem importante para medir esta dimensión?

Una vez finalizada la sesión de grupos focales, se recogieron las hojas de registro completadas por los moderadores. A continuación, se analizó la información para cada uno de los grupos.

### 3.3.4.4. Resultados

Se realizó un análisis cualitativo de la información obtenida en las sesiones de grupos de discusión. De dicho análisis, se obtuvieron las conclusiones que se enumeran a continuación.

1. Ninguno de los ítems fue considerado inadecuado por los colectivos involucrados en los grupos focales. Todos ellos, sin excepción, fueron valorados como idóneos, importantes y observables.
2. Varios ítems fueron reformulados o matizados. De hecho, se puede concluir que la mayor aportación de los grupos focales fue la reformulación de varios ítems, o de la inclusión de aclaraciones o notas en algunos ítems de la escala. Las reformulaciones y aclaraciones estuvieron siempre dirigidas a dotar de mayor concreción al contenido del ítem y garantizar que fueran aplicables a todas las personas.
3. Se propuso un número muy reducido de ítems ( $N = 11$ ) y ninguno de ellos era específico de un colectivo, sino aplicable a cualquier usuario de servicios sociales.

De este modo, se mantuvieron los 64 ítems que componían la versión inicial de la Escala GENCAT y se incluyeron cinco nuevos propuestos por los grupos focales –aquellos que el equipo de investigación consideró más adecuados– (Tabla 39). En cuanto a los indicadores, sólo se incluyó ‘Sexualidad’, referido a la dimensión Relaciones interpersonales.

Tabla 39. Ítems propuestos por grupos focales y seleccionados para la versión piloto

Dimensión	Indicador	Ítem
Relaciones interpersonales	Relaciones sociales	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya
	Sexualidad	Tiene una vida sexual satisfactoria
Derechos	Intimidación	En el servicio al que acude se respeta la privacidad de la información
	Defensa de derechos	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos
Autodeterminación	Elecciones	Elige con quién vivir

### 3. 3. 5. Versión piloto de la Escala GENCAT

Mediante el proceso descrito a lo largo de este capítulo se llegó a la versión piloto de la Escala GENCAT. El instrumento quedó compuesto por 69 ítems –los 64 incluidos en la versión inicial más los cinco seleccionados tras los grupos focales. Esta versión constituyó la versión en español de la Escala GENCAT (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009), que puede consultarse en el *Apéndice D*.

### 3. 3. 6. Traducción de la escala al catalán

Puesto que la aplicación se iba a llevar a cabo en Cataluña, el siguiente paso lógico consistió en traducir la versión piloto de la escala al catalán. Durante todo el proceso de desarrollo y traducción de la Escala GENCAT se tuvieron presentes las directrices para la adaptación y traducción propuestas por la Comisión Internacional de Tests ('International Tests Commission', ITC) (Bartram, 2001; Hambleton, 1993, 1994, 1996; Muñiz y Hambleton, 1996; van de Vyjver y Hambleton, 1996) y por la Sociedad Internacional de Medidas de Calidad de Vida ('International Quality of Life Assessment Project', IQOLA) (Aaronson et al., 1992). Cabe señalar que en este caso no se trataba propiamente de una adaptación de un test, sino más bien de una mera traducción, pues el desarrollo de la Escala GENCAT se llevó a cabo desde el primer momento con el objetivo de aplicarse a población catalana. Es más, como se ha descrito en los apartados anteriores, todos los ítems fueron validados por usuarios de servicios sociales, familiares, profesionales y expertos de Cataluña. Además, como señalan Serra y Herdman (2001), en el caso de adaptaciones de versiones a territorios donde existen varias lenguas oficiales, como ocurre en Cataluña, no es necesario que el procedimiento a seguir sea tan riguroso. Por ejemplo, puede ser suficiente realizar una sola traducción al catalán y no realizar la traducción inversa cuando la versión original se ha desarrollado en España y en castellano (especialmente cuando la mayoría del equipo investigador es bilingüe en catalán y castellano y, por tanto, son capaces de detectar diferencias de significado o aceptabilidad entre ambas versiones). No obstante, a pesar de que en nuestro caso también contábamos con varias personas bilingües en el equipo, se optó por seguir una metodología rigurosa que cumpliera con los requisitos de la mejor práctica de traducción. Por ello, se llevaron a cabo dos traducciones, dos traducciones inversas, un comité experto y una prueba pretest (Figura 61).



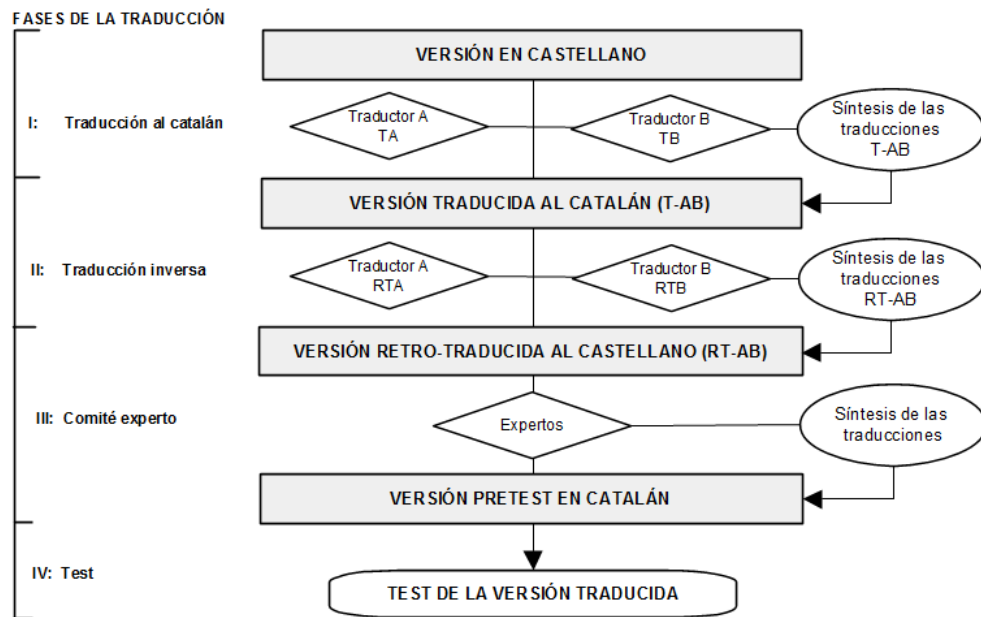


Figura 61. Proceso de traducción de la Escala GENCAT

### 3.3.6.1. Traducción al catalán

Se realizaron dos traducciones del instrumento desde el castellano al catalán. Ambas traducciones fueron llevadas a cabo por dos traductores bilingües, cuya lengua materna era el catalán. Se instó a ambos traductores para que reflejaran los matices del idioma, el contenido de los ítems, las opciones de respuesta y las instrucciones. El objetivo de la traducción fue que los ítems fueran equivalentes palabra a palabra (lingüísticamente), y concepto a concepto (semánticamente), que las expresiones utilizadas fueran aceptables y culturalmente relevantes.

Las traducciones se compararon con el objetivo de reflejar las discrepancias existentes entre ellas y poner de manifiesto las palabras más ambiguas. Trabajando desde el cuestionario original al mismo tiempo que desde la versión del primer traductor (TA) y la versión del segundo (TB), se realizó una síntesis produciendo una traducción común (T-AB).

### 3.3.6.2. Traducción inversa

Se denomina traducción inversa o retro-traducción al proceso de traducción del test desde el idioma objetivo al idioma original. A partir de la versión *T-AB* (síntesis de las dos versiones traducidas al catalán), dos miembros del INICO realizaron dos traducciones independientes al castellano (*RTA* y *RTB*). Ambos traductores tenían como lengua materna el castellano, pero dominaban el catalán. Ninguno de ellos estaba informado de los conceptos investigados ni conocía la versión original.

La finalidad era comparar las traducciones inversas con la versión original para detectar diferencias o discrepancias entre ambas versiones. Se pretendía así evitar sesgos y descubrir significados inesperados de los ítems. La retro-traducción puede convertirse de hecho en un tipo de comprobación de la validez, puesto que pone de relieve inconsistencias o errores conceptuales en la traducción.

### 3.3.6.3. Comité experto

La composición del comité experto constó de un metodólogo, dos expertos en calidad de vida, dos profesionales de idiomas y los dos retro-traductores. Además se mantuvo un estrecho contacto con los traductores al catalán durante todo el proceso.

El rol del comité de expertos fue desarrollar la versión traducida del cuestionario para el trabajo de campo. Para ello, el comité revisó todas las traducciones y retro-traducciones. Tras un proceso de discusión, se llegó a un consenso sobre las discrepancias y se aseguró el logro de la equivalencia entre el cuestionario original y la versión traducida en las siguientes áreas:

1. *Equivalencia semántica*: se aseguró que las palabras significaran lo mismo, no hubiera múltiples significados en un ítem dado y no existieran dificultades gramaticales en la traducción.
2. *Equivalencia idiomática*: se prestó especial atención a expresiones coloquiales y modismos.

3. *Equivalencia conceptual*: se prestó atención a que las palabras utilizadas tuvieran el mismo significado en ambos idiomas.

Cabe decir que, puesto que en esta investigación todos los ítems habían sido reformulados siguiendo las recomendaciones aportadas en los grupos focales –recuérdese que todos los participantes eran de Cataluña–, muchos de estos aspectos estaban asegurados ya de antemano.

Tras analizar toda la información, el comité de expertos no encontró ninguna discrepancia significativa entre las versiones, siendo todas ellas muy similares y no existiendo apenas diferencias en el contenido de los ítems, a excepción de algunas expresiones que tenían que ver con meros matices de estilo. Así, una vez garantizada la equivalencia entre todas las versiones, la síntesis de las dos versiones traducidas al catalán (*T-12*), sin ninguna modificación, fue la versión empleada en el trabajo de campo.

#### **3.3.6.4. Prueba de la versión traducida**

La versión traducida se aplicó a otros dos miembros del INICO con el objetivo de asegurar que mantenía la equivalencia con la versión original también en una situación aplicada. Puesto que no se encontró ninguna dificultad en el proceso de aplicación, se dio por finalizado el proceso de traducción de la escala. Consecuentemente, al haber llegado a la versión piloto de la Escala GENCAT y al estar ésta traducida al catalán, se concluyó también el proceso de desarrollo y construcción del instrumento. Llegados a este punto, debemos mencionar que el riguroso y exhaustivo proceso seguido ha servido y sirve actualmente de modelo para el desarrollo de otros instrumentos multidimensionales de calidad de vida (Verdugo et al., 2007) en el ámbito internacional (van Loon et al., 2008).

En el *Capítulo 4*, se abordará el siguiente paso lógico en el proceso de construcción de un instrumento de medida: su aplicación y validación. Para ello, la versión piloto en catalán de la Escala GENCAT se aplicará a una muestra representativa de los usuarios de servicios sociales prestados por el ICASS en Cataluña. A lo largo de las siguientes páginas describiremos con detalle los participantes del estudio, el instrumento utilizado y los resultados obtenidos sobre sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez.

### 3. 4. Resumen y conclusiones

El objetivo general que ha motivado este capítulo consistía en la *construcción de un instrumento que permitiera evaluar la calidad de vida de usuarios de servicios sociales de forma objetiva y según el marco conceptual propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003)*. Para lograr tal objetivo, se siguió un exhaustivo y riguroso proceso consistente en las fases que se detallan a continuación (Figura 62).

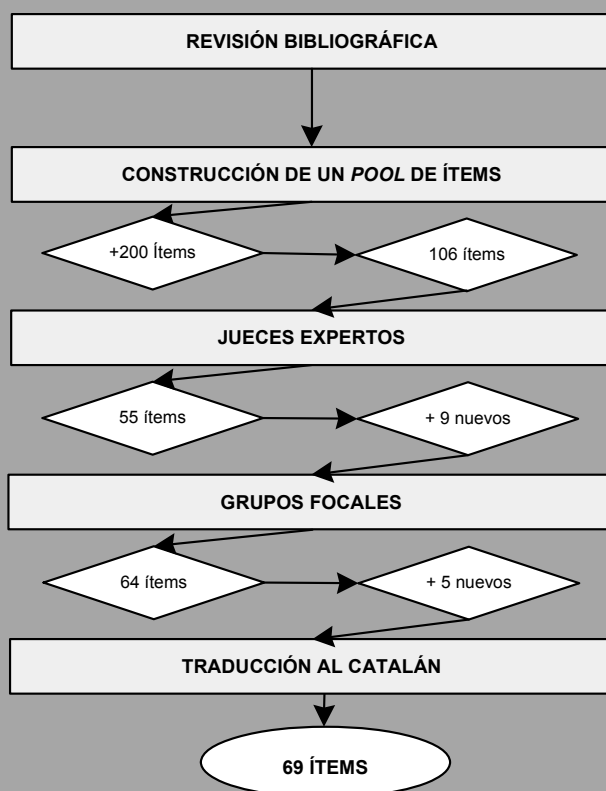


Figura 62. Resumen del proceso de desarrollo de la Escala GENCAT

#### 1. Construcción de un pool de ítems.

A partir de la revisión bibliográfica realizada y de la consulta de diversos instrumentos de evaluación de la calidad de vida, se formularon más de 200 ítems y se recogieron 39 indicadores centrales, que se organizaron en torno a las ocho dimensiones propuestas en el modelo y según los sistemas micro, meso y macro. Se seleccionaron al menos dos ítems por indicador y 10 para cada dimensión de aquellos que evaluaban el microsistema y el macrosistema. Así, obtuvimos un banco formado por 106 ítems que evaluaban 39 indicadores.

## 2. Consulta a jueces expertos.

Los 106 ítems obtenidos de la revisión de la literatura fueron sometidos a una valoración de 73 jueces expertos. El alto número de participantes, inusual en investigaciones de este tipo, se debe a que quisimos que todos los colectivos usuarios de servicios sociales estuvieran representados. Por ello, participaron expertos en personas con discapacidad intelectual, sensorial y física, expertos en drogodependencias, expertos en VIH/SIDA, expertos en salud mental y expertos en vejez de distintas provincias españolas. Su tarea consistió en valorar la idoneidad, la importancia y observabilidad de los ítems, así como reformular, comentar o añadir ítems con el fin de asegurar la adecuada representatividad del constructo y la validez de contenido de la escala.

Las valoraciones de los jueces fueron sometidas a análisis de concordancia cuantitativos y cualitativos. Los análisis cuantitativos se realizaron para los criterios de idoneidad, importancia y observabilidad para cada uno de los colectivos implicados y para cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida. Los coeficientes de concordancia originales ( $B_N$ ) y ponderados ( $B^{W_N}$ ) (Bangdiwala, 1987) permitieron concluir que el acuerdo entre los jueces para todas las dimensiones y para todos los grupos eran entre moderados y excelentes. Además, encontramos una alta correlación ( $\approx ,800$ ) entre las valoraciones en importancia e idoneidad; en cambio, fue bastante más baja la encontrada entre éstas con la observabilidad ( $\approx ,600$ ).

Comprobado el acuerdo entre los jueces, el siguiente paso consistió en analizar las puntuaciones otorgadas a los ítems. Para ello, en primer lugar, calculamos los rangos promedios de los ítems de cada una de las dimensiones y los comparamos atendiendo a la especialidad de los jueces mediante la prueba de *Kruskal-Wallis*. De este modo, eliminamos 22 ítems en los que los grupos de expertos mostraron discrepancias significativas. Para los restantes, comprobamos si mostraban puntuaciones altas ( $M \geq 8$ ) y poca variabilidad ( $DT < 2,5$ ) en idoneidad e importancia y si, además, obtenían puntuaciones razonables ( $M > 6$ ) y poca variabilidad ( $DT < 3$ ) en observabilidad. Eliminamos 20 ítems que no cumplieron estos criterios. Entre los restantes, el equipo de investigación seleccionó los 55 ítems y los 34 indicadores que consideraba representaban el constructo de calidad de vida de forma más adecuada.

La metodología cualitativa fue empleada para analizar la información adicional aportada por los jueces y sirvió para incluir 9 ítems y 4 indicadores, al mismo tiempo que fue de gran utilidad para reformular algunos de los ítems originales.

### 3. Consulta a grupos focales.

Con el fin de garantizar al máximo la validez de contenido, el siguiente paso consistió en la realización de cinco sesiones de grupos de discusión conformados por usuarios, familiares y profesionales de servicios sociales ( $N = 54$ ). Aunque tratamos de celebrar un grupo de discusión para cada grupo de usuarios implicado en la evaluación, no fue posible realizarlo con personas con discapacidad sensorial y fue necesaria la fusión de los participantes relacionados con VIH/SIDA y drogodependencias en uno solo. Su tarea consistió, como en el caso de los jueces, en analizar la idoneidad, importancia y observabilidad de los 64 ítems, así como reformular, comentar o añadir los ítems e indicadores que consideraran oportunos. Los resultados generales se pueden resumir en tres: (a) todos los ítems fueron valorados como idóneos, importantes y observables a la hora de evaluar la calidad de vida de los distintos grupos; (b) la mayor parte de los ítems fueron reformulados para clarificarlos y asegurar su aplicabilidad a todas las personas; y (c) se propuso un número muy reducido de ítems ( $N = 11$ ), todos ellos aplicables a todas las personas. De éstos, seleccionamos 5 ítems que, junto a los anteriores, sumaron un total de 69 y conformaron la versión en castellano de la Escala GENCAT (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009).

### 4. Traducción al catalán.

Dado que el estudio iba a realizarse con participantes de la comunidad autónoma catalana, fue necesario traducir la escala para contar con una versión en catalán. Para lograr la equivalencia semántica, idiomática y conceptual utilizamos dos traducciones independientes al catalán. A partir de éstas se llevaron a cabo dos retrotraducciones independientes. Un comité de expertos formado por un metodólogo, dos expertos en calidad de vida, dos profesionales de idiomas y los dos retro-traductores fue el encargado de analizar todas las versiones. No se encontraron apenas discrepancias entre las diferentes versiones y por ello, se decidió, utilizar la síntesis de las dos versiones traducidas al catalán, sin ninguna modificación, en el trabajo de campo. Ésta sería, de hecho, la versión que se convertiría en la versión final en catalán de la Escala GENCAT (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008) y que se utilizará en los siguientes estudios de este trabajo.

*Validación mediante*

*Teoría Clásica de los Tests y*

*Análisis Factorial Confirmatorio*

# Capítulo 4





## **CAPÍTULO 4.**

### **VALIDACIÓN MEDIANTE TEORÍA CLÁSICA DE LOS TESTS Y ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO**

#### **4. 1. Planteamiento inicial**

Tras la construcción de los ítems, el siguiente paso lógico en el proceso de desarrollo de un instrumento de evaluación consiste en la constatación de sus propiedades psicométricas (según la Teoría Clásica de los Tests) o la calibración de los ítems (según la Teoría de Respuesta al Ítem). Para ello, es necesario contar con procedimientos de validación rigurosos que hagan de dicha herramienta la más idónea entre las de su mismo tipo si es que las hubiere. A la descripción de este proceso de validación, que aglutina un conjunto de estudios encaminados a recoger suficientes evidencias para dotar de una base científica al significado de las puntuaciones obtenidas por una prueba en un uso concreto (Messick, 1989), están dirigidos éste y el próximo capítulo de este trabajo.

Podríamos decir que el objetivo ahora consiste en relacionar las respuestas de las personas a los ítems con el constructo de calidad de vida, tarea que puede llevarse a cabo de diversas formas. En la actualidad, son básicamente tres los modelos psicométricos que cuentan con mayor difusión (Jones y Thissen, 2007): (a) el modelo de la *Teoría Clásica de los Tests* (TCT en adelante); (b) los *Modelos de Medida* encuadrados en los *Modelos de Ecuaciones Estructurales* ('*Structural Equation Modeling*', SEM); y (c) los modelos de *Teoría de Respuesta al Ítem* (TRI en adelante).

Para estudiar la validez de un instrumento, los expertos han empleado tradicionalmente la TCT, un modelo lineal simple que ha sido dominante en la investigación durante gran parte del siglo XX y que mantiene una vigencia notable todavía en nuestros días (Muñiz, 2003). Su facilidad conceptual y su sencillez de cálculo hacen que, en la actualidad, siga siendo muy atractivo y más frecuente el uso de esta teoría planteada por Spearman en 1904 (Hambleton y Jones, 1993).

Se denomina TCT al conjunto de principios teóricos y métodos cuantitativos derivados de ellos que fundamentan la construcción, la aplicación, la validación y la interpretación de distintos tipos de pruebas de evaluación y que permiten derivar escalas estandarizadas aplicables a una población (Hambleton, 1994). Como es sabido, según la TCT, la puntuación empírica de una persona en un test consta de dos componentes: la *puntuación verdadera* y el *error de medida*. De este modo, las puntuaciones estarían afectadas por un error aleatorio, debido a causas varias e ignotas: unas dependientes del sujeto, otras del ambiente externo, otras del instrumento de medida y otras del propio proceso de medición (Muñiz, 1996).

No obstante, en los últimos años, venimos experimentando en el campo de las ciencias sociales una marcada tendencia a complementar los análisis propios realizados bajo el modelo de la TCT con el fin de superar sus conocidas limitaciones y debilidades. Es por ello cada vez más frecuente incluir algún tipo de análisis encuadrado en los llamados SEM. De hecho, la metodología SEM ha disfrutado de un enorme desarrollo desde 1970 y, en la actualidad, es ampliamente utilizada (Hair et al., 2006; Hershberger, 2003; MacCallum y Austin, 2000). En la literatura psicométrica, SEM se considera a menudo como una extensión del análisis factorial, siendo el *Análisis Factorial Confirmatorio* (AFC) un modelo específico encuadrado dentro de aquel (Martínez-Arias, Hernández y Hernández, 2006; Yuan y Bentler, 2007).

El AFC (Jöreskog, 1969) se diseñó con objeto de contrastar las hipótesis sobre las relaciones entre las variables observadas y los factores, así como para proporcionar evidencia empírica sobre la adecuación de una prueba. Hoy, se pueden encontrar muchas aplicaciones útiles de esta metodología en diversos campos como la psicología, la sociología, la educación, la medicina, la antropología, la biología, la lingüística, la política y la ingeniería (Yanai e Ichiwaka, 2007). El objetivo principal del AFC, a diferencia de la TCT, consiste en demostrar la plausibilidad o no plausibilidad de distintas estructuras factoriales alternativas y explicativas de un constructo teórico. En otras palabras, su propósito esencial es la confirmación de hipótesis

generadas a partir de una teoría previa que ha sido establecida y definida suficientemente a través de un modelo causal determinado.

En cuanto a los modelos de TRI, si bien es cierto que se desarrollaron fundamentalmente en el contexto de la evaluación educativa como un modo de estudiar el logro individual de los alumnos (Bock y Moustaki, 2007), sus aplicaciones en la actualidad son muy numerosas y variadas. Tanto es así que hoy gozan de una creciente popularidad. Aunque sus orígenes se remontan a los años cuarenta del siglo pasado (Lawley, 1940, 1944), su complejidad y la inexistencia de aplicaciones informáticas para llevar a cabo los cálculos requeridos han provocado que su uso no se difundiera hasta la generalización de los ordenadores y el desarrollo de programas estadísticos específicos. La razón de su éxito y su rápida expansión radica en su capacidad para analizar aspectos de los tests que no son o son difícilmente justificables bajo la TCT (Martínez-Arias et al., 2006). Hoy, la TRI se está aplicando como complemento muy importante de la TCT en el diseño, la construcción y evaluación de tests y como una alternativa para resolver problemas prácticos: análisis del funcionamiento diferencial de los ítems (Camilli y Shepard, 1994; Holland y Wainer, 1993); equiparación de puntuaciones (Kolen y Brennan, 2004; Mislevy, 1992; Petersen, Kolen y Hoover, 1989); tests de la Psicología Cognitiva (Embretson, 1991; Fischer, 1973; Frederiksen, Mislevy y Bejar, 1993; Mislevy, Steinberg y Almond, 2003; Pellegrino, Chudowsky y Glaser, 2001; Wilson, 2005) y los tests adaptativos e informatizados (Abad, Olea, Ponsoda, Ximénez y Mazuela, 2004; Barrada et al., 2006; Mills, Potenza, Fremer y Ward, 2002; Olea et al., 2004; van der Linden y Glas, 2000; Wainer, 2000).

Estamos de acuerdo con Robert Brennan (2007) cuando afirma que en el siglo XX hemos asistido a un magnífico desarrollo de los modelos de medida y de escalamiento, pero que aún no están especialmente bien integrados y, en consecuencia, no podemos afirmar que exista un modelo «correcto». Como él, consideramos que la integración de estos modelos es uno de los retos principales del siglo XXI. Con ánimo de contribuir de algún modo a esta creciente tendencia, hemos optado por combinar diversos modelos en la construcción y validación de la Escala GENCAT. Para ello, en las páginas siguientes exponemos de modo minucioso su proceso de validación mediante métodos propios de la TCT y mediante AFC. A la pormenorización de la calibración de los ítems y los análisis efectuados bajo los modelos de la TRI dedicaremos el *Capítulo 6*. Llegados a este punto, queremos señalar que no consideramos estos modelos como

alternativos sino, por el contrario, los consideramos complementarios y creemos firmemente que su combinación dota a este estudio de mayor riqueza e innovación.

## 4. 2. Objetivos

Tal y como resume fielmente el título del presente capítulo, el objetivo general de este estudio consistió en la validación de la Escala GENCAT mediante los métodos cuantitativos clásicos derivados de la TCT y mediante AFC. Este objetivo general se desglosó en dos objetivos muy concretos:

1. Aportar evidencias sobre la validez de la escala: (a) evidencias basadas en el contenido del test; y (b) evidencias basadas en la estructura interna.
2. Demostrar la fiabilidad de la escala. Para ello, analizaremos: (a) la consistencia interna; y (b) el error típico de medida.
3. Demostrar la fiabilidad de los ítems: (a) índice de fiabilidad; y (b) índice de dificultad.

La decisión de demostrar la validez de forma previa a la demostración de la fiabilidad se ha basado en los últimos trabajos de Batista-Foguet, Coenders y Alonso (2004), así como de Raykov y Marcoulides (2008). Estos autores, en primer lugar, critican y señalan las limitaciones de los procedimientos de validación de un instrumento exclusivamente mediante la TCT. En contraposición, proponen el *Análisis Factorial Confirmatorio* (AFC) como la alternativa adecuada cuando el investigador tiene suficientes conocimientos previos –como es nuestro caso– para formular hipótesis concretas sobre la relación entre indicadores y dimensiones latentes (Batista-Foguet y Coenders, 1998). Los modelos del AFC permiten evaluar la validez y la fiabilidad de cada ítem; es decir, el investigador puede contrastar dos hipótesis acerca de los ítems individuales. En primer lugar, el investigador debe responder a la pregunta ¿miden los ítems lo que pretenden medir? Esto es, ¿es el instrumento válido? Y una vez establecida la validez, ¿con qué precisión se obtiene esta medida? En otras palabras, ¿es el instrumento fiable?

### 4. 3. Método

En este apartado nos centramos en la descripción del método empleado para alcanzar los objetivos enumerados anteriormente. Para ello, en primer lugar, expondremos con detalle los métodos de muestreo empleados para la selección de los participantes: profesionales y usuarios de servicios sociales de Cataluña. En segundo lugar, describiremos las características más sobresalientes de los profesionales y usuarios de servicios sociales que participaron en el estudio. A continuación, se detallarán los aspectos esenciales del instrumento empleado y, finalmente, concluiremos con una explicación meticulosa del procedimiento de recogida de los datos.

#### 4. 3. 1. Procedimiento de muestreo

En toda investigación cuyos resultados se pretenden generalizar a una población determinada es siempre fundamental llevar a cabo un buen procedimiento de muestreo. Sin embargo, pese a la extrema importancia del muestreo en cualquier procedimiento científico, es frecuente encontrar aún muchas deficiencias y limitaciones en la utilización de las muestras por parte de los investigadores. En las ciencias sociales continúa siendo habitual asumir supuestos como el de *uniformidad* (las características poblacionales son más o menos constantes en toda su extensión, luego cualquier porción es representativa del total) o el supuesto de *disposición aleatoria* (la población no es uniforme en cuanto a los valores de las variables evaluadas, pero se distribuye de forma aleatoria en la población). Sin embargo, hemos considerado que asumir estos supuestos era poco adecuado en nuestro estudio dado que no debemos olvidar que nuestro objeto de estudio son las personas. Es precisamente por este motivo por el que hemos prestado especial atención y cuidado en la selección de la muestra utilizada, tanto a la hora de desarrollar y validar un instrumento como el aquí presentamos como a la hora de extraer conclusiones acerca de la población.

En este estudio, la selección de dicha muestra se llevó a cabo mediante un diseño muestral *probabilístico, estratificado y polietápico*. Un muestreo *probabilístico* es aquél que se basa en el principio de *equiprobabilidad*; es decir, aquél en el que todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra y, consiguientemente, todas las posibles muestras de tamaño  $n$  tienen la misma probabilidad de ser seleccionadas. Las unidades

que pertenecen a la muestra se seleccionan mediante un procedimiento aleatorio, de tal modo que al ser un muestreo probabilístico se asegura la representatividad de la muestra extraída.

Entre los métodos de muestreo probabilísticos, encontramos los muestreos *estratificados*, que consideran estratos o categorías típicas diferentes entre sí y poseen gran homogeneidad respecto a alguna característica. En este tipo de muestreo, la probabilidad de que un individuo sea seleccionado en la muestra dependerá del estrato al que pertenezca. En nuestro caso, estratificamos según el tipo de colectivo al que se dirigían los servicios y según el ámbito geográfico en el que se ubicaba el centro proveedor de tales servicios. Con este tipo de muestreo se pretende garantizar que todos los estratos de interés estén representados adecuadamente en la muestra. Cada estrato funciona de forma independiente, pudiendo aplicarse dentro de ellos un muestreo aleatorio simple o un muestreo aleatorio sistemático para elegir los elementos concretos que formarán parte de la muestra. La distribución de la muestra en función de los diferentes estratos se denomina *afijación*, y puede ser de diferentes tipos:

- a) *Afijación simple o uniforme*: a cada estrato le corresponde el mismo número de elementos muestrales.
- b) *Afijación proporcional*: la distribución se hace de acuerdo con el tamaño de la población en cada estrato.
- c) *Afijación óptima*: la distribución tiene en cuenta la previsible dispersión de los resultados, por ello se considera la proporción y la desviación típica. No obstante, este tipo de afijación tiene poca aplicación ya que, como ocurrió en nuestro estudio, no se suele conocer la desviación o no es aplicable dada la naturaleza de las variables.

Finalmente, dada la complejidad de la situación real de muestreo con la que nos enfrentamos, empleamos lo que se denomina muestreo *polietápico*. Este tipo de muestreo se caracteriza por operar en sucesivas etapas y emplear en cada una de ellas el método de muestreo (probabilístico o no) más adecuado.

Antes de entrar en detalle, es preciso señalar que la población objeto de estudio eran los receptores de servicios sociales dependientes del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) de Cataluña. El diseño muestral descrito se aplicó para dos grupos diferenciados. El primero, un muestreo para la población de personas mayores (en residencias y centros de día). El segundo, un muestreo para la población de otros colectivos en situación de

riesgo de exclusión social: las personas con discapacidad intelectual, las personas con discapacidad física, las personas con problemas de salud mental, las personas con drogodependencias y las personas con VIH o SIDA. La diferenciación entre los dos grupos vino determinada por su distribución real en la población; es decir, prácticamente la mitad de los centros proveedores de servicios censados y proporcionados por el ICASS estaban dedicados de forma exclusiva a las personas mayores.

El censo de la población total de usuarios de servicios sociales organizados en torno a las regiones o ámbitos geográficos que se especifican en los siguientes apartados fue proporcionado por el ICASS. Dichos ámbitos geográficos se corresponden con los llamados Ámbitos Funcionales Territoriales (AFT), definidos como agrupaciones de comarcas a partir de un sistema urbano central y unos sistemas urbanos con cierto grado de dependencia. Los ámbitos funcionales son las áreas de planificación que sirven como marco para la definición de planes territoriales parciales. Las diferentes Consejerías de la Generalitat han ido adaptando sus servicios a los ámbitos funcionales y sirven de base para la publicación de datos estadísticos globales. Los aspectos más concretos del proceso seguido para seleccionar a los participantes se describen a continuación.

#### 4. 3. 2. 1. Muestra de personas mayores (residencias y centros de día)

Dada la marcada heterogeneidad en el número de residencias y de centros de día dependientes del ICASS que proporcionaban servicios a las personas mayores en los siete ámbitos geográficos de Cataluña (Tabla 40), la primera fase de la selección de la muestra se llevó a cabo mediante un diseño muestral estratificado con afijación de la muestra uniforme y proporcional con objeto de acotar el error de muestreo.

Tabla 40. Población total de personas mayores en residencias y centros de día por ámbitos geográficos

	Residencias	Centros de día	Total
<i>Ámbito Metropolitano</i>	31.091	7.305	38.396
<i>Comarcas Gerundenses</i>	4.488	1052	5540
<i>Campo de Tarragona</i>	3.152	661	3813
<i>Tierras del Ebro</i>	564	144	708
<i>Ámbito de Poniente</i>	3.095	740	3.835
<i>Comarcas Centrales</i>	4.032	1.096	5128
<i>Alto Pirineo y Aragón</i>	732	135	867
<i>Total</i>	47.154	11.133	58.287

Una vez decidido que el error de muestreo total no debía ser superior al 3%, determinamos el tamaño de la muestra siguiendo la teoría matemática del muestreo, que viene dada para un diseño muestral probabilístico por la siguiente fórmula:

$$n = \frac{K^2 NPQ}{e^2(N-1) + K^2 PQ} \tag{4.1}$$

Las estimaciones de la media, de la proporción y del total vienen determinadas por las siguientes fórmulas:

$$\bar{X}_{est} = \sum_{h=1}^L \frac{N_h}{N} \bar{X}_h \hat{\rho} \tag{4.2}$$

$$\bar{P}_{est} = \sum_{h=1}^L \frac{N_h}{N} \bar{P}_h \tag{4.3}$$

$$\hat{X}_{est} = \sum_{h=1}^L N X_h \tag{4.4}$$

Haciendo  $W_h = \frac{N_h}{N}$  y  $f_h = \frac{n_h}{n}$ , la varianza de la media, de la proporción y del total son iguales a:

$$Var(\bar{X}_{est}) = \sum_{h=1}^L W_h^2 (1 - f_h) \frac{\hat{S}_h^2}{n_h} \tag{4.5}$$

$$Var(\bar{P}_{est}) = \sum_{h=1}^L W_h^2 (1 - f_h) \frac{\hat{P}_h \hat{Q}_h}{n_h - 1} \tag{4.6}$$

$$Var(\hat{X}_{est}) = \sum_{h=1}^L N_h^2 (1 - f_h) \frac{\hat{S}_h^2}{n_h} \tag{4.7}$$

De este modo, para un nivel de confianza del 95% y un valor  $P = Q$ , el resultado fue que el número mínimo de personas mayores que debían formar parte de nuestra muestra eran 1.110: 713 personas en residencias y 397 en centros de día. Éstos representaban el 36% y aquellos el 64%. Como se observa en la Tabla 41, aplicamos un diseño muestral probabilístico estratificado con afijación de la muestra uniforme (90 unidades muestrales para cada ámbito o estrato geográfico) y con afijación proporcional (un número proporcional que dependía del número total de centros para cada colectivo en los distintos ámbitos geográficos). El error de



muestreo para el total de residencias y centros de día en Cataluña fue del 2,91%. En cambio, si consideramos sólo las residencias el error se elevaba a 3,62% y si consideramos sólo los centros de día el error de muestreo era del 4,74%.

Tabla 41. Tipo de Muestreo y reparto de la muestra por ámbitos geográficos (personas mayores)

	<i>Uniforme</i>	<i>Proporcional</i>	<i>Total</i>	<i>E. M. (%)</i>
<i>Ámbito Metropolitano</i>	90	316	406	4,83
<i>Comarcas Gerundenses</i>	90	46	136	8,39
<i>Campo de Tarragona</i>	90	31	121	8,71
<i>Tierras del Ebro</i>	90	6	96	9,76
<i>Ámbito de Poniente</i>	90	32	122	7,37
<i>Comarcas Centrales</i>	90	43	133	8,22
<i>Alto Pirineo y Aragón</i>	90	7	97	9,85
<i>Cataluña</i>	630	480	1.110	2,91

Nota. E. M. (%) = Errores de muestreo en porcentajes.

Tabla 42. Reparto de las unidades muestrales por ámbitos geográficos (personas mayores)

	<i>Unidades Residencias</i>	<i>Unidades Centros día</i>	<i>N</i>
<i>Ámbito Metropolitano</i>	289	117	406
<i>Comarcas Gerundenses</i>	85	51	136
<i>Campo de Tarragona</i>	74	47	121
<i>Tierras del Ebro</i>	54	42	96
<i>Ámbito de Poniente</i>	74	48	122
<i>Comarcas Centrales</i>	81	52	133
<i>Alto Pirineo y Aragón</i>	56	41	97
<i>Cataluña</i>	713	397	1.110

Dentro de cada ámbito geográfico, se realizó una distribución de unidades muestrales mediante la asignación de un número fijo de siete personas a cada una de las 41 comarcas catalanas en el caso de las residencias y un número fijo de cinco en el caso de los centros de día. El resto se repartió de forma proporcional en función del número de centros en cada comarca. El número de unidades muestrales por comarcas para residencias se muestra en la Tabla 43 y para centros de día en la Tabla 44.

Tabla 43. Número de unidades muestrales para residencias por comarcas y ámbitos geográficos

	<i>Población</i>	<i>Unidades muestrales</i>
<i>Ámbito metropolitano</i>	31.091	289
<i>Alto Penedés</i>	781	13
<i>Bajo Llobregat</i>	4.386	41
<i>Barcelonés</i>	13.689	113
<i>Garraf</i>	596	12
<i>Maresme</i>	4.339	41
<i>Vallés Occidental</i>	4.737	44
<i>Vallés Oriental</i>	2.563	27
<i>Comarcas Gerundenses</i>	4.488	85
<i>Alto Ampurdán</i>	655	12
<i>Bajo Ampurdán</i>	595	12
<i>Garrotxa</i>	430	10
<i>Gironés</i>	1.198	16
<i>Pla de l'Estany</i>	577	12
<i>Ripollés</i>	293	9
<i>Selva</i>	740	13
<i>Campo de Tarragona</i>	3.152	74
<i>Alt Camp</i>	316	10
<i>Baix Camp</i>	990	17
<i>Bajo Penedés</i>	520	12
<i>Cuenca de Barberá</i>	246	10
<i>Priorato</i>	99	8
<i>Tarragonés</i>	981	17
<i>Tierras del Ebro</i>	564	54
<i>Bajo Ebro</i>	251	19
<i>Montsià</i>	165	15
<i>Ribera del Ebro</i>	120	13
<i>Terra Alta</i>	28	8
<i>Ámbito de Poniente</i>	3.095	74
<i>Garrigues</i>	171	9
<i>Noguera</i>	409	11
<i>Pla d'Urgel</i>	150	9
<i>Segarra</i>	270	10
<i>Segriá</i>	1.716	25
<i>Urgel</i>	379	11
<i>Comarcas Centrales</i>	4.032	81
<i>Anoia</i>	582	14
<i>Bages</i>	1.506	24
<i>Berguedá</i>	619	14
<i>Osona</i>	1.194	21
<i>Solsonés</i>	131	8
<i>Alt Pirineu i Aran</i>	732	56
<i>Alto Urgel</i>	225	11
<i>Alta Ribagorza</i>	24	7
<i>Cerdaña</i>	90	9
<i>Pallars Jussà</i>	307	13
<i>Pallars Sobirà</i>	58	8
<i>Valle de Aran</i>	28	8
<i>Cataluña</i>	47.154	713

Tabla 44. Número de unidades muestrales para centros de día por comarcas y ámbitos geográficos

	<i>Población</i>	<i>Unidades muestrales</i>
<i>Ámbito metropolitano</i>	7.305	117
<i>Alto Penedés</i>	183	7
<i>Bajo Llobregat</i>	1.053	17
<i>Barcelonés</i>	3.206	41
<i>Garraf</i>	105	6
<i>Maresme</i>	769	14
<i>Vallés Occidental</i>	1.350	20
<i>Vallés Oriental</i>	639	12
<i>Comarcas Gerundenses</i>	1.052	51
<i>Alto Ampurdán</i>	106	7
<i>Bajo Ampurdán</i>	185	8
<i>Garrotxa</i>	244	9
<i>Gironés</i>	159	7
<i>Pla de l'Estany</i>	73	6
<i>Ripollés</i>	74	6
<i>Selva</i>	211	8
<i>Campo de Tarragona</i>	661	47
<i>Alt Camp</i>	77	7
<i>Baix Camp</i>	253	11
<i>Bajo Penedés</i>	89	7
<i>Cuenca de Barberá</i>	27	6
<i>Priorato</i>	7	5
<i>Tarragonés</i>	208	10
<i>Tierras del Ebro</i>	144	42
<i>Bajo Ebro</i>	50	12
<i>Montsià</i>	58	14
<i>Ribera del Ebro</i>	20	8
<i>Terra Alta</i>	16	7
<i>Ámbito de Poniente</i>	740	48
<i>Garrigues</i>	208	10
<i>Noguera</i>	322	13
<i>Pla d'Urgel</i>	160	9
<i>Segarra</i>	396	15
<i>Segriá</i>	10	5
<i>Urgel</i>	208	10
<i>Comarcas Centrales</i>	1.096	52
<i>Anoia</i>	208	10
<i>Bages</i>	322	13
<i>Berguedá</i>	160	9
<i>Osona</i>	396	15
<i>Solsonés</i>	10	5
<i>Alt Pirineu i Aran</i>	135	41
<i>Alto Urgel</i>	40	8
<i>Alta Ribagorza</i>	8	6
<i>Cerdaña</i>	25	7
<i>Pallars Jussà</i>	31	8
<i>Pallars Sobirà</i>	16	6
<i>Valle de Aran</i>	15	6
<i>Cataluña</i>	11.133	397

Conocido el número de personas a evaluar en cada ámbito geográfico tanto en residencias como en centros de día, el siguiente paso en la selección de los participantes consistió en escoger los centros concretos que participarían en la evaluación. La proporción de centros seleccionados en cada ámbito geográfico se llevó a cabo mediante muestreo aleatorio simple atendiendo al número de centros existentes en las siete zonas geográficas. El número total de centros seleccionados fue de  $n = 79$  residencias y  $n = 66$  centros de día. Como reservas, disponíamos 40 y 58 centros de cada tipo respectivamente.

Finalmente, el último paso de la selección de la muestra consistió en la elección de las personas concretas a evaluar dentro de cada centro seleccionado. La distribución del número de personas a evaluar se fijó inicialmente mediante la asignación de un número fijo de 10 escalas en cada una de las residencias. En el caso de los centros de día, se fijó un número de siete escalas en cada uno.

Llegados a este punto, los profesionales fueron quienes eligieron las personas cuya calidad de vida iban a evaluar en función de los requisitos establecidos para formar parte de la muestra y que se especifican en el apartado dedicado a los '*Participantes*' de este capítulo (*apartado 4.3.2*). En consecuencia, podríamos decir que el último paso consistente en la selección de la muestra dentro de cada centro se realizó mediante muestreo *casual, incidental* o *de conveniencia*.

Hasta aquí se ha comentado el diseño muestral aplicado para la selección de la muestra (esperada). No obstante, el número de participantes que conformaron la muestra observada fue significativamente mayor ( $N = 1.619$ ). Por este motivo, el error de muestreo para el total de residencias y centros de día en Cataluña se redujo a 2,43%. Finalmente, los participantes de la muestra observada se distribuyeron del siguiente modo: 1.354 (83,63%) fueron usuarios de residencias para mayores y 265 (16,37%) recibían servicios proporcionados en centros de día. El error se eleva a 2,66% al considerar solo las residencias y a 6,07% si consideramos los centros de día de forma independiente. El reparto de las unidades muestrales observadas se observan en la Tabla 45.

Tabla 45. Reparto de la muestra por ámbitos geográficos y errores de muestreo observados

	<i>Residencias</i>	<i>Centros de día</i>	<i>Total</i>	<i>E. M. (%)</i>
<i>Ámbito Metropolitano</i>	570	89	659	3,75
<i>Comarcas Gerundenses</i>	231	25	256	5,84
<i>Campo de Tarragona</i>	144	22	166	7,28
<i>Tierras del Ebro</i>	89	21	110	7,90
<i>Ámbito de Poniente</i>	194	44	238	5,96
<i>Comarcas Centrales</i>	85	36	121	8,70
<i>Alto Pirineo y Aragón</i>	41	28	69	11,32
<i>Total</i>	1.354	265	1.619	2,43

Nota. E. M. (%) = Errores de muestreo en porcentajes

#### 4. 3. 2. Muestra de personas en situación de riesgo de exclusión social

A la hora de realizar el segundo diseño muestral, encontramos varios inconvenientes. En primer lugar, desconocíamos la población de personas con drogodependencias y VIH/SIDA en Cataluña y, por consiguiente, el tamaño de la población total de personas en situación de riesgo de exclusión social. Además, como ocurría en la distribución de las personas mayores, existía una clara desproporción en el número de centros que proporcionaban servicios en los distintos ámbitos geográficos considerados. Teniendo en cuenta estas limitaciones, partimos del último censo de personas con discapacidad reconocida en Cataluña. Entre estas personas, estaban incluidas las personas con discapacidad física, las personas con discapacidad psíquica y las personas con problemas de salud mental (Tabla 46).

Posteriormente, establecimos que el error de muestreo total no debía ser superior al 3% y determinamos el tamaño muestral en 1.100 personas. Como se observa en la Tabla 47, aplicamos un diseño muestral probabilístico estratificado con afijación de la muestra uniforme (105 unidades muestrales para cada ámbito o estrato geográfico) y con afijación proporcional (en función del número total de centros en los distintos ámbitos geográficos). El error de muestreo para el total de personas en situación de riesgo de exclusión social fue del 2,91%.

Tabla 46. Población de personas con discapacidad física, discapacidad intelectual y enfermedad mental

	DF	DI	SM	Total
Ámbito Metropolitano	151.422	24.387	43.459	219.268
Comarcas Gerundenses	13.548	4.474	3.20	21.262
Campo de Tarragona	14.059	4.074	3.873	22.006
Tierras del Ebro	4.814	1.008	1.213	7.035
Ámbito de Poniente	12.388	2.396	3.105	17.889
Comarcas Centrales	14.986	2.474	4.418	21.878
Alto Pirineo y Aragón	1.556	351	393	2.300
Cataluña	212.773	39.164	59.701	311.638

Nota. DF = personas con discapacidad física; DI = personas con discapacidad intelectual; SM = personas con problemas de salud mental.

Tabla 47. Tipo de Muestreo y reparto de la muestra por ámbitos geográficos

	Uniforme	Proporcional	Total	E. M. (%)
Ámbito Metropolitano	105	258	363	5,09
Comarcas Gerundenses	105	24	129	8,42
Campo de Tarragona	105	25	130	8,29
Tierras del Ebro	105	8	113	7,75
Ámbito de Poniente	105	21	126	8,45
Comarcas Centrales	105	26	131	8,36
Alto Pirineo y Aragón	105	3	108	8,84
Cataluña	735	365	1.100	2,91

Nota. E. M. (%) = Errores de muestreo en porcentajes.

Tabla 48. Errores muestrales observados para las personas en situación de riesgo de exclusión social

Ámbitos geográficos	DF	DI	SM	DR	VS	N
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 Aragón	4	7	4	-	-	15
Cataluña	355	586	313	75	81	1410
E. M (%)	5,19	3,99	5,51	*	*	2,62

Nota. DF= personas con discapacidad física; DI = personas con discapacidad intelectual; SM = personas con problemas de salud mental; DR= personas con drogodependencias; VS= personas con VIH/SIDA; E. M. (%) = error muestral en porcentaje; - = N desconocido; \* = el error muestral no se calculó para los colectivos de personas con drogodependencias y VIH/SIDA dado que N era desconocido.

El reparto de la muestra entre los diferentes ámbitos y los distintos colectivos que conformaban la muestra de personas en situación de riesgo de exclusión social y los errores de muestreo asociados a cada uno de ellos fue el especificado a continuación. El error de muestreo asociado al colectivo de personas con discapacidad física fue del 4,65%, el de personas con problemas de salud mental se elevó al 5,92% y el mayor fue el estimado para personas con discapacidad intelectual con un 6,45%. En cambio, el error muestral no se calculó para los colectivos de personas con drogodependencias y VIH/SIDA dado que  $N$  era desconocido. De este modo, en la comunidad de Cataluña, para el grupo de personas que denominamos 'con riesgo de exclusión social' (i.e., todos los colectivos recién nombrados) el error muestral se estimó del 2,91% ( $N = 1.110$ ).

Al conocer el número de personas a evaluar en cada ámbito geográfico de cada uno de los colectivos, los pasos subsiguientes en la selección de esta muestra fueron los mismos que los seguidos para seleccionar la muestra de personas mayores. En primer lugar, se seleccionaron los centros para los distintos colectivos en cada ámbito geográfico mediante un *muestreo aleatorio simple*. En segundo lugar, se determinó en cada centro seleccionado un número fijo de personas a evaluar: en el caso de los centros con discapacidad física, decidimos evaluar a todos los usuarios de todos los centros porque el censo de centros disponibles era menor que el tamaño muestral; en los centros para personas con discapacidad intelectual, se fijó un  $n = 4$ ; en los centros para personas con problemas de salud mental, un  $n = 12$ ; en los centros destinados a personas con VIH o SIDA y aquellos dirigidos a personas con drogodependencias el  $n$  fue de 10. Finalmente, los profesionales de cada centro seleccionaron a los participantes específicos mediante un *muestreo incidental*.

En contraste con la muestra esperada descrita anteriormente, la muestra observada que encontramos fue también en este caso algo más numerosa. El tamaño muestral aumentó hasta alcanzar un  $N = 1.410$  y, en consecuencia, el error muestral disminuyó a 2,62%. Si consideramos por separado cada uno de los colectivos, encontramos que los errores muestrales ascendían a 5,19% para las personas con discapacidad física; 3,99% para las personas con discapacidad intelectual y 5,51% en para las personas con problemas de salud mental. En el colectivo de personas con drogodependencias y personas con VIH/SIDA el error de muestreo se estimó en aproximadamente en un 8% para ambos colectivos de forma conjunta (Tabla 48).

Debido a la complejidad del diseño muestral, se incluye a continuación la Figura 63 con objeto de resumir e ilustrar de manera sencilla los datos esenciales del proceso. En ella se puede vislumbrar que el número de participantes en la muestra observada es mayor que el de la muestra esperada en la mayoría de los casos. Especialmente mayor fue el *n* de personas con problemas de salud mental (2,75 veces mayor que el esperado) y personas con discapacidad intelectual (2,57 veces). También el tamaño de la muestra observada de personas mayores en residencias fue casi el doble (1,9) de la esperada. La más ajustada fue la submuestra conformada por las personas con VIH/SIDA (solo 1,16 veces mayor que la esperada). El caso contrario (la muestra observada fue menor que la esperada) ocurrió con las personas en centros de día (0,67) y personas con drogodependencias (0,75). En el apartado de 'Procedimiento' (apartado 4.3.3) se apuntan algunas de las razones que explican las diferencias entre las muestras planificadas y las observadas.

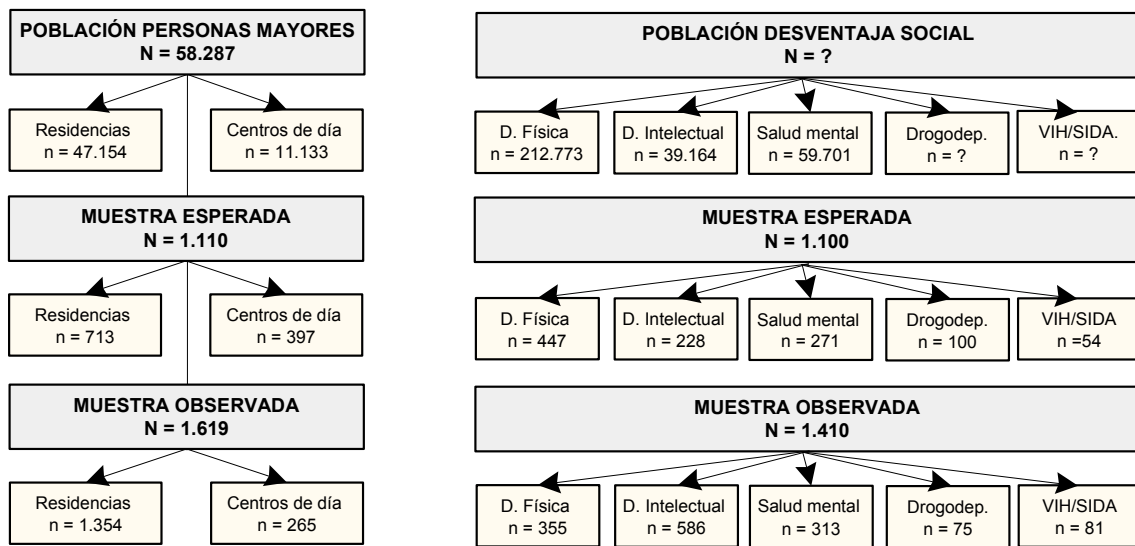


Figura 63. Resumen del proceso de selección de la muestra

Para terminar, conviene señalar que la escala se diseñó para evaluar, además de las incluidas en el diseño muestral, la calidad de vida de personas con discapacidad auditiva y visual; dichas poblaciones no fueron incluidas en el muestreo dado que el ICASS no contaba con ningún centro o servicio dedicado exclusivamente a ellas. Sin embargo, estos colectivos, si bien no constituyeron grupos diferenciados, estuvieron incluidos en otros grupos.



## Resumen

Entre los receptores de servicios sociales proporcionados por el Instituto Catalán de Asistencia u Servicios Sociales (ICASS) de Cataluña, la selección de la muestra se llevó a cabo mediante un *diseño muestral probabilístico, estratificado y polietápico*. La estratificación se realizó según el tipo de colectivo al que se dirigían los servicios y según el ámbito geográfico en el que se ubicaba el centro proveedor de tales servicios.

El diseño muestral descrito se aplicó para dos grupos diferenciados. El primero, un muestreo para la población de personas mayores (en residencias y centros de día). El segundo, un muestreo para la población de otros colectivos en situación de riesgo de exclusión social: las personas con discapacidad intelectual, las personas con discapacidad física, las personas con problemas de salud mental, las personas con drogodependencias y las personas con VIH o SIDA.

### A. Muestreo de personas mayores

En el muestreo de personas mayores en residencias y centros de día, se estimó que el número mínimo de personas mayores que debían formar parte de nuestra muestra eran 1.110 y el error no debía superar el 3%. El muestreo se realizó con afijación de la muestra uniforme (90 unidades muestrales para cada ámbito o estrato geográfico) y con afijación proporcional (un número proporcional que dependía del número total de centros para cada colectivo en los distintos ámbitos geográficos). De este modo, el error de muestreo era del 2,91%. En cambio, si consideramos sólo las residencias el error se elevaba a 3,62% y si consideramos sólo los centros de día el error de muestreo era del 4,74%. No obstante, el número de participantes que conformaron la muestra observada fue significativamente mayor ( $N = 1.619$ ). Por este motivo, el error de muestreo para el total de residencias y centros de día en Cataluña se redujo a 2,43%.

### B. Muestreo del resto de colectivos

En cuanto al muestreo del resto de los colectivos, desconocíamos el tamaño de la población total pero se estableció que el error de muestreo total no debía ser superior al 3% y determinamos el tamaño muestral en 1.100 personas. También se aplicó un diseño muestral probabilístico estratificado con afijación de la muestra uniforme (105 unidades muestrales para cada ámbito o estrato geográfico) y con afijación proporcional (en función del número total de centros en los distintos ámbitos geográficos). El error de muestreo para el total de personas en situación de riesgo de exclusión social se estimó en 2,91%. No obstante, el tamaño muestral aumentó hasta alcanzar un  $N = 1.410$  y, en consecuencia, el error muestral disminuyó a 2,62%.

La proporción de centros seleccionados en cada ámbito geográfico se llevó a cabo mediante *muestreo aleatorio simple* y la elección de las personas concretas a evaluar en cada centro mediante *muestreo casual, incidental o de conveniencia*.

### 4.3.2. Participantes

En nuestro estudio han participado 608 profesionales de 239 entidades proveedoras de servicios sociales y dependientes del ICASS. Su participación consistió en la cumplimentación de una escala de evaluación objetiva de calidad de vida para 3.029 usuarios de los mencionados servicios de la Comunidad Autónoma de Cataluña. En los 239 centros, el número medio de usuarios evaluados fue de 12,67 ( $DT = 7,75$ ) y el número medio de personas evaluadas por profesional fue de aproximadamente cinco ( $M = 4,981$ ). Entre los servicios sociales prestados por el ICASS, participaron aquellos que proporcionaban servicios a personas mayores (residencias y centros de día), personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad física, personas con problemas de salud mental, personas con drogodependencias y personas con VIH o SIDA.

Los requisitos establecidos para que los profesionales de los centros mencionados anteriormente pudieran participar en el estudio completando las escalas objetivas de calidad de vida fueron los siguientes:

- a) Estar familiarizado con el concepto de calidad de vida y su evaluación, así como ser capaz de adoptar el rol de observador externo e informar de modo objetivo.
- b) Trabajar directamente con el usuario y conocerlo bien (al menos desde hacía tres meses).
- c) Tener posibilidad de observar a la persona en distintos contextos y durante amplios períodos de tiempo (al menos varias horas en cada contexto).

El motivo principal para establecer los requisitos anteriores consiste en que los profesionales debían responder a preguntas de muy diversa índole sobre la vida de los usuarios a los que atendían; debían 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. En el caso de que desconocieran algún aspecto concreto tenían la posibilidad de solicitar información a otras personas, preferentemente a otros profesionales y, en último caso, a familiares, padres o tutores, pero nunca a la persona que estaban evaluando. Se puso un énfasis especial en que era responsabilidad del profesional que realizaba la evaluación el contrastar e integrar la información recibida de los distintos informadores para llegar a la respuesta final.

Con respecto a los usuarios de los servicios sociales evaluados, los únicos criterios establecidos para ser incluidos en la investigación fueron:

- a) Ser usuarios de algún tipo de servicio social dependiente del ICASS (desde hacía al menos tres meses).
- b) Ser mayor de 18 años.

A continuación, describimos las principales características sociodemográficas de los participantes. Para ello, comenzaremos enumerando las principales características de los usuarios de servicios sociales evaluados y terminaremos apuntado algunas de los profesionales que llevaron a cabo la evaluación.

#### **4.3.2.1. Características sociodemográficas de los usuarios evaluados**

Los análisis descriptivos de los participantes se han realizado mediante su agrupación según distintas variables: el ámbito geográfico en el que se ubicaba el centro que les proporcionaba los servicios, el género, la edad, su condición o tipo de colectivo, su estado civil, el tipo de residencia en el que vivía y el máximo nivel educativo alcanzado.

##### **a) Distribución por ámbito geográfico en el que se ubica el centro**

Si agrupamos a los participantes teniendo en cuenta el ámbito geográfico donde se encontraba el centro que les proporcionaba algún tipo de servicio (Tabla 49, Figura 64), encontramos que el grupo mayoritario lo constituían los centros ubicados en el *Ámbito metropolitano* (el 45,30% de las personas y el 44,35% de los centros), seguidos ya a cierta distancia por las *Comarcas Gerundenses* (el 15,68% de las personas y el 14,23% de los centros) y el *Ámbito de Poniente* (12,41% de las personas y 13,39% de los centros). El 10,04% de los centros se encontraban en las *Comarcas Centrales* (9,51% de las personas) y el 9,62% en el *Campo de Tarragona* (9,24% de las personas). Por último, menor representatividad se obtiene en *Tierras del Ebro* (5,86% de los centros y 5,08% de las personas) y en el *Alto Pirineo y Aragón* (2,51% y 2,77% de los centros y las personas, respectivamente).

Tabla 49. *Ámbito geográfico en el que se ubican los centros y los participantes*

	N	%	Centros	%	N/centro
Ámbito Metropolitano	1372	45,30	106	44,35	12,94
Comarcas Gerundenses	475	15,68	34	14,23	13,97
Campo de Tarragona	280	9,24	23	9,62	12,17
Tierras del Ebro	154	5,08	14	5,86	11,00
Ámbito de Poniente	376	12,41	32	13,39	11,75
Comarcas Centrales	288	9,51	24	10,04	12,00
Alto Pirineo y Aragón	84	2,77	6	2,51	14,00
Total	3029	100	239	100	12,67

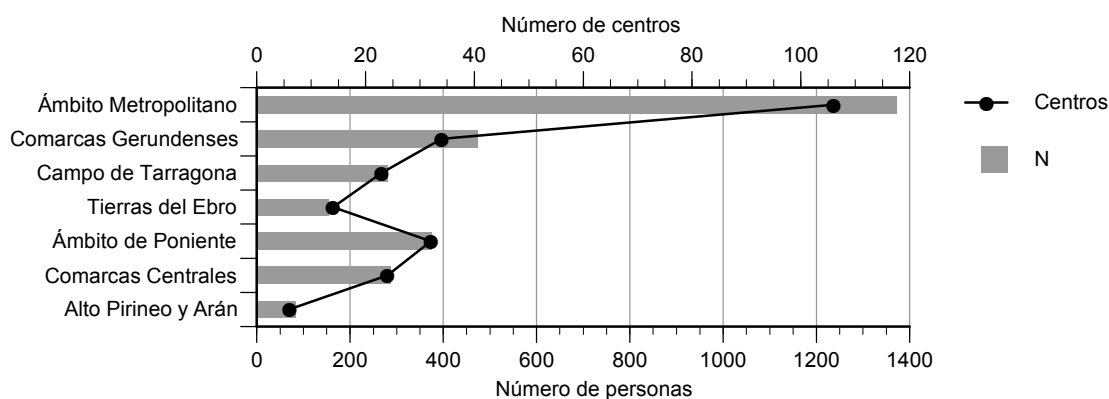
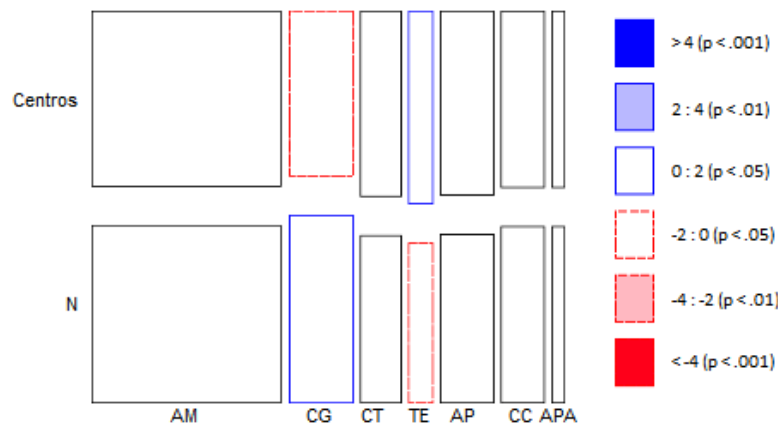


Figura 64. *Ámbito geográfico en el que se ubican los centros*

En la Figura 65 se puede apreciar, además, que los porcentajes correspondientes a los centros y los participantes son equiparables en los distintos ámbitos geográficos. En dicha figura, se representan los residuos estandarizados de Pearson de las proporciones de participantes y centros por ámbito geográfico ( $\chi^2_{(6)} = 0,328$ ;  $p = ,999$ ). Cuadrados y rectángulos coloreados de azul aludirían a una sobrerrepresentación de participantes observados en relación con el esperado bajo el supuesto de equiprobabilidad, mientras los coloreados de rojo sugerirían una representación menor a la esperada (i.e., infrarrepresentación) de participantes en la combinación de esas categorías. Dado que todos ellos se muestran sin colorear, podemos afirmar que se cumple el supuesto de la equiprobabilidad para el número de personas y centros participantes en cada uno de los ámbitos geográficos del territorio catalán.



Nota. AM= Ámbito metropolitano; CG= Comarcas Gerundenses; CT= Campo de Tarragona; TE= Tierras del Ebro; CC = Comarcas centrales; APA= Alto Pirineo y Aragón

Figura 65. Comparación de proporciones de centros y usuarios por ámbito geográfico (residuos estandarizados de Pearson)

### b) Distribución por género

La distribución por género de los participantes reveló una representación ligeramente mayor de mujeres ( $n = 1.656$ ; 55,7%) que de hombres ( $n = 1.317$ ; 44,3%), si bien la diferencia no era excesiva. No se obtuvieron datos relativos al género de 56 de los 3029 participantes.

### c) Distribución por edad

Si consideramos la totalidad de la muestra, la edad de los participantes alcanzaba una media de 64,72 años ( $DT= 21,34$ ). El rango de las edades oscilaba entre 16 y 105 años. En cambio, si agrupamos la variable edad por intervalos (Tabla 50) encontramos que, de los 2.972 participantes válidos, el 57,57% ( $n = 1.711$ ) tenía más de 60 años y solo el 17,39% ( $n = 515$ ) tenía menos de 41. Cabe destacar que el grupo mayoritario fue el compuesto por personas entre 81 y 90 años (26,62%) y los menores de 20 el grupo que contó con menor representación (0,50%).

**d) Distribución por género y grupos de edad**

La distribución conjunta por género y grupos de edad (Tabla 50 y Figura 66) pone de manifiesto que el porcentaje de varones era superior al de mujeres en edades menos avanzadas. Sin embargo, a partir de los 70 años el número de mujeres superaba al de los varones. Asimismo, se constató que la mayor distancia en representatividad entre hombres y mujeres se encontraba a partir de los 81 años. Estos resultados podrían explicarse, entre otros motivos, por la mayor esperanza de vida de las mujeres en nuestro país.

Tabla 50. Distribución por género y grupos de edad

Edad	Hombre		Mujer		Total	%
	N	%	N	%		
Menos de 20	10	66,67	5	33,33	15	0,50
De 21 a 30	116	63,74	66	36,26	182	6,12
De 31 a 40	195	61,32	123	38,68	318	10,70
De 41 a 50	250	58,41	178	41,59	428	14,40
De 51 a 60	186	58,49	132	41,51	318	10,70
De 61 a 70	122	54,95	100	45,05	222	7,47
De 71 a 80	189	38,57	301	61,43	490	16,49
De 81 a 90	197	24,91	594	75,09	791	26,62
Más de 90	51	24,52	157	75,48	208	7,00
Total	1316	44,28	1656	55,72	2972	100,00

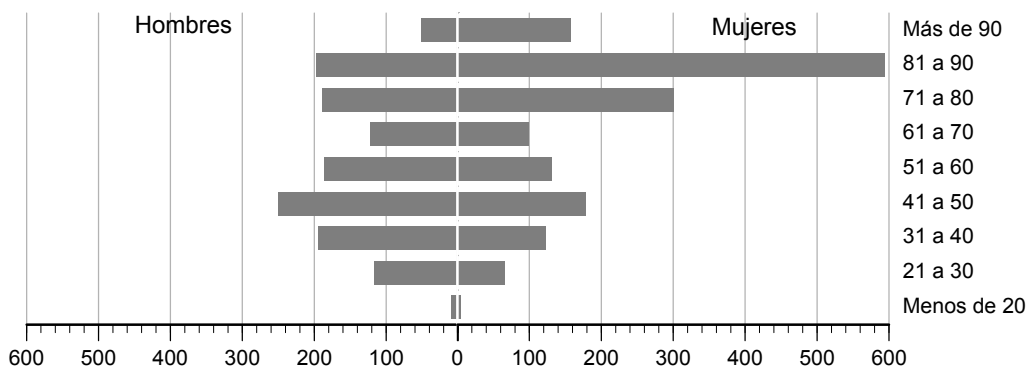


Figura 66. Pirámide de frecuencias por tramos de edad en función del género

### e) Distribución por género y edad: toda la muestra

Tal como se observa en la Tabla 51, en el caso de los varones la media de edad se encontraba en 57,50 ( $DT = 20,59$ ), con un rango desde los 16 hasta los 102 años. En las mujeres, la asimetría (negativa) fue mayor y la media se situó en 70,41 años ( $DT = 20,17$ ). El rango de edades osciló entre 18 y 105 años.

Tabla 51. Descriptivos de la distribución por género y edad

Descriptivos	Hombre	Mujer	Total
Media	57,50	70,41	64,72
Mediana	54	79	71
Desviación típica	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
%	44,32	55,68	100

### f) Distribución por género y edad: personas mayores

Con el objetivo de profundizar en esta distribución, consideramos por separado la distribución del grupo de personas mayores (Tabla 52); es decir, analizamos la distribución de personas que recibían algún tipo de servicio social dirigido a personas mayores, bien en residencias o bien en centros de día. Estos usuarios tenían edades comprendidas entre 52 y 105 años en el caso de las mujeres y 102 en el caso de los hombres. Para estos grupos, la media de edad para las primeras fue de 83,20 ( $DT = 7,27$ ) y para los segundos fue de 79,65 ( $DT = 8,75$ ). De modo similar al que lo hacía en la distribución conjunta de todos los participantes, el número de mujeres mayores ( $n = 1.084$ , 68,48%) superaba al de hombres ( $n = 499$ , 31,52%) pero en mucha mayor medida y hasta el punto de doblarlos en número (2,17:1).

Tabla 52. Descriptivos de la distribución por género y edad (personas mayores)

Descriptivos	Hombre	Mujer	Total
Media	79,65	83,20	82,08
Mediana	80	84	83
Desviación típica	8,75	7,27	7,92
Mínimo	52	52	52
Máximo	102	105	105
Rango	50	53	53
Amplitud intercuartil	12	9	10
Asimetría	-0,40	-0,64	-0,63
Curtosis	0,08	1,05	0,69
N	499	1.084	1.583
%	31,52	68,48	100

#### g) Distribución por género y edad: resto de colectivos

La distribución conjunta por género y edad en el resto de los colectivos (i.e., personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad física, personas con problemas de salud mental, personas con drogadicencias y personas con VIH o SIDA) fue más equilibrada (Tabla 53). La media de edad alcanzada por los varones fue de 43,88 ( $DT = 12,22$ ), con un rango que abarcaba desde los 16 hasta los 99 años. Las mujeres alcanzaron una media de edad de 45,84 ( $DT = 12,79$ ), con edades que oscilaban entre 18 y 87 años. Es de destacar que, en este caso, la representación de hombres fue superior a la de mujeres: 59,14% ( $n = 809$ ) y 40,86% ( $n = 559$ ) respectivamente.

Tabla 53. Descriptivos de la distribución por género y edad (resto de colectivos)

Descriptivos	Hombre	Mujer	Total
Media	43,88	45,84	44,68
Mediana	44	45	45
Desviación típica	12,22	12,79	12,50
Mínimo	16	18	16
Máximo	99	87	99
Rango	83	69	83
Amplitud intercuartil	19	18	18
Asimetría	0,22	0,24	0,23
Curtosis	0,05	-0,29	-0,11
N	809	559	1.368
%	59,14	40,86	100



**h) Distribución por condición o tipo de colectivo**

Respecto a la condición de la persona evaluada, el grupo más representativo fue el de personas mayores que recibían servicios en residencias (44,70%). A cierta distancia se encontraban los grupos de personas con discapacidad intelectual (19,35%), con discapacidad física (11,72%), con problemas de salud mental (10,33%) y las personas mayores que asistían a centros de día (8,75%). El 2,48 y el 2,67% supusieron respectivamente el grupo de las personas con drogodependencias y de las personas con VIH/SIDA. Estos resultados se recogen en la Tabla 54 y la Figura 67.

Tabla 54. Distribución por la condición de la persona evaluada

Condición	N	%
Personas mayores (residencia)	1.354	44,70
Personas con discapacidad intelectual	586	19,35
Personas con discapacidad física	355	11,72
Personas con problemas de salud mental	313	10,33
Personas mayores (centros de día)	265	8,75
Personas con VIH/SIDA	81	2,67
Persona con drogodependencias	75	2,48
Total	3.029	100

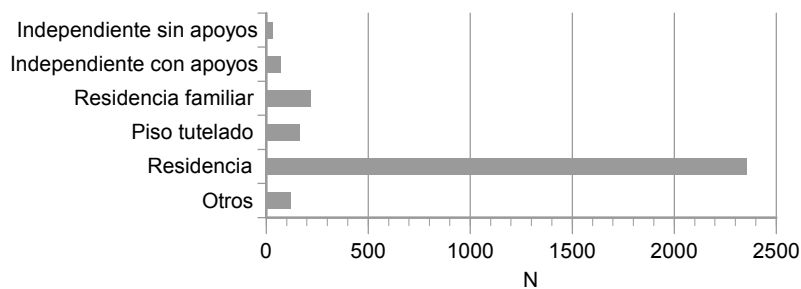


Figura 67. Distribución por condición

**i) Distribución por género y condición de la persona evaluada**

La distribución conjunta por género y condición se observa en la Tabla 55 y la Figura 68. Como es esperable, el porcentaje de mujeres fue superior al de varones entre las personas mayores (tanto las que se encontraba en residencias –67,94% de mujeres frente a 32,06% de

hombres– como especialmente entre las que asistían a centros de día –71,76% de mujeres frente a 28,24% de hombres–). Por el contrario, los porcentajes de hombres fueron superiores en el resto de los colectivos y de manera especialmente patente en el caso de las personas con drogodependencias (83,56% de hombres frente al 16,44% de mujeres).

Tabla 55. Distribución por género y condición de la persona evaluada

Colectivo	Hombre		Mujer		Total	%
	N	%	N	%		
Personas mayores (residencia)	427	32,06	905	67,94	1332	44,80
Personas mayores (centros de día)	72	28,24	183	71,76	255	8,58
Personas con discapacidad física	194	55,43	156	44,57	350	11,77
Personas con discapacidad intelectual	325	56,42	251	43,58	576	19,37
Personas con prob. de salud mental	187	61,11	119	38,89	306	10,29
Personas con drogodependencias	61	83,56	12	16,44	73	2,46
Personas con VIH/SIDA	51	62,96	30	37,04	81	2,72
Total	1.317	44,3	1656	55,7	2973	100

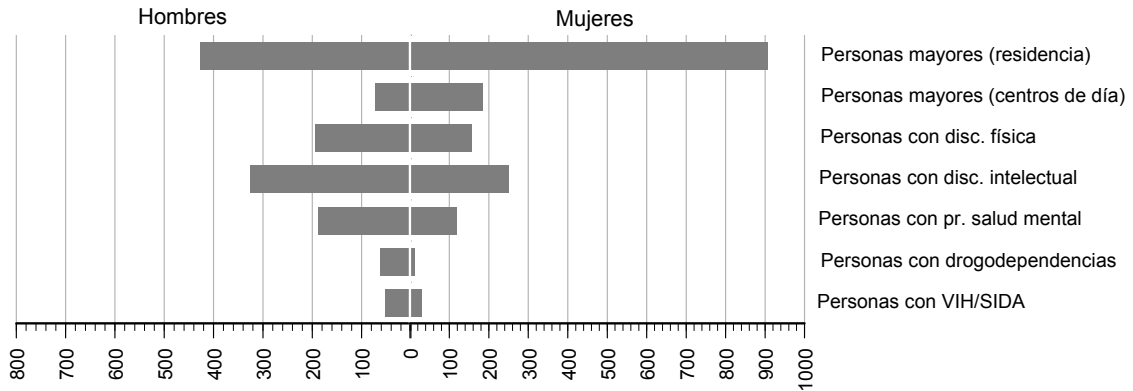


Figura 68. Pirámide de frecuencias por condición en función del género

**j) Distribución por estado civil**

La distribución de los participantes según su estado civil se describe a continuación (Tabla 56 y Figura 69). La mayoría estaban solteros y no tenían pareja (46,38%) o estaban en situación de viudedad (32,32%). El grupo de personas casadas supuso un porcentaje bastante inferior (8,43%) y, finalmente, las condiciones de divorciado, separado y soltero pero con pareja constituyeron un grupo minoritario con porcentajes de representatividad de entre el 3 y el 5%.

Tabla 56. Distribución por estado civil

Estado civil	N	%
Soltero/a sin pareja	1.392	46,38
Soltero/a con pareja	149	4,97
Viudo/a	970	32,32
Casado/a	253	8,43
Separado/a	145	4,83
Divorciado/a	92	3,07
Total	3.001	100

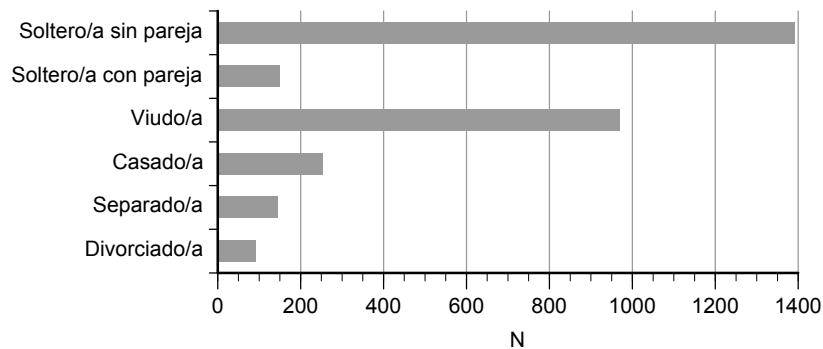


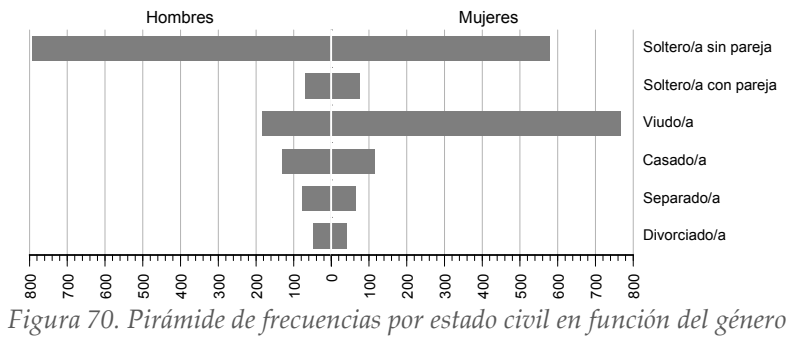
Figura 69. Distribución por estado civil

**k) Distribución por estado civil y género**

Al considerar el estado civil en relación con el género de los participantes (Tabla 57 y Figura 70), constatamos lo siguiente: con la excepción de la situación de viudedad, que presentaba una clara supremacía de mujeres frente a hombres (80,67% frente al 19,33%), no se observan en general distribuciones exageradamente desequilibradas. En todo caso, salvando la excepción comentada y la condición de soltero con pareja, los hombres superaban a las mujeres en el resto de las condiciones (con diferencias porcentuales entre el 5 y el 16%).

Tabla 57. Distribución por estado civil y género de los participantes

Estado civil	Hombre		Mujer		Total	%
	N	%	N	%		
Soltero/a sin pareja	793	57,84	578	42,16	1371	46,49
Soltero/a con pareja	71	48,30	76	51,70	147	4,98
Viudo/a	184	19,33	768	80,67	952	32,28
Casado/a	130	52,85	116	47,15	246	8,34
Separado/a	77	53,85	66	46,15	143	4,85
Divorciado/a	49	54,44	41	45,56	90	3,05
Total	1.304	44,22	1.645	55,78	2.949	46,49



### 1) Distribución por lugar de residencia

La descripción de los participantes (Tabla 58 y Figura 71) en función del lugar de residencia revela una clara sobrerrepresentación de las personas que vivían en residencias (el 79,53% de los participantes). En el otro extremo, los participantes que vivían de manera independiente (con o sin apoyos) suponían porcentajes del 3%. Entre estos extremos se encontraban los participantes que vivían en la residencia familiar (7,50%), quienes vivían en pisos tutelados (5,54%) y aquellos que residían en otros tipos de vivienda (4,09%).

Tabla 58. Distribución por lugar de residencia

Lugar de residencia	N	%
Residencia	2.355	79,53
Residencia familiar	222	7,50
Piso tutelado	164	5,54
Otros	121	4,09
Independiente con apoyos	69	2,33
Independiente sin apoyos	30	1,01
Total	2.961	100

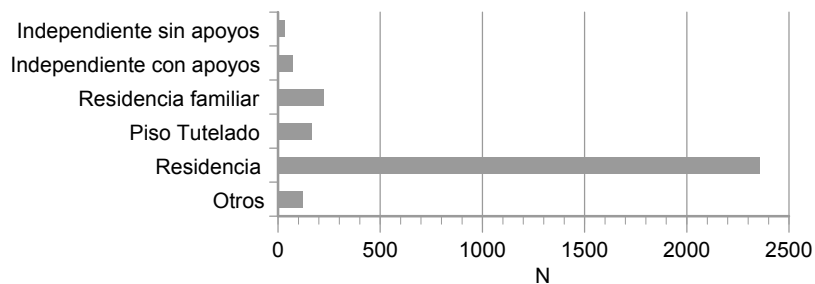


Figura 71. Pirámide de frecuencias por lugar de residencia

**m) Distribución por nivel educativo alcanzado**

Respecto al nivel educativo alcanzado (Tabla 59 y Figura 72), algo más de la mitad de los participantes (54,84%) había terminado los estudios primarios. El segundo grupo de mayor representatividad correspondió al de personas no escolarizadas (27,64%). Solo el 8,37% terminó la escolarización secundaria, el 3,81% completó bachillerato y el 3,48% finalizó estudios de formación profesional. Las personas con estudios universitarios (diplomatura y licenciatura) y en programas de garantía social obtuvieron porcentajes inferiores al 1%.

Tabla 59. Distribución por nivel educativo alcanzado

Nivel educativo	N	%
No escolarizado/a	819	27,64
Primaria	1.625	54,84
Secundaria	248	8,37
Programas de garantía social	4	0,135
Formación profesional	103	3,476
Bachillerato	113	3,814
Diplomatura	26	0,877
Licenciatura	25	0,844
Total	2.963	100

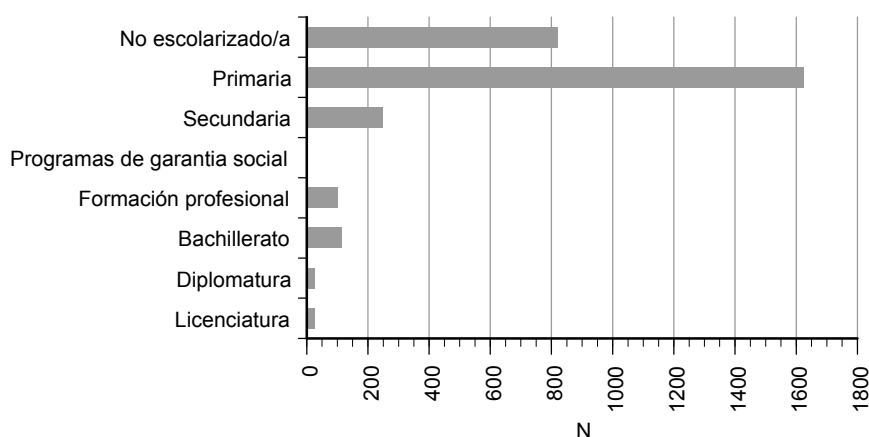


Figura 72. Pirámide de frecuencias por nivel educativo alcanzado

**n) Distribución por género y nivel educativo alcanzado**

El porcentaje de mujeres fue superior al de varones entre los no escolarizados (61,26% frente al 38,74%), los que completaron la educación primaria (57,40% frente al 42,60%) y quienes habían obtenido una diplomatura (65,38% frente al 34,62%). El caso contrario (i.e., mayor porcentaje de varones que de mujeres) ocurrió en el resto de las categorías: el 100% de las personas en programas de garantía social, el 61,76% de quienes estudiaron formación profesional, el 60% de aquellos que terminaron el bachillerato, el 56,61% de quienes finalizaron la educación secundaria y el 54,17% de quienes alcanzaron una licenciatura fueron hombres (Tabla 60 y Figura 73).

Tabla 60. Distribución por nivel educativo alcanzado y género

Nivel educativo	Hombre		Mujer		Total
	N	%	N	%	
No escolarizado/a	313	38,74	495	61,26	808
Primaria	679	42,60	915	57,40	1.594
Secundaria	137	56,61	105	43,39	242
Programas de garantía social	4	100,00	0	0,00	4
Formación profesional	63	61,76	39	38,24	102
Bachillerato	66	60,00	44	40,00	110
Diplomatura	9	34,62	17	65,38	26
Licenciatura	13	54,17	11	45,83	24
Total	1.284	44,12	1.626	55,88	2.910

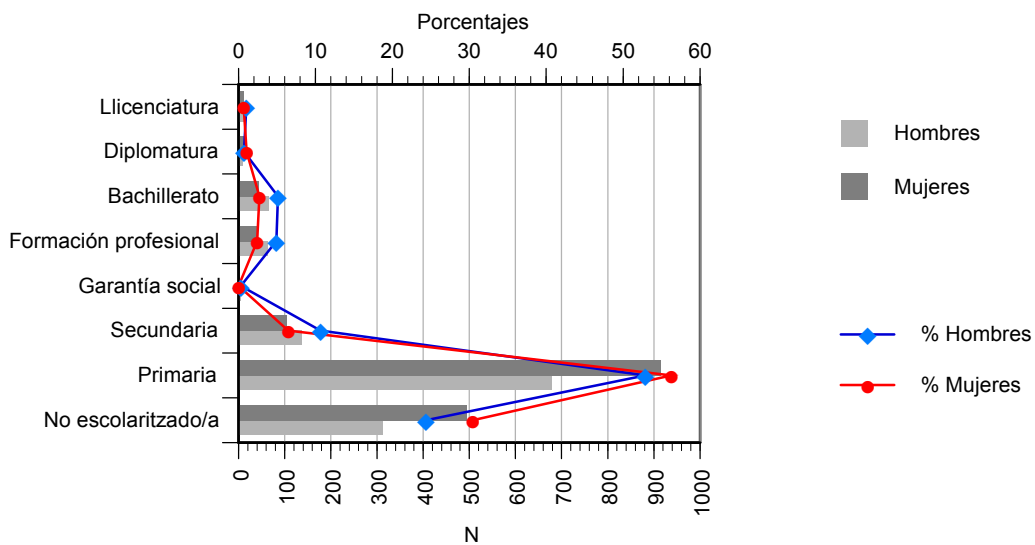


Figura 73. Pirámide de frecuencias por nivel educativo alcanzado en función del género

**4.3.1.2. Características sociodemográficas de los profesionales que evaluaron**

En las páginas siguientes describiremos algunas de las características más sobresalientes de los 608 profesionales de servicios sociales que llevaron a cabo la evaluación objetiva de la calidad de vida de los usuarios descritos anteriormente. Entre sus principales características, hemos considerado esenciales las siguientes variables: el tiempo que hacía que conocían a la persona cuya calidad de vida evaluaban, su cualificación académica, su profesión, el género, la edad y los años que tenían de experiencia profesional en atención especializada.

**a) Distribución por tiempo que conoce a la persona evaluada**

Con relación al tiempo de relación con la persona evaluada, los profesionales conocían a más de la mitad de los usuarios (55,74%) desde hacía más de dos años y casi al 33% entre 6 y 24 meses. Las personas que conocían desde hacía menos de 6 meses representaron el 10,71% de las personas evaluadas son conocidas desde hace entre 3 y 6 meses (Tabla 61 y Figura 74).

Tabla 61. Distribución por tiempo que conoce al usuario

Tiempo	N	%
3 - 6 meses	311	10,71
6 - 12 meses	491	16,91
12 - 24 meses	483	16,64
+ 24 meses	1.618	55,74
Total	2.903	100

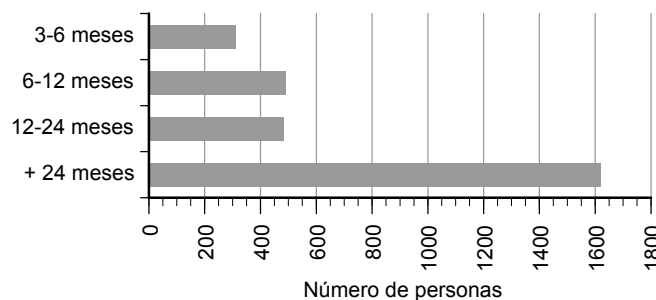


Figura 74. Pirámide de frecuencias del tiempo de relación con la persona evaluada

**b) Distribución por cualificación académica**

En torno al 80% de los profesionales tenían una titulación universitaria: el 48,32% eran diplomados y el 32,21% licenciados. El 17,35% completaron estudios de formación profesional.

El resto de las categorías (COU, Máster y Doctorado) no llegaron al 1% de representatividad (Tabla 62).

Tabla 62. Distribución por cualificación académica

Cualificación	N	%
Licenciado	182	32,21
Diplomado	273	48,32
FP	98	17,35
Bachillerato	5	0,88
COU	1	0,18
Máster	4	0,71
Doctorado	2	0,35
Total	565	100

### c) Distribución por profesión

Respecto a la profesión que ejercían (Tabla 63, Figura 75), la mayoría eran psicólogos (23,85%) y trabajadores sociales (19,08%). Fueron considerables los porcentajes (entre el 6% y el 9%) que representaron los profesionales que ejercían como enfermeros, educadores sociales, auxiliares clínicos, y monitores, coordinadores o animadores.

Tabla 63. Distribución por profesión

Profesión	N	%
Psicología	130	23,85
Trabajo social	104	19,08
Enfermería	50	9,17
Educación social	48	8,81
Auxiliar Clínico	34	6,24
Monitor/Coordinador/Animador	34	6,24
Gerocultor/Auxiliar de geriatría	31	5,69
Fisioterapia	26	4,77
Dirección/Administración	17	3,12
Terapia ocupacional	13	2,39
Pedagogía	13	2,39
Auxiliar Técnico Educativo	11	2,02
Gerontología	8	1,47
Medicina	6	1,10
Psicopedagogía	6	1,10
Neuropsicología	2	0,37
Psiquiatría	1	0,18
Otras	11	2,02
Total	545	100,00



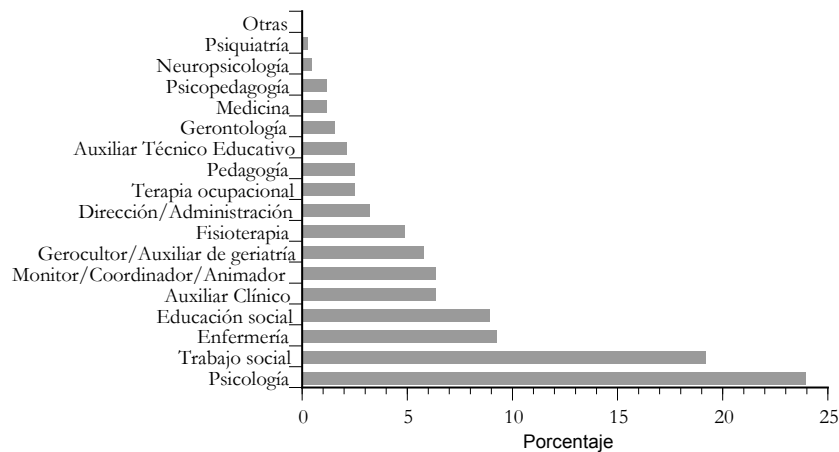


Figura 75. Pirámide de frecuencias de las profesiones

**d) Distribución por género**

La mayoría (85%) de los profesionales que realizaron la evaluación eran mujeres ( $n = 510$ ), mientras que tan sólo 90 evaluadores fueron varones (15%).

**e) Distribución por edad**

Como se observa en la Tabla 64, la edad de los profesionales abarcó un rango de 18 a 68 años. La media se situó en 35,39 ( $DT = 9,026$ ).

Tabla 64. Descriptivos de la distribución por edad del profesional

Descriptivos	Total
Media	35,39
Mediana	33,00
Desviación típica	9,026
Mínimo	18
Máximo	68
Rango	50
Asimetría	0,799
Curtosis	0,112
N	594

**f) Distribución por años de experiencia en atención especializada**

La última variable relativa a las características de los profesionales que realizaron la evaluación que consideramos fueron los años de experiencia que éstos llevaban trabajando en atención especializada. La Tabla 65 y la Figura 76 muestran que más de la mitad de los profesionales (52,80%) tenían una experiencia profesional superior a cinco años. El 27,14%

contaba con entre tres y cinco años de experiencia, y el 14,97% habían estado trabajando entre uno y dos años. Tan sólo el 5,10% reconocía llevar menos de un año de experiencia en atención especializada.

Tabla 65. Distribución por años de experiencia en atención especializada

Años	N	%
< 1 año	31	5,10
1-2 años	91	14,97
3-5 años	165	27,14
+ 5 años	321	52,80
Total	608	100

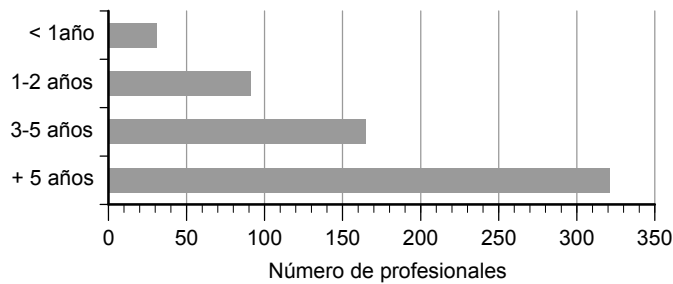


Figura 76. Pirámide de frecuencia de los años de experiencia en atención especializada

### 4.3.3. Instrumento

El instrumento utilizado, cuyo procedimiento de desarrollo se ha detallado en el capítulo anterior y cuyo proceso de validación ha sido objeto principal del presente capítulo, fue la Escala GENCAT: un instrumento de evaluación objetiva de la calidad de vida diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo de ocho dimensiones propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003). La Escala GENCAT evalúa un conjunto de aspectos observables relacionados con las ocho áreas que conforman la calidad de vida de una persona y que pueden ser objeto de planes de apoyo personalizados por diferentes tipos de servicios sociales. En el proceso de validación se utilizó la versión en catalán (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008a) (Apéndice C), si bien el instrumento también cuenta con una versión en castellano (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009) (Apéndice D).

La Escala GENCAT está dirigida a la evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios adultos de servicios sociales. Los respondientes de la escala son profesionales de dichos servicios que conocen bien (al menos desde hace tres meses) a la persona cuya calidad de vida se desea evaluar y que tienen oportunidades recientes de observar a dicha persona durante periodos prolongados de tiempo y en distintos ámbitos de su vida.

El cuestionario consta de un total de 69 ítems que recogen cuestiones observables relacionadas con la calidad de vida. Todos ellos se formularon como enunciados con formato declarativo en tercera persona y se dispusieron de forma aleatoria en torno a las ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo teórico que lo sustenta: ocho en Bienestar emocional, Bienestar material, Bienestar físico, Desarrollo Personal e Inclusión social; nueve en Autodeterminación; y 10 en Relaciones interpersonales y Derechos. Aproximadamente la mitad de los ítems tienen valencia positiva ( $n = 35$ ) y la otra mitad valencia negativa ( $n = 34$ ).

Presenta un formato de respuesta con cuatro opciones de frecuencia: *'nunca o casi nunca'*, *'a veces'*, *'frecuentemente'*, *'siempre o casi siempre'*. No obstante, para aquellos ítems a los que pudiera resultar difícil contestar mediante esta escala de frecuencia, se da la instrucción de responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos: *'totalmente de acuerdo'*, *'de acuerdo'*, *'en desacuerdo'*, *'totalmente en desacuerdo'*. A pesar de que todos los ítems son observables, concretos y fáciles de comprender, se incluyeron debajo de cada subescala unas breves matizaciones para algunos de ellos.

Los ítems vienen precedidos por unas breves instrucciones y por dos fichas de datos sociodemográficos. La primera se destina a recoger los datos de la persona evaluada: número de identificación (para preservar la confidencialidad), nombre y apellidos (opcional), fechas de nacimiento y de aplicación de la escala, edad cronológica (años, meses y días), género, datos de contacto, lengua que habla en casa, servicio al que acude y tipo de colectivo que se atiende en dicho servicio. La segunda corresponde a los datos del profesional que completa la escala: nombre, lugar de trabajo, agencia o afiliación, lengua que habla en casa y datos de contacto. En ésta se incluyen además los datos de otras personas que pudieran ejercer el rol de informantes en el caso de que el profesional desconociera la respuesta a alguno de los ítems. Sobre aquellos se solicita completar su nombre, la relación que mantiene con la persona evaluada y la lengua que habla en casa. La administración es individual y su duración oscila entre 8 y 13 minutos.

Para su corrección, se proporcionan baremos diferenciados para usuarios de servicios sociales en general y baremos específicos para distintos colectivos: *personas mayores* (más de 50 años); *personas con discapacidad intelectual*; y *el resto de los colectivos en situación de riesgo de exclusión social* (personas con discapacidad física, problemas de salud mental, drogodependencias y VIH/SIDA). Las puntuaciones compuestas obtenidas en cada dimensión y en la escala total se convierten mediante dichos baremos en puntuaciones estándar ( $M = 10$ ;  $DT = 3$ ), en percentiles y en un Índice de Calidad de Vida ( $M = 100$ ;  $DT = 15$ ). Estas puntuaciones, permiten 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.

#### 4.3.4. Procedimiento de aplicación

Una vez seleccionados los centros participantes en el proceso de validación de la Escala GENCAT ( $N = 351$ ) aplicamos un riguroso protocolo de aplicación. En primer lugar, el ICASS les envió una carta institucional en la que explicaba los objetivos del estudio y rogaba a los centros y servicios su participación. Dicha carta se envió tanto por correo postal como por correo electrónico con el fin de asegurar la recepción, al menos, por uno de los medios. A continuación, el equipo de investigación se puso en contacto telefónico con cada centro seleccionado con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Confirmar que habían recibido la carta del ICASS. En el caso de que no la hubieran recibido, se procedió a enviar de nuevo la carta a la dirección que nos facilitaron.
- b) Confirmar su dirección postal para enviarles las escalas mediante un servicio de mensajería urgente.
- c) Informarles con mayor detalle del proyecto de investigación que se estaba llevando a cabo: objetivos, participantes, método de selección de los centros, características de la evaluación y número de usuarios que debían evaluar en cada caso.
- d) Confirmar si estaban dispuestos a participar en la investigación. Si la respuesta era afirmativa, procedíamos a enviarles las escalas y se negociaba el plazo para

devolvemos las escalas. La devolución de las escalas también se realizó por mensajería urgente. Por el contrario, cuando la respuesta era negativa, sustituíamos al centro en cuestión por otro de las mismas características (i.e., que atendiera al mismo tipo de población y se encontrara en la misma comarca o, si era posible, en la misma localidad). Cabe señalar que fueron muy pocos los que rechazaron la participación ( $n = 18$ ); entre las razones que argumentaron destacan la sobrecarga de trabajo, la escasez de personal (la evaluación se realizó en verano y la mayor parte del personal se encontraba de vacaciones) y el estar participando en otros proyectos de investigación en ese momento.

- e) Ponernos a su disposición en el caso de que tuvieran alguna duda, comentario o sugerencia sobre la escala tanto por teléfono como por correo electrónico.

Confirmada la participación de todos los centros incluidos en el muestreo, el siguiente paso consistió en enviar a cada uno de ellos por mensajería urgente un paquete postal que contenía el material que se describe a continuación:

- a) Un manual que incluía las instrucciones necesarias para completar la escala, la descripción del proyecto de investigación, sus objetivos, una breve perspectiva del concepto de calidad de vida, la explicación pormenorizada del procedimiento de aplicación (que garantizaba la confidencialidad de los datos proporcionados de los usuarios y el anonimato de los profesionales), un número de teléfono y una dirección de correo electrónico a través de los cuales podían ponerse en contacto con el equipo de investigación si necesitaban realizar alguna consulta, comentario o sugerencia.
- b) El número concreto de escalas que debían rellenar en cada centro. En el caso de los centros que no tuvieran que evaluar a todos sus usuarios, se incluyeron 5 escalas más de las determinadas. El objetivo consistía en garantizar el logro del número total de participantes que consideramos idóneo para validar la escala ( $N = 2.210$ ), aun en el caso de no obtener respuesta de alguno de los centros. En total, se enviaron 4.500 escalas y recibimos 3.029 (67,31%).

La mayor parte de los centros devolvieron las escalas en el plazo acordado. Sólo unos pocos se demoraron y, en esos casos, el procedimiento de actuación consistió en contactar de nuevo con ellos a fin de confirmar que seguían interesados en colaborar y de acordar un nuevo plazo. La mayor parte de ellos no se demoraron más de una semana. De este modo, el periodo de aplicación duró desde junio hasta la primera semana de septiembre de 2007, aunque la mayor parte de las escalas se recibieron durante los dos primeros meses.

Debemos mencionar que las diferencias encontradas entre la muestra esperada según el procedimiento de selección de la muestra que hemos comentado y la observada se deben a dos razones fundamentalmente. En primer lugar, la selección de la muestra se realizó sobre un censo proporcionado por el ICASS que resultó no estar actualizado. Por ello, al realizar el contacto con los centros seleccionados nos encontramos a veces que el centro no existía, su dirección era incorrecta o no atendía al número o al tipo de usuarios que creíamos. En segundo lugar, algunos centros enviaron más escalas de las solicitadas en un afán de contribuir lo máximo posible al éxito de este estudio y a la mejora de la calidad de vida de sus usuarios.

Llegados a este punto, queremos hacer especial hincapié en la importancia determinante del contacto telefónico en relación con la alta tasa de respuesta alcanzada en nuestro estudio. Es habitual en las investigaciones en el ámbito de las ciencias sociales, realizar la solicitud de colaboración a los participantes por medio del correo electrónico o del correo postal. En cambio, como se pone de manifiesto en este estudio, el contacto telefónico es a veces determinante para que muchos se decidan y se comprometan a participar. Aunque utilizar el contacto telefónico requiere de mucho más tiempo y esfuerzo que otros procedimientos, consideramos que su empleo es más que recomendable al aumentar la probabilidad de obtención de una alta tasa de respuesta.

#### 4. 4. Resultados

En las siguientes páginas se describen los resultados obtenidos según la TCT y el AFC. Para llevar a cabo los análisis que aparecen en este apartado, nos servimos del paquete estadístico SPSS 15.0 (*SPPS*, 2006), SAS 9.1.3 (*SAS Institute*, 2006), LISREL 8.8 (*Scientific Software International*, 2008) y Statistica 8.0 (*StatSoft*, 2007) para Windows.

#### 4. 4. 1. Validez

La validez es el más básico, importante y difícil de lograr de los principios psicométricos que garantizan la calidad de un instrumento de evaluación (Mislevy et al., 2003). Según los 'Standards for Educational and Psychological Tests' (AERA, APA y NCME, 1999):

La validez se refiere al grado en que la evidencia y la teoría soportan la interpretación de las puntuaciones de las pruebas, para el propósito con el que éstos son usados. [...] Es la consideración más importante y fundamental al desarrollar y evaluar un test [...] (p. 9).

Tradicionalmente, la mayor parte de los autores han hablado de distintos tipos de validez y han considerado a ésta como una propiedad del instrumento de evaluación (Hubley y Zumbo, 1996). Existen también diversas y muy variadas opiniones acerca de la correcta clasificación de las distintas evidencias que se pueden aportar sobre la validez de un instrumento. Entre ellas, en la investigación en este campo se ha tendido a asumir tradicionalmente la representada en la Figura 77 y definida en la Tabla 66.

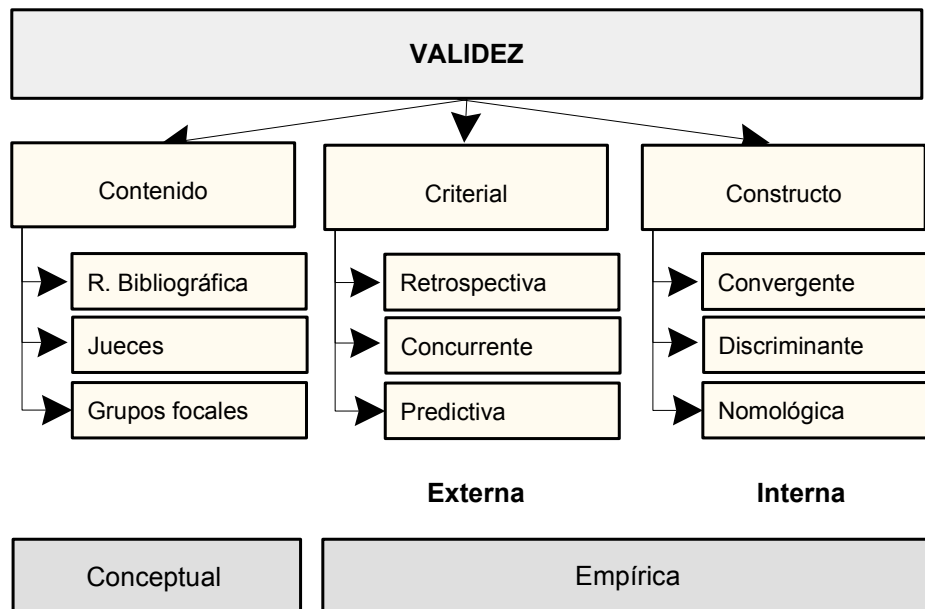


Figura 77. Clasificación clásica de los tipos de validez

Tabla 66. Concepción de validez (Hair et al., 2006)

**Validez de contenido.** Consiste en la evaluación de la correspondencia de las variables incluidas en una escala y su definición conceptual. Evalúa de forma subjetiva la correspondencia entre los ítems individuales y el constructo mediante la valoración de jueces expertos, pruebas pretest y otros medios. Su objetivo consiste en garantizar que la selección de los ítems que componen la escala va más allá de los meros aspectos empíricos e incluye consideraciones teóricas y prácticas.

**Validez de criterio.** La validez criterial es el grado en que las medidas de un test son consistentes con otras medidas externas que, a nivel teórico, deberían estar relacionadas con ellas. Se suele comprobar mediante análisis de *clusters* y correspondería a la habilidad de éstos para dar lugar a diferencias en una variable no utilizada para formar los *clusters*. Dependiendo del momento en el que se evalúe el criterio, se distingue entre *predictiva*, *concurrente* o *retrospectiva*.

**Validez de constructo.** El grado en que un conjunto de variables observadas representan en realidad el constructo latente teórico que pretenden evaluar. Tiene que ver con la precisión de un instrumento. Una de las formas de proporcionar evidencias acerca de la validez de constructo es mediante el AFC.

**Validez convergente.** Evalúa el grado en que correlacionan dos evaluaciones del mismo constructo mediante métodos diferentes. En este caso, el investigador dispone de instrumentos alternativos para evaluar el constructo y los correlaciona con la escala desarrollada. Correlaciones altas indicarían que la escala construida evalúa el constructo que pretende evaluar.

**Validez discriminante.** Se refiere al grado en que dos constructos conceptualmente similares se diferencian entre sí. La prueba empírica utilizada es también la correlación entre las evaluaciones pero esta vez la escala desarrollada se correlaciona con un instrumento similar pero conceptualmente distinto. En este caso, la correlación debería ser baja para demostrar que la escala desarrollada es suficientemente diferente del otro constructo.

**Validez nomológica.** Alude al grado en que la escala predice de forma precisa otros conceptos del modelo teórico en el que se basa. El investigador debe identificar relaciones apoyadas en la teoría de la investigación previa o de principios aceptados y evaluar entonces si la escala muestra las relaciones correspondientes.

Distintas evidencias sobre los tipos de validez mencionados anteriormente (i.e., concepción clásica de la validez) de la Escala GENCAT, se pueden encontrar en Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2008b). Con el fin de proporcionar a este trabajo un mayor grado de innovación, hemos optado por ir un paso más allá en cuanto a la demostración de la validez se refiere. Por ello, a pesar de ser conscientes de lo arraigada que la concepción tradicional de la validez sigue aún hoy en nuestro ámbito, decidimos sumarnos a las nuevas concepciones (Messick, 1975, 1980, 1988, 1989, 1995, 1996, 1998; Popham, 2000; Zumbo, 2007) que defienden que la validez: (a) se concibe como un concepto *unitario* basado en diferentes tipos de evidencia;



(b) conlleva un *proceso*, no es una acción que se lleva a cabo en un solo momento; (c) es una propiedad de las *puntuaciones*, no una propiedad del instrumento como tal; (d) es una cuestión de *grado*, no de todo o nada, por ello debe evitarse hablar de resultados como válidos o no válidos; (e) es siempre *específica* a un uso particular o interpretación de las puntuaciones; y (f) implica un *juicio evaluativo global* en términos de apoyo que garantiza sus interpretaciones.

La concepción que utilizaremos para aportar evidencias acerca de la validez es la defendida en los '*Standards for Educational and Psychological Tests*' (AERA et al., 1999), muy influida por las concepciones de Messick y Cronbach. Aunque hablamos de validez como un concepto unitario, no quiere decir que la validez no pueda ser diferenciada conceptualmente en diversos aspectos o tipos de evidencias. En concreto, existen seis aspectos que se pueden distinguir dentro de la validez que funcionan conjuntamente como estándares generales de la validez en cualquier instrumento psicológico o educativo y son formas interdependientes y complementarias (Messick, 1996). Estos aspectos se enumeran y exponen brevemente en la Tabla 67.

Tabla 67. Nueva concepción de validez (adaptado de Martínez-Arias et al., 2006)

**El aspecto de contenido.** Contempla la correspondencia entre la muestra de tareas del instrumento y el dominio que pretende medir (evidencias de validez basadas en el contenido).

**El aspecto sustantivo.** Se refiere a las bases teóricas de las consistencias observadas en las respuestas (evidencias basadas en el análisis de los procesos de respuestas).

**El aspecto estructural.** Evalúa la fidelidad a la estructura del constructo (Loevinger, 1957), tiene que ver con su dimensionalidad y el análisis psicométrico interno del test (evidencias de validez basadas en la estructura interna).

**El aspecto de la generalizabilidad.** Examina la medida en que las propiedades de las puntuaciones y la interpretación se generalizan a grupos de poblaciones, situaciones y tareas (Cook y Campbell, 1979). Tiene que ver con la replicabilidad de la estructura y las relaciones encontradas. No tiene un tratamiento específico, sino que se aplicaría a las restantes evidencias.

**El aspecto externo.** Incluye evidencia convergente y discriminante de las comparaciones multimétodo-multirrasgo, así como de la relación con el criterio y su utilidad aplicada (Cronbach y Gleser, 1965) (evidencias convergente y discriminante y evidencias referidas a criterios).

**Los aspectos consecuenciales.** Evalúan el valor de la interpretación de las puntuaciones como una base para la acción, así como las consecuencias potenciales y actuales del uso del test (Messick, 1989) (evidencias basadas en las consecuencias).

Dado que una de las máximas esenciales sobre los tests consiste en que una prueba puede ser válida para algunos usos y nada válida para otros, comenzamos el proceso de validación proponiendo de forma explícita el uso que daremos a las puntuaciones de la escala. Este uso, como ya es sabido, es la evaluación objetiva de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales en Cataluña según el marco conceptual propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003).

En esta sección aportaremos diferentes fuentes de evidencias que pueden iluminar distintos aspectos de la validez de la escala, pero que no representan distintos tipos de validez. De hecho, en el caso de que hubiera que elegir entre uno de los tipos de validez de la concepción clásica, se podría decir que todas las evidencias de las que se hablan se referirían a la llamada validez de constructo.

Un resumen de las evidencias de validez que aportamos sobre la Escala GENCAT según este enfoque en este trabajo se presenta en la Figura 78. Como detallaremos más adelante, la mayor parte de las evidencias basadas en el contenido se han presentado en el Capítulo 3, con la excepción de las evidencias basadas en el poder discriminativo de los ítems. En cambio, las evidencias basadas en la estructura interna se repartirán entre éste (AFC) y el próximo capítulo ('ESEM', Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorias).

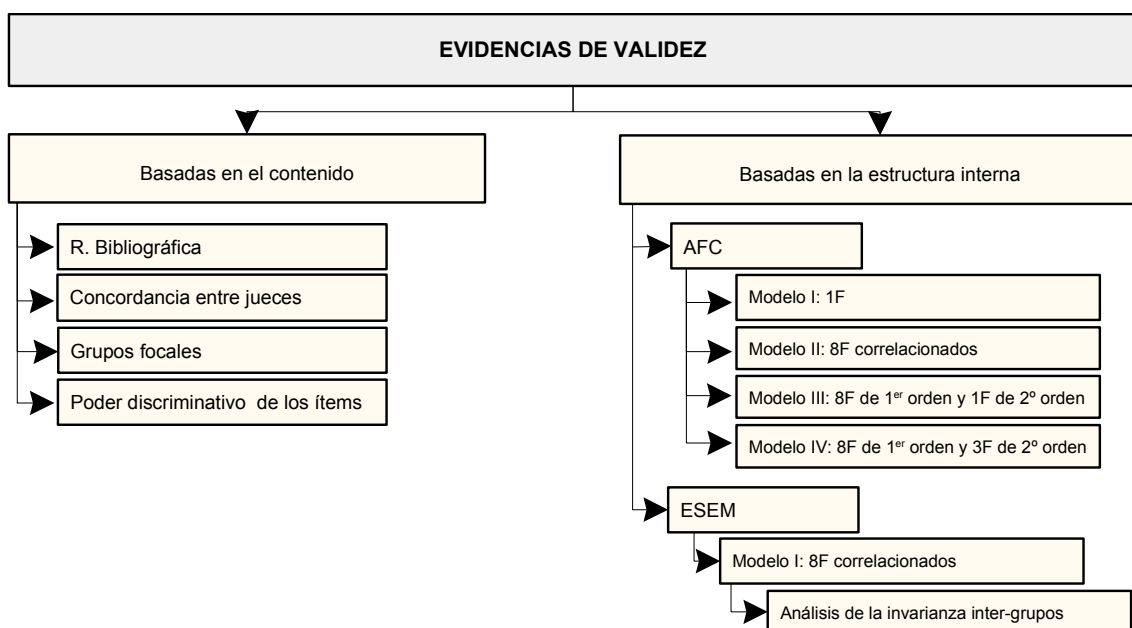


Figura 78. Evidencias de validez aportadas para la Escala GENCAT

**4. 4. 1. 1. Evidencias de validez basadas en el contenido de la escala**

Según los Estándares para test educativos y Psicológicos (AERA et al., 1999): “Se obtendrán evidencias de validez de la relación entre el contenido del test y el constructo que intenta medir” (p. 11).

La definición de *contenido* sobrepasa ampliamente las definiciones dadas en normas anteriores (AERA et al., 1974, 1985; APA, 1954;) sobre lo que entonces se denominaba validez de contenido. Hoy, no entendemos por contenido simplemente la representatividad de los ítems con respecto al constructo que se pretende evaluar, sino que se incluyen los temas, frases y formato de los ítems, así como las guías sobre su administración y puntuación.

En este sentido, uno de los principales objetivos del riguroso y sistemático proceso utilizado para el desarrollo de la Escala GENCAT consistió en obtener evidencias basadas en su contenido (vid. *Capítulo 3* de este trabajo). Los procedimientos utilizados para mostrar estas evidencias de validez fueron cuatro: la revisión de la *literatura* científica, la concordancia entre *jueces expertos*, la validación y reformulación de los ítems por los *grupos focales* y, finalmente, el análisis del *poder discriminativo de los ítems*. Puesto que los tres primeros fueron abordados en el capítulo anterior (cfr. *epígrafes 3.3.1, 3.3.2 y 3.3.4*), dedicaremos este apartado a la exposición e interpretación de los resultados obtenidos del análisis sobre el poder discriminativo de los ítems (Figura 79).

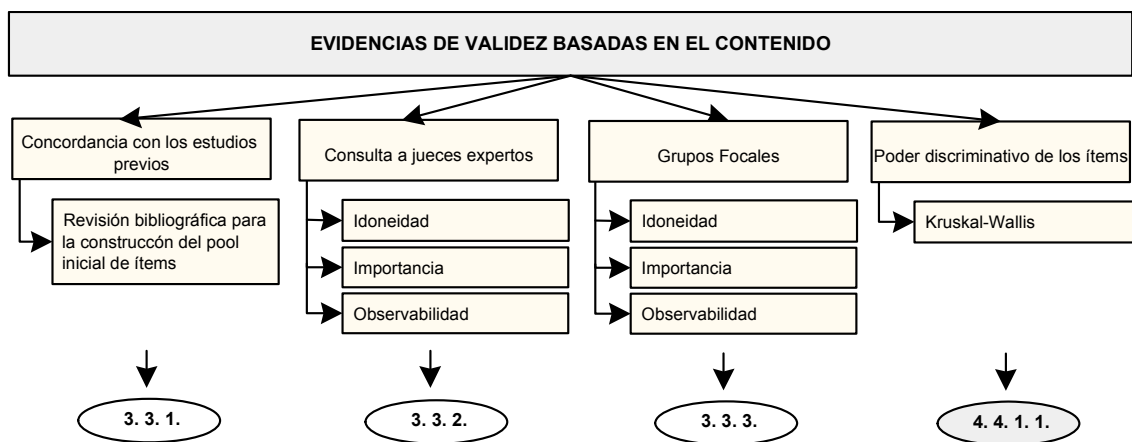


Figura 79. Resumen y localización de las evidencias de la validez basadas en el contenido

Nuestro objetivo al analizar el poder discriminativo de los ítems se basaba en determinar si permitían discriminar entre grupos previamente establecidos (aquellos derivados de tomar como punto de corte los  $C_{25}$  y  $C_{75}$ ) en cada una de las ocho dimensiones y en la puntuación total de la Escala GENCAT. Estos tres grupos se denominaron: personas con puntuación baja, media y alta. Dada la naturaleza ordinal de los datos, realizamos el contraste con la prueba no paramétrica de *Kruskal-Wallis*. Antes de entrar en detalle en los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones y el total de la escala, debemos señalar que todos los contrastes resultaron significativos ( $p = ,000$ ) en todos y cada uno de los ítems. Por lo tanto, todos los elementos de la escala tienen poder discriminativo a la hora de distinguir entre personas con puntuaciones altas, medias y bajas.

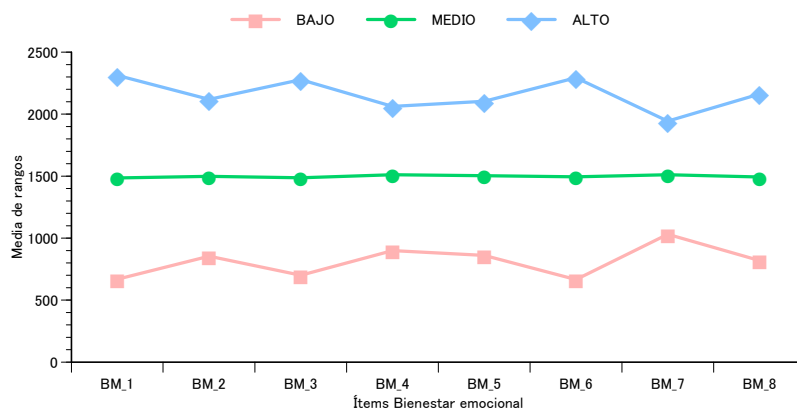


Figura 80. Rangos promedio de los ítems de Bienestar emocional (poder discriminativo)

Tabla 68. Poder discriminativo de los ítems de Bienestar Emocional (*Kruskal-Wallis*)

Ítem	Rangos promedio			Contraste	
	Bajo (N = 821)	Medio (N = 1300)	Alto (N = 897)	$\chi^2(2)$	p
BE_01	668,78	1485,91	2313,17	1660,747	,000
BE_02	854,92	1498,5	2119,48	1074,687	,000
BE_03	700,82	1487,8	2279,41	1577,656	,000
BE_04	900,08	1512,37	2063,12	864,819	,000
BE_05	861,6	1504,37	2103,2	1000,128	,000
BE_06	666,92	1495,46	2294,26	1624,358	,000
BE_07	1031,45	1511,36	1944,34	576,008	,000
BE_08	820,8	1493,49	2163,05	1090,117	,000

Para los ítems de la primera dimensión, *Bienestar emocional*, la Tabla 68 y la Figura 80 ponen de manifiesto los perfiles de los tres grupos, prueba del poder discriminativo de los ítems que conforman la subescala. Las diferencias presentadas entre los tres grupos son muy similares (i.e., los ítems que mejor discriminan entre las personas que obtienen puntuaciones altas y bajas son los mismos que discriminan bien entre éstos y los que obtienen puntuaciones bajas), de hecho los perfiles casi parecen simétricos. En este sentido (i.e., alto poder discriminativo entre los tres grupos), destaca el ítem 1 (*‘Se muestra satisfecho con su vida presente’*). En cambio, el ítem 7 (*‘Tiene problemas de comportamiento’*) destaca por la circunstancia contraria (i.e., menor poder discriminativo entre los grupos).

En el caso de los ítems pertenecientes a *Relaciones interpersonales*, encontramos perfiles similares a los encontrados en la dimensión anterior, aunque con mayores discrepancias en cuanto a su poder discriminativo. Con los mayores poderes discriminativos destacan el ítem 8 (*‘Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él’*) y el 2 (*‘Mantiene con su familia la relación que desea’*). En contraste, el ítem 9 (*‘La mayoría de las personas con la que interactúa tienen una condición similar a la suya’*) y el 10 (*‘Tiene una vida sexual satisfactoria’*) destacan por ser los que menos discriminan entre los tres grupos, si bien el primero diferencia mejor entre personas con puntuaciones medias y bajas mientras el segundo lo hace entre personas con puntuaciones medias y altas (Figura 81 y Tabla 69).

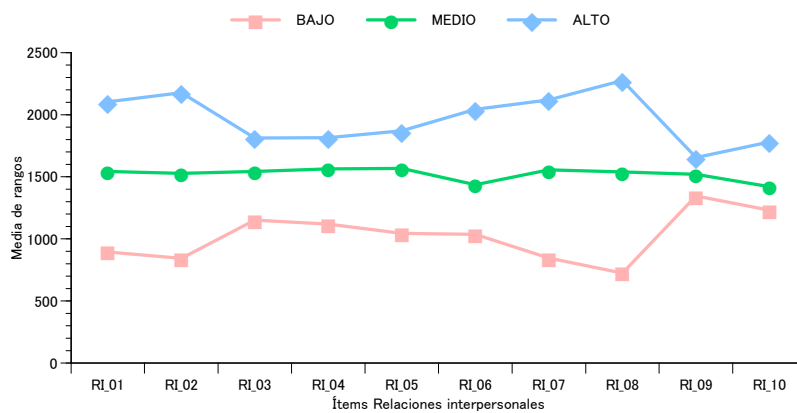


Figura 81. Rangos promedio de los ítems de Relaciones interpersonales (poder discriminativo)

Tabla 69. Poder discriminativo de los ítems de Relaciones interpersonales (Kruskal-Wallis)

Ítem	Rangos promedio			Contraste	
	Bajo (N = 789)	Medio (N = 1492)	Alto (N = 741)	$\chi^2$ (2)	P
RI_01	896,4	1542,84	2103,35	790,411	,000
RI_02	843,15	1528,2	2177,45	961,082	,000
RI_03	1151,54	1543,76	1813,9	356,24	,000
RI_04	1119,74	1563,97	1815,11	429,714	,000
RI_05	1044,06	1567,87	1870,31	519,613	,000
RI_06	1036,67	1437,1	2043	628,428	,000
RI_07	845,65	1555,7	2119,63	931,242	,000
RI_08	725,33	1539,41	2276,44	1312,729	,000
RI_09	1346,19	1520,13	1655,98	57,495	,000
RI_10	1232,1	1421,15	1781,55	291,575	,000

Los ítems de la dimensión *Bienestar material* (Tabla 70, Figura 80) dan lugar también a tres perfiles diferenciados. No obstante, parece existir una distancia menor entre los grupos de personas con puntuaciones altas y medias que entre éstas y las personas con puntuaciones bajas. Esto es así (i.e., los ítems dan lugar a mínimas discrepancias entre personas con puntuaciones altas y medias) en el caso de los ítems 2 ('El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad') y 5 ('El lugar donde vive está limpio'). En cambio, presentan un alto poder discriminativo entre los tres grupos los ítems 7 ('Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a derechos') y 3 ('Dispone de los bienes materiales que necesita').

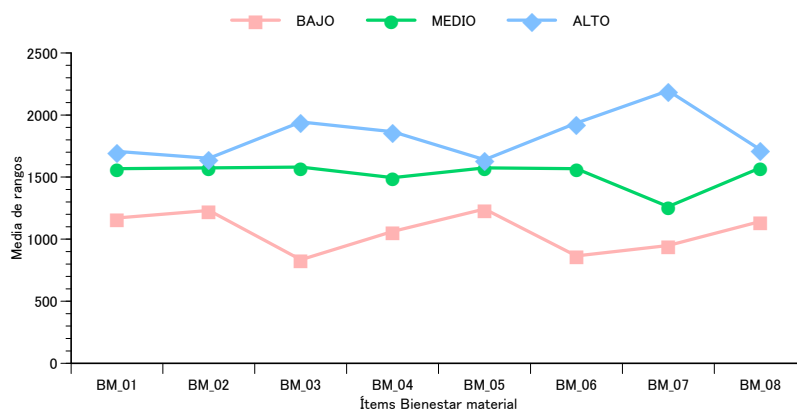


Figura 80. Rangos promedio de los ítems de Bienestar material (poder discriminativo)

Tabla 70. Poder discriminativo de los ítems de Bienestar material (Kruskal-Wallis)

Ítem	Rangos promedio			Contraste	
	Bajo (N = 850)	Medio (N = 1150)	Alto (N = 1056)	$\chi^2$ (2)	P
BM_01	1170,75	1568,02	1707,74	498,560	,000
BM_02	1231,88	1574,73	1651,04	418,745	,000
BM_03	835,11	1580,86	1945,41	1137,093	,000
BM_04	1063,26	1495,67	1866,27	555,643	,000
BM_05	1243,59	1574,97	1639,1	438,844	,000
BM_06	866,55	1568,16	1935,36	1082,436	,000
BM_07	950,12	1262,56	2194,87	1197,812	,000
BM_08	1142,65	1574,93	1721,58	527,682	,000

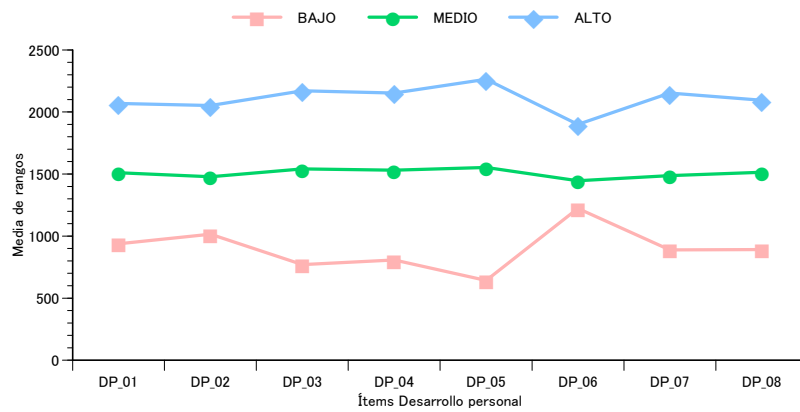


Figura 81. Rangos promedio de los ítems de Desarrollo personal (poder discriminativo)

Tabla 71. Poder discriminativo de los ítems de Desarrollo personal (Kruskal-Wallis)

Ítem	Rangos promedio			Contraste	
	Bajo (N = 778)	Medio (N = 1449)	Alto (N = 792)	$\chi^2$ (2)	P
DP_01	938,59	1510,65	2070,11	746,066	,000
DP_02	1015,79	1478,6	2052,93	650,353	,000
DP_03	771,35	1541,16	2171,13	1099,067	,000
DP_04	808,38	1532,17	2153,03	1036,053	,000
DP_05	643,05	1552,77	2264,91	1486,71	,000
DP_06	1224,18	1447,04	1900	354,407	,000
DP_07	889,14	1487,94	2152,53	899,63	,000
DP_08	892,54	1515,33	2095,43	852,15	,000

En la dimensión *Desarrollo personal*, los perfiles vuelven a ser bastante simétricos y las distancias entre los grupos muy similares. En este caso, los ítems que más destacan son el 6 (*‘El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas’*) por su escasa poder discriminativo y, por la razón contraria, el ítem 5 (*‘Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable’*) (ver Tabla 71 y Figura 81).

Los ítems de *Bienestar físico* (Tabla 72 y Figura 82), dan lugar a perfiles diferenciados pero con grandes discrepancias en cuanto su poder discriminativo. Destaca, en primer lugar, el ítem 6 (*‘En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma’*) por ser el que menos discrimina entre los tres grupos. En cambio, encontramos grandes discrepancias entre los grupos en el ítem 4 (*‘Su estado de salud le permite llevar una actividad normal’*) y el ítem 7 (*‘Sus problemas de salud le producen dolor y malestar’*). Otro aspecto destacable en esta dimensión es la proximidad entre los grupos con puntuaciones altas y medias, en contraste con la mayor distancia observada entre las puntuaciones medias y bajas, que provocan los ítems 5 (*‘Tiene un buen aseo personal’*) y 8 (*‘Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria’*).

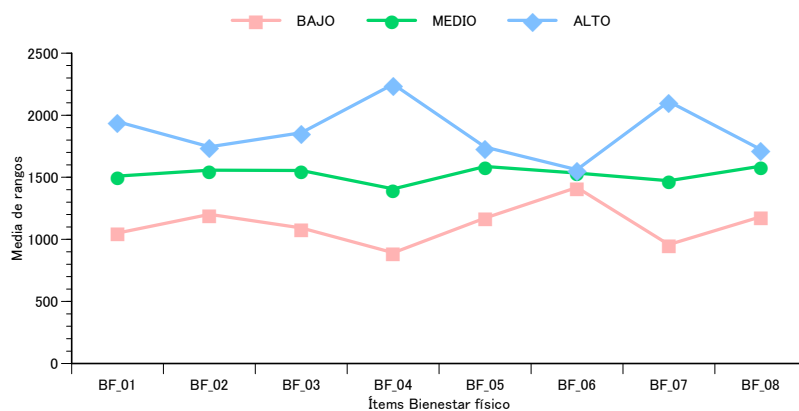


Figura 82. Rangos promedio de los ítems de Bienestar físico (poder discriminativo)

Tabla 72. Poder discriminativo de los ítems de Bienestar físico (Kruskal-Wallis)

Ítem	Rangos promedio			Contraste	
	Bajo (N = 917)	Medio (N = 119)	Alto (N = 904)	$\chi^2$ $\omega$	P
BF_01	1052,05	1509,91	1948,08	596,923	,000
BF_02	1202,72	1557,43	1745,94	346,932	,000
BF_03	1091,73	1554,42	1859,26	522,563	,000
BF_04	892,07	1407,06	2250,14	1244,619	,000
BF_05	1173,31	1587,59	1742,38	406,647	,000
BF_06	1419,11	1535,47	1561,89	113,954	,000
BF_07	958,09	1473,26	2110	903,435	,000
BF_08	1182,72	1591,49	1722,96	471,035	,000



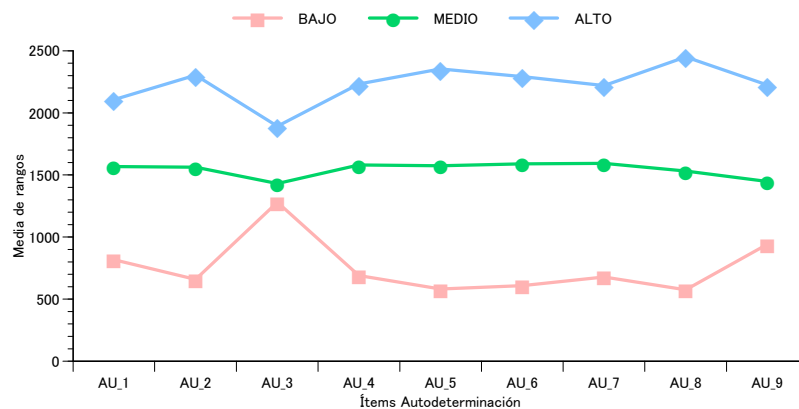


Figura 83. Rangos promedio de los ítems de Autodeterminación (poder discriminativo)

Los ítems de la dimensión *Autodeterminación* (Tabla 73 y Figura 83) dieron lugar igualmente a tres perfiles diferenciados; si bien, los participantes con puntuaciones medias se acercaban ligeramente más al grupo de personas con puntuaciones altas que aquellos con puntuaciones bajas con dos excepciones: el ítem 3 (*‘En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias’*), que mostró el menor poder discriminativo, y el ítem 9 (*‘Elige con quién vivir’*), con gran poder discriminativo. Los ítems que mejor discriminaban entre los tres grupos fueron, junto al último, el 8 (*‘Organiza su propia vida’*) y el 2 (*‘Elige cómo pasar su tiempo libre’*).

Tabla 73. Poder discriminativo de los ítems de Autodeterminación (Kruskal-Wallis)

Ítem	Rangos promedio			Contraste	
	Bajo (N = 808)	Medio (N = 1444)	Alto (N = 767)	$\chi^2$ (2)	P
AU_1	818,9	1568,25	2107,64	955,065	,000
AU_2	658,95	1563,63	2303,67	1530,919	,000
AU_3	1281,18	1431,98	1891,74	285,013	,000
AU_4	689,91	1580,15	2232,5	1380,19	,000
AU_5	581,82	1575,14	2353,88	1780,236	,000
AU_6	608,47	1591,01	2292,35	1642,511	,000
AU_7	679,58	1593,76	2219,69	1407,95	,000
AU_8	576,08	1531,3	2451,8	1951,234	,000
AU_9	940,96	1448,17	2225,87	1087,63	,000

En la dimensión *Inclusión social* (Tabla 74, Figura 84), encontramos tres perfiles de puntuaciones bastante paralelos y diferenciados. En este caso el ítem con un poder discriminativo entre los tres grupos ligeramente superior al mostrado por el resto de los ítems se corresponde con el 5 ('*Sus amigos le apoyan cuando lo necesita*'). El caso contrario se da en el ítem 8 ('*Es rechazado o discriminado por los demás*'), que muestra menor poder discriminativo que el resto, especialmente entre los grupos con puntuaciones altas y medias. El ítem 7 ('*Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio*') y el 1 ('*Utiliza entornos comunitarios*') también presentan un poder discriminativo ligeramente menor y diferencian peor entre quienes obtienen puntuaciones medias y bajas.

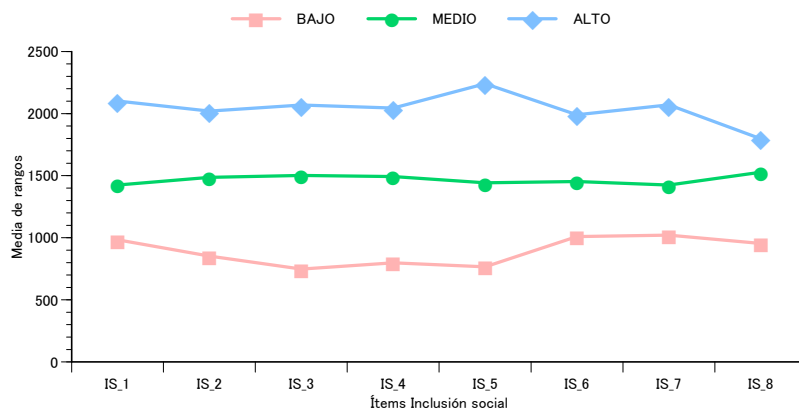


Figura 84. Rangos promedio de los ítems de Inclusión social (poder discriminativo)

Tabla 74. Poder discriminativo de los ítems de Inclusión social (Kruskal-Wallis)

Ítem	Rangos promedio			Contraste	
	Bajo (N = 519)	Medio (N = 1861)	Alto (N = 580)	$\chi^2$ (2)	P
IS_1	983,345	1425,432	2102,060	533,948	,000
IS_2	852,528	1487,448	2020,133	562,067	,000
IS_3	748,435	1501,387	2068,552	744,199	,000
IS_4	799,501	1494,288	2045,636	692,848	,000
IS_5	766,592	1442,418	2241,516	891,478	,000
IS_6	1010,758	1452,354	1991,149	453,595	,000
IS_7	1022,104	1424,549	2070,212	476,915	,000
IS_8	953,887	1528,382	1798,091	448,600	,000

Tabla 75. Poder discriminativo de los ítems de Derechos (Kruskal-Wallis)

Ítem	Rangos promedio			Contraste	
	Bajo (N = 517)	Medio (N = 1858)	Alto (N = 577)	$\chi^2$ (2)	P
DE_1	1364,40	1447,25	1671,13	61,162	,000
DE_2	1256,67	1469,00	1706,68	148,244	,000
DE_3	1183,87	1441,38	1835,02	195,877	,000
DE_4	1231,45	1433,19	1807,27	152,174	,000
DE_5	1328,58	1453,84	1681,01	97,972	,000
DE_6	1366,23	1461,72	1624,91	74,181	,000
DE_7	1306,69	1456,30	1666,47	73,458	,000
DE_8	1409,70	1454,25	1592,07	45,767	,000
DE_9	1437,68	1460,60	1559,89	26,325	,000
DE_10	1459,26	1471,23	1503,77	10,127	,006

Los ítems de la dimensión *Derechos* (Tabla 75, Figura 85) dan lugar a tres perfiles bastante más irregulares y menos diferenciados. En primer lugar, destaca el ítem 10 (*Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos*) por su escaso poder discriminativo entre los tres grupos en comparación con el resto ( $p = ,006$ ). Los ítems 1 (*Su familia vulnera su intimidad*), 5 (*En el servicio al que acude se respeta su intimidad*), 8 (*En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos*) y el 9 (*El servicio respeta la privacidad de la información*) discriminan menos entre los grupos con puntuaciones altas y medias, mientras discriminan mejor entre éstos y quienes obtienen puntuaciones bajas. Aquellos con mayor poder discriminativo entre los tres grupos son el ítem 4 (*Muestra dificultades para defender sus derechos fundamentales como ciudadano*), 3 (*Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano*), 5 (*En el servicio al que acude se respeta su intimidad*) y 7 (*Tiene limitado algún derecho legal*).

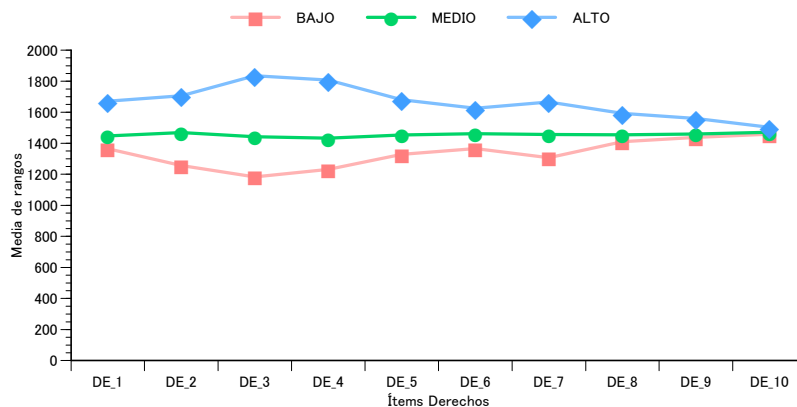


Figura 85. Rangos promedio de los ítems de Derechos (poder discriminativo)

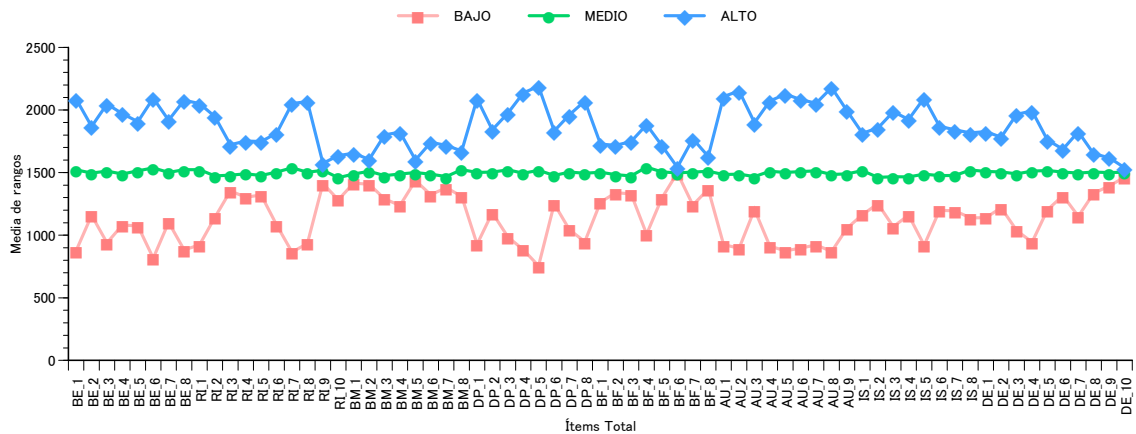


Figura 86. Rangos promedio de los ítems de la Escala GENCAT (poder discriminativo)

Si realizamos el contraste de *Kruskal-Wallis* para los ítems de la *Escala GENCAT* tomados en conjunto (Tabla 76 y Figura 86), comprobamos que de nuevo se vislumbran perfectamente los tres perfiles de los grupos que obtienen puntuaciones altas, medias y bajas. Además los perfiles de quienes obtienen puntuaciones altas y bajas resultan bastante simétricos. Entre los ítems con menor poder discriminativo destacan el 8 de Relaciones interpersonales (*‘Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él’*), el 6 de Bienestar físico (*‘En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma’*) y el 10 de Derechos (*‘Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos’*). Por otro lado, los ítems que presentan mayor discriminativo sobretodo discriminan entre aquellos que alcanzan puntuaciones altas y aquellos con bajas puntuaciones. No obstante, su poder es menor con respecto a la diferenciación de ambos grupos con respecto a quienes obtienen puntuaciones medias. Entre tales ítems, destacan el 4 (*‘Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean’*) y el 5 de Desarrollo Personal (*‘Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable’*), el 1 (*‘Tiene metas, objetivo e intereses personales’*), el 2 (*‘Elige cómo pasar su tiempo libre’*) y el 8 (*‘Organiza su propia vida’*) de Autodeterminación.

De este modo, dados los resultados obtenidos, podemos concluir que los ítems de la Escala GENCAT discriminan de modo significativo entre los tres grupos dados, tanto si tomamos todos los ítems en conjunto como si los analizamos por subescalas. No obstante, debemos tener en cuenta que el alto número de participantes influye en el nivel de significación de la prueba y, por este motivo, debemos prestar atención a aquellos señalados que presentan menor poder discriminativo.

Tabla 76. Poder discriminativo de los ítems de la Escala GENCAT (Kruskal-Wallis)

Ítem	Rangos promedio			Contraste		Ítem	Rangos promedio			Contraste	
	Bajo (N = 661)	Medio (N = 1655)	Alto (N = 610)	$\chi^2$ (2)	p		Bajo (N = 661)	Medio (N = 1655)	Bajo (N = 610)	$\chi^2$ (2)	p
BE_1	874,47	1521,49	2088,87	713,322	,000	BF_1	1263,98	1502,8	1728,11	118,736	,000
BE_2	1159,58	1497,02	1868,25	266,434	,000	BF_2	1339,32	1484,04	1718,51	125,125	,000
BE_3	939,17	1511,99	2047,66	612,133	,000	BF_3	1330,26	1473,76	1747,47	119,392	,000
BE_4	1081	1488,19	1971,47	401,76	,000	BF_4	1007,88	1543,15	1883,18	383,684	,000
BE_5	1074,04	1514,53	1905,8	353,749	,000	BF_5	1298,54	1505,32	1715,11	149,011	,000
BE_6	817,36	1538,15	2094,77	793,012	,000	BF_6	1498,26	1497,51	1542,63	11,355	,000
BE_7	1101,92	1501,64	1918,94	363,725	,000	BF_7	1240,36	1504,91	1769,65	140,953	,000
BE_8	882,55	1523,09	2077,26	680,621	,000	BF_8	1368,53	1509,93	1630,41	74,28	,000
RI_1	921,44	1522,5	2050,11	608,139	,000	AU_1	924,88	1484,9	2106,82	679,73	,000
RI_2	1141,42	1472,44	1947,16	315,921	,000	AU_2	894,73	1486,84	2153,18	765,886	,000
RI_3	1353,65	1479,29	1722,88	101,74	,000	AU_3	1204,51	1467,68	1898,22	295,198	,000
RI_4	1303,41	1490,72	1752,3	153,998	,000	AU_4	912,23	1510,24	2071,14	658,174	,000
RI_5	1320,54	1477,55	1747,66	122,797	,000	AU_5	874,91	1501,12	2126,69	754,554	,000
RI_6	1080,23	1503,83	1815,9	295,181	,000	AU_6	897,25	1508,32	2083,57	687,263	,000
RI_7	864,84	1539,12	2051,22	711,208	,000	AU_7	921,93	1514,55	2053,63	638,617	,000
RI_8	935,24	1502,27	2068,32	617,026	,000	AU_8	870,64	1485,79	2178,79	816,417	,000
RI_9	1411,74	1518,29	1575,4	14,621	,000	AU_9	1054,85	1489,92	1994,55	493,573	,000
RI_10	1283,55	1459,39	1636,77	102,649	,000	IS_1	1164,51	1515,45	1814,75	205,957	,000
BM_1	1416,65	1488,5	1655,85	76,703	,000	IS_2	1251,17	1461,36	1855,28	189,767	,000
BM_2	1406,58	1511,47	1605,51	63,522	,000	IS_3	1067,65	1465,98	1986,56	437,478	,000
BM_3	1290,94	1475,7	1800,53	182,523	,000	IS_4	1160,59	1464,8	1924,83	319,163	,000
BM_4	1237,9	1488,35	1823	221,033	,000	IS_5	919,74	1486,79	2096,2	671,995	,000
BM_5	1436,18	1499,56	1601,54	52,713	,000	IS_6	1198,46	1476,31	1869,81	254,256	,000
BM_6	1322,95	1487,5	1741,37	124,802	,000	IS_7	1194,9	1478,44	1841,57	209,872	,000
BM_7	1379,67	1468,06	1718,29	64,476	,000	IS_8	1138,32	1519,52	1817,05	330,327	,000
BM_8	1310,09	1523,81	1672,46	147,492	,000	DE_1	1140,22	1509,91	1827,48	316,905	,000
DP_1	928,03	1500,95	2089,39	676,498	,000	DE_2	1218,59	1505,49	1782,55	274,587	,000
DP_2	1178,96	1504,12	1841,34	226,901	,000	DE_3	1037,87	1489,95	1966,71	458,919	,000
DP_3	985,03	1521,62	1976,14	473,058	,000	DE_4	943,34	1512,48	1992,71	563,157	,000
DP_4	884,95	1495,57	2137,06	771,956	,000	DE_5	1202,56	1517,39	1760,65	274,567	,000
DP_5	755,43	1519,24	2188,84	993,933	,000	DE_6	1315,8	1504,16	1686,08	170,047	,000
DP_6	1249,67	1477,05	1832,34	220,938	,000	DE_7	1150,75	1496,95	1826,64	303,438	,000
DP_7	1044,76	1503,97	1961,47	406,784	,000	DE_8	1335,38	1504,8	1650,57	135,451	,000
DP_8	948,41	1494,8	2071,49	639,571	,000	DE_9	1393,12	1499,13	1619,73	83,863	,000
						DE_10	1463,45	1502,98	1538,76	29,196	,000

Estas pruebas, junto con el análisis bibliográfico, la consulta a jueces expertos y la realización de los grupos de discusión sirven, como se ha señalado, como fuentes de evidencia de la validez de la Escala GENCAT basadas en el contenido.

**4. 4. 1. 2. Evidencias de validez basadas en la estructura interna**

El análisis de la estructura interna de una prueba permite poner de relieve el grado en que las relaciones entre los ítems se corresponden con el constructo que se pretende evaluar. El análisis factorial confirmatorio (AFC) es una de las técnicas más utilizadas a este respecto cuando el investigador tiene hipótesis sobre la estructura de las variables latentes, sus relaciones entre sí y sus relaciones con las variables observadas (modelo conceptual) (Batista y Coenders, 2000; Bollen, 1989; Byrne, 1998; Kaplan, 2000; Kline, 2005; Loehlin, 2004; Marcoulides y Schumacker, 2001). Como señalamos en el *Planteamiento inicial* de este capítulo, el AFC se engloba dentro del marco de los denominados *Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM, 'Structural Equation Modeling')* o de *Estructuras de Covarianza*. Dentro de estos modelos, el AFC se centra en el estudio de los *modelos de medida*. La Figura 87 (modificada a partir de Boomsna, 2000) resume los pasos seguidos en el AFC.

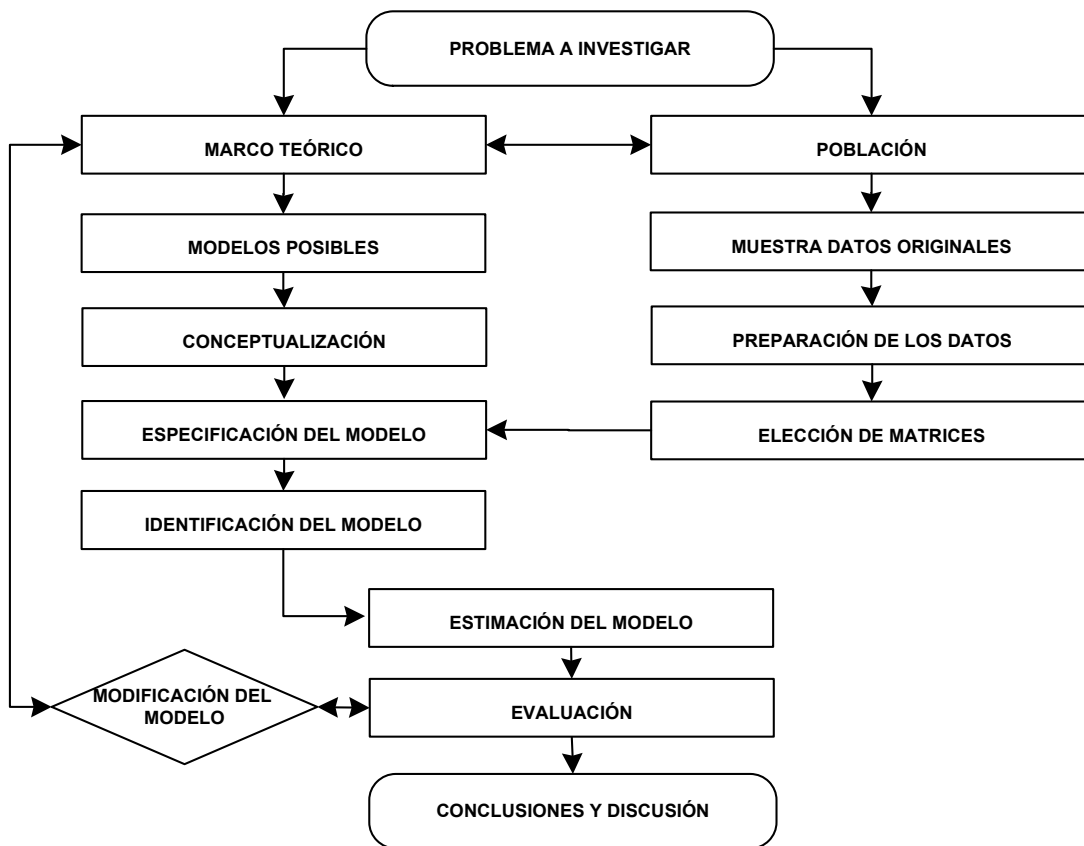


Figura 87. Diagrama de flujo con los pasos seguidos en el AFC

### **a) Preparación de los datos y condiciones previas**

La preparación de los datos para su análisis con AFC resulta crucial por dos razones: (a) ciertos problemas relacionados con los datos pueden llevar a que el AFC fracase a la hora de encontrar una solución plausible; y (b) la mayor parte de los métodos de estimación en SEM imponen ciertas asunciones acerca de la distribución de los datos (Arias, 2008; Hair et al., 2006; Lévy y Varela, 2006; Martínez-Arias et al., 2006). Por ello, nuestra primera tarea a la hora de abordar el AFC ha consistido en la preparación de los datos y la comprobación de los supuestos (Arbuckle, 2000; Diamantopoulos y Siguaw, 2000; Hatcher, 2006; Jöreskog, 1993; Jöreskog y Sörbom, 1996a, 1996b). A continuación presentamos los resultados obtenidos tras la comprobación de los supuestos necesarios para realizar un AFC (adaptado de Arias, 2008; Lévy y Varela, 2006).

#### *1. Nivel de medida*

La exigencia del nivel de medida intervalar o continuo de los indicadores puede atenuarse, de modo que se considera plausible utilizar indicadores de tipo ordinal (como es nuestro caso). Este tipo de datos impide utilizar ciertos métodos de estimación (i.e., *ML*, *máxima verosimilitud*, método de estimación más utilizado) y obliga a la elección de otros más adecuados. En nuestro caso, dada la naturaleza de los datos, utilizamos el método de estimación de parámetros denominado *mínimos cuadrados ponderados diagonalizados* (i.e., *DWLS*, *'Diagonal Weighted Least Squares'*).

#### *2. Valores por indicador*

Se recomienda que el número mínimo de valores de cada indicador sea cuatro para aumentar la probabilidad de que la distribución de los datos se acerque a la normalidad. En el caso de la GENCAT se cumple este requisito puesto que sus opciones de respuesta son cuatro (*'nunca o casi nunca'*, *'algunas veces'*, *'frecuentemente'*, *'siempre o casi siempre'*).

### 3. Normalidad y 'outliers'

Se recomienda que la distribución de los datos cumpla la normalidad multivariada, toda vez que la mayor parte de los métodos de estimación SEM exigen el cumplimiento de esta condición. Dado el elevado número de ítems ( $N = 69$ ), utilizamos 4 *parcels* compuestos por la suma de los ítems correspondientes. De este modo, utilizamos un total de 32 *parcels* (4 por cada una de las ocho dimensiones) (vid. apartado 9 de esta misma sección).

La normalidad multivariada implica que todas las distribuciones univariadas son normales. Por ello, primero realizamos las pruebas de contraste de normalidad para cada una de las variables (Tabla 77). Como se observa en la Figura 88, para un nivel de confianza del 5%, sólo los *parcels* *p1\_1* (correspondiente a los dos primeros ítems de la dimensión Relaciones interpersonales: '*Se muestra satisfecho con su vida presente*' y '*Presenta síntomas de depresión*') y el *p7\_1* (los dos primeros ítems de Inclusión social: '*Utiliza entornos comunitarios*' y '*Su familia le apoya cuando lo necesita*') cumplieron la hipótesis de simetría, mientras únicamente el *parcel* *2\_4* (tres últimos ítems de Relaciones interpersonales: '*Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él*', '*La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya*' y '*Tiene una vida sexual satisfactoria*') cumplió la hipótesis de distribución mesocúrtica.

Por su parte, el contraste conjunto de asimetría y curtosis indica que ninguna variable puede considerarse normal. De hecho, detectamos serios problemas de normalidad en todas las variables de Bienestar material y Derechos, el segundo *parcel* de Relaciones interpersonales ('*Se queja de la falta de amigos estables*' y '*Valora negativamente sus relaciones de amistad*') y en el tercero correspondiente a Bienestar físico ('*Sus problemas de salud le producen dolor y malestar*' y '*Tienen dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria*').

Del mismo modo, los valores obtenidos para el contraste de *Saphiro-Wilk* (Tabla 78), prueba más idónea dado el gran tamaño de la muestra y que mide el grado de ajuste de las observaciones a una recta en un gráfico de probabilidad normal, permiten rechazar la hipótesis nula de normalidad multivariada (Figura 89).



Tabla 77. Contrastes univariantes de normalidad para las variables

Dimensiones	Variables	Asimetría		Curtosis		Asimetría y Curtosis	
		Z	p	z	p	$\chi^2$	p
Bienestar emocional	p1_1	-7,092	,000	-5,811	,000	84,069	,000
	p2_2	-7,525	,000	-2,442	,015	62,584	,000
	p3_3	-7,349	,000	-6,587	,000	97,394	,000
	p4_4	-7,887	,000	-5,040	,000	87,602	,000
Relaciones interpersonales	p2_1	-1,944	,052	-7,970	,000	67,303	,000
	p2_2	-26,841	,000	35,147	,000	1.955,766	,000
	p2_3	-2,873	,004	-4,404	,000	27,649	,000
	p2_4	5,539	,000	-0,294	,769	3,762	,000
Bienestar material	p3_1	-31,961	,000	62,650	,000	4.946,504	,000
	p3_2	-22,164	,000	18,775	,000	843,764	,000
	p3_3	-27,074	,000	36,587	,000	2.071,609	,000
	p3_4	-11,325	,000	-6,320	,000	168,202	,000
Desarrollo personal	p4_1	5,806	,000	-4,426	,000	53,302	,000
	p4_2	-5,172	,000	-5,087	,000	52,628	,000
	p4_3	-9,058	,000	-2,112	,035	86,507	,000
	p4_4	-2,931	,003	-5,753	,000	41,689	,000
Bienestar físico	p5_1	-18,422	,000	6,912	,000	387,147	,000
	p5_2	-1,478	,000	-3,237	,001	12,271	,000
	p5_3	-29,659	,000	54,189	,000	3.816,108	,000
	p5_4	-19,527	,000	13,239	,000	556,557	,000
Auto-determinación	p6_1	-2,027	,043	-9,191	,000	88,586	,000
	p6_2	-9,181	,000	-6,603	,000	127,895	,000
	p6_3	-7,397	,000	-12,730	,000	216,768	,000
	p6_4	3,222	,001	-11,334	,000	138,845	,000
Inclusión social	p7_1	1,653	,098	-5,590	,000	33,985	,000
	p7_2	-13,384	,000	-3,057	,002	188,484	,000
	p7_3	-5,151	,000	-5,590	,000	57,791	,000
	p7_4	2,269	,023	-4,919	,000	29,345	,000
Derechos	p8_1	-21,708	,000	8,251	,000	539,296	,000
	p8_2	-14,716	,000	-2,838	,005	224,620	,000
	p8_3	-21,398	,000	12,268	,000	608,383	,000
	p8_4	-34,114	,000	94,948	,000	10.178,829	,000

Tabla 78. Prueba de normalidad univariada (Kolmorov-Sminorov)

	K-S	p		K-S	p		K-S	p		K-S	p
p1_1	,122	,000	p3_1	,475	,000	p5_1	,246	,000	p7_1	,152	,000
p2_2	,176	,000	p3_2	,284	,000	p5_2	,166	,000	p7_2	,179	,000
p3_3	,154	,000	p3_3	,403	,000	p5_3	,445	,000	p7_3	,140	,000
p4_4	,145	,000	p3_4	,215	,000	p5_4	,258	,000	p7_4	,201	,000
p2_1	,118	,000	p4_1	,165	,000	p6_1	,122	,000	p8_1	,339	,000
p2_2	,356	,000	p4_2	,145	,000	p6_2	,178	,000	p8_2	,183	,000
p2_3	,120	,000	p4_3	,165	,000	p6_3	,173	,000	p8_3	,312	,000
p2_4	,139	,000	p4_4	,143	,000	p6_4	,098	,000	p8_4	,487	,000

NOTA. K-S = Kolmorov-Smirnov, con corrección de Lilliefors

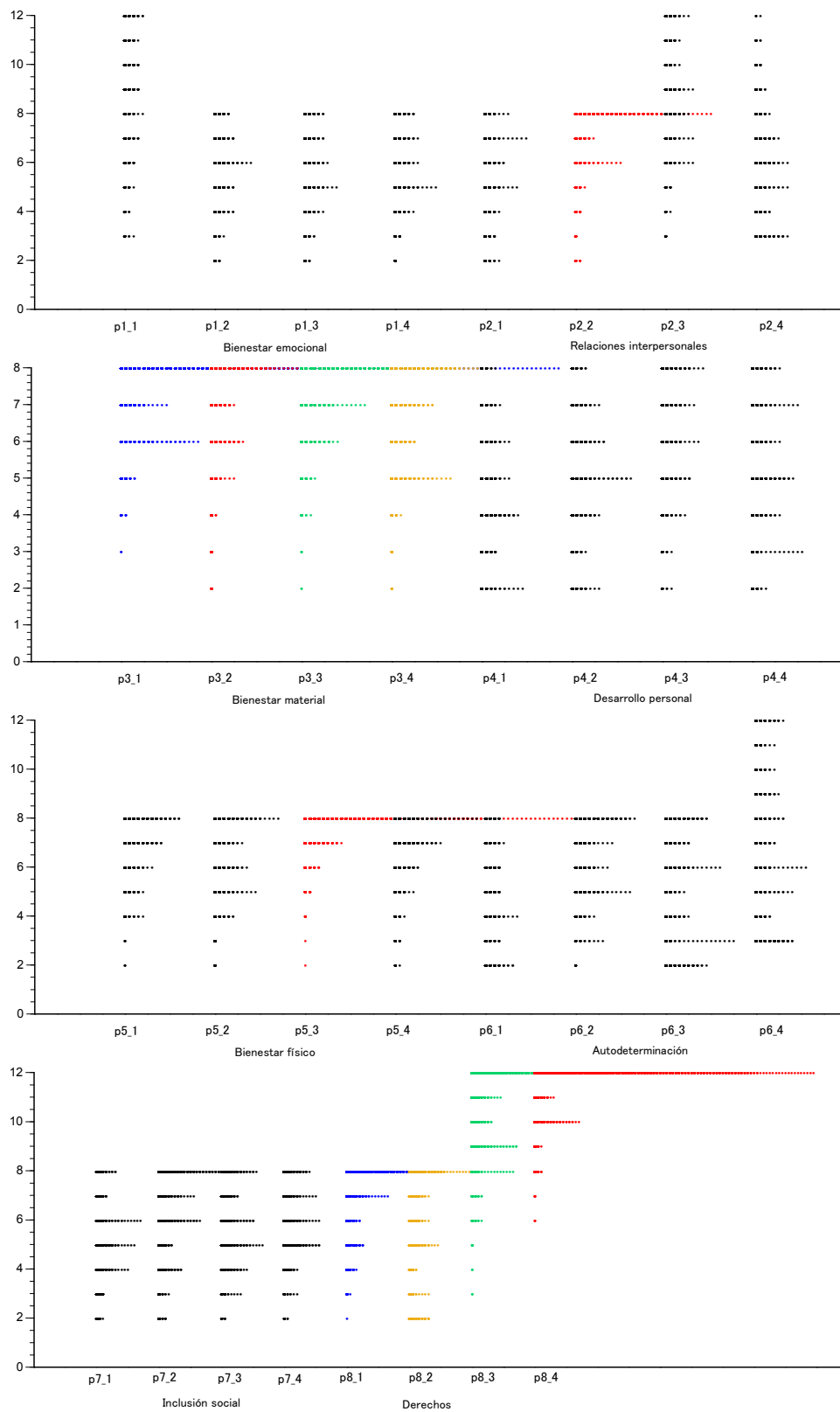


Figura 88. Dispersigramas apilados de los 'parcels' de las dimensiones

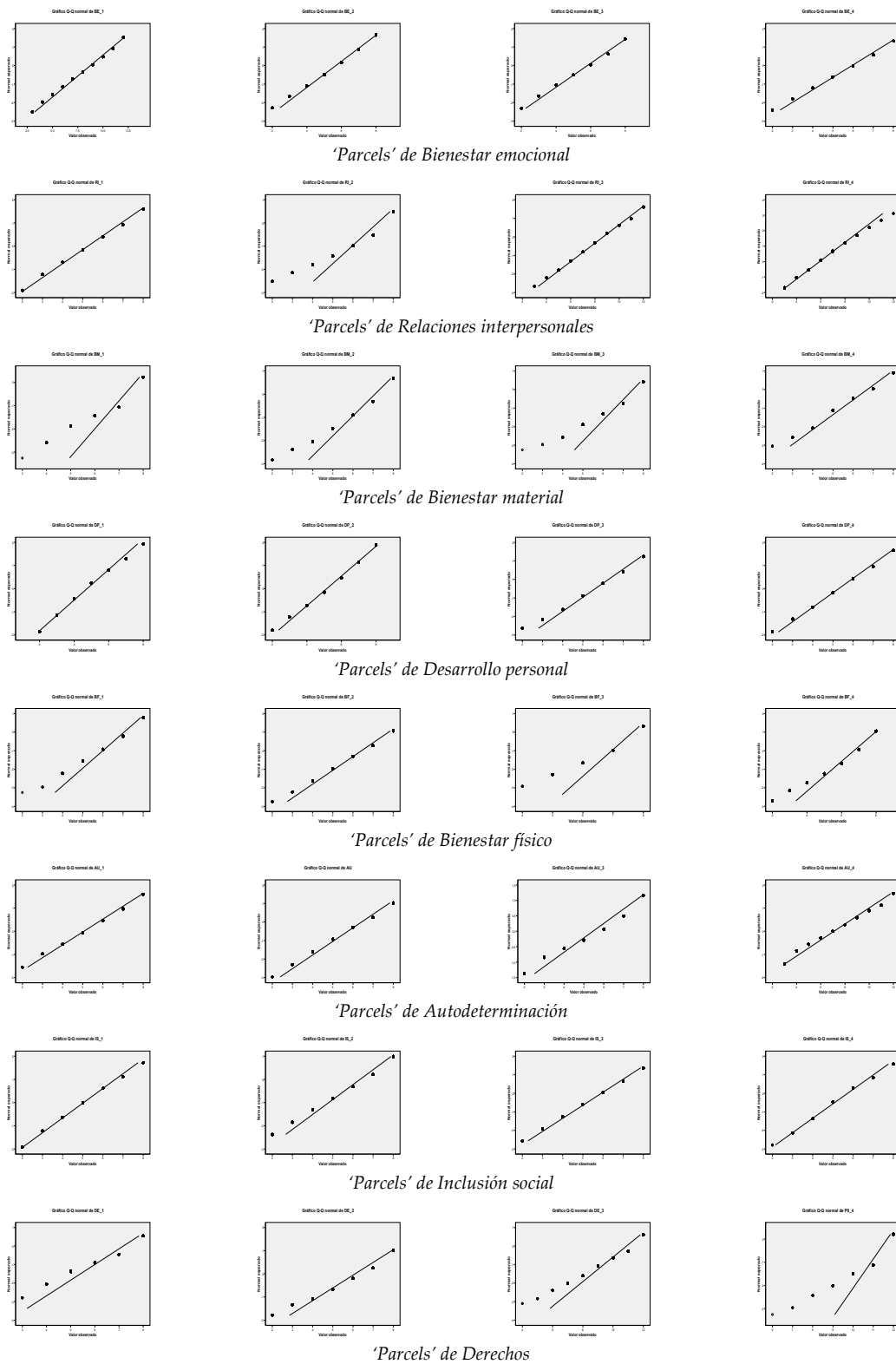


Figura 89. Gráficos Q-Q de probabilidad normal (Shapiro-Wilk)

Vistos los resultados del contraste de la normalidad univariada, no resulta sorprendente que los contrastes de asimetría y curtosis multivariantes, considerados tanto por separado como conjuntamente, permitan rechazar la hipótesis nula de distribución normal multivariante para cualquier nivel de significación, puesto que todos los valores de  $p$  asociados a los estadísticos son nulos (Tabla 79).

Tabla 79. Contraste multivariante de normalidad

Test	Asimetría		Curtosis			Asimetría y curtosis
	Small	Srivasta	Small	Srivasta	Mardia	Small
Valor	6943,058	1563,929	5422,316	3,689	1238,283	12365,374
Gl	32	32	32			64
N (b2p)				40,798	82,562	
p	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Finalmente, comprobamos los ‘outliers’ o valores atípicos (i.e., individuos que presentan un valor o combinación de valores en las variables observadas que los diferencia claramente del grueso de las observaciones). En este sentido, realizamos la detección de los valores atípicos desde una perspectiva univariante y multivariante. Con respecto al primer acercamiento, los diagramas de caja (Figura 90) nos permitieron detectar un alto número de valores atípicos en las dimensiones de Relaciones interpersonales (segundo y cuarto *parcel*), Bienestar material (en todos los *parcels*), Bienestar físico (todos los *parcels*) y Derechos (primer, tercer y último *parcel*). Sin embargo, no se encontraron outliers en las variables que conforman las dimensiones restantes.

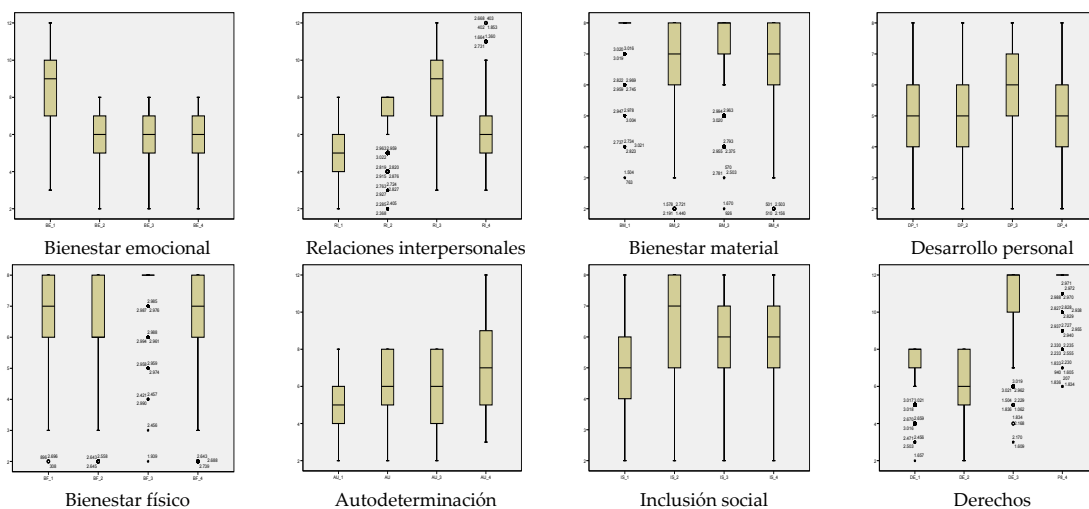


Figura 90. Diagramas de caja para de los ‘parcels’ de las dimensiones

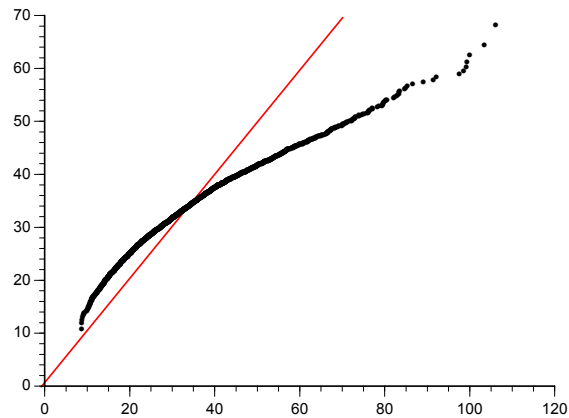


Figura 91. Detección de outliers multivariados

Tabla 80. Distancias de Mahalanobis al cuadrado

Caso	Distancia de Mahalanobis <sup>2</sup>		
661			106,12
259			103,44
2113			99,96
1282			99,35
552			99,15
F crítica (.05 / n)	75,40	gl	32,259
F crítica (.01 / n)	80,37	gl	32,259

Desde el punto de vista multivariante, las *distancias de Mahalanobis al cuadrado* (Tabla 80 y Figura 91) apuntan también varios casos atípicos. Tras estudiar cada caso, decidimos retener todos los casos puesto que no se trataban de errores de procesamiento ni de codificación, sino que son debidos a características idiosincráticas de la muestra, formada por diversos colectivos. Con ánimo de comprobar más adelante las diferencias o similitudes en la calidad de vida de estos colectivos, así como las características asociadas a los individuos que obtenían puntuaciones extremas, todos los valores se mantuvieron para los análisis.

#### 4. Linealidad

Este supuesto se refiere a que la relación entre distintas variables sea lineal. Para su comprobación, se presentan los gráficos de dispersión matriciales correspondientes a todas las combinaciones posibles de variables entre los cuatro *parcels* de cada dimensión (Figura 92). Tales gráficos parecen indicar que existe cierto grado de linealidad en las relaciones existentes entre los *parcels* de las dimensiones Bienestar emocional y Bienestar material, ya que los puntos en cada uno de ellos están más o menos situados alrededor de una recta. No obstante, la falta de linealidad resulta evidente en el caso de las combinaciones de variables entre las dimensiones restantes.

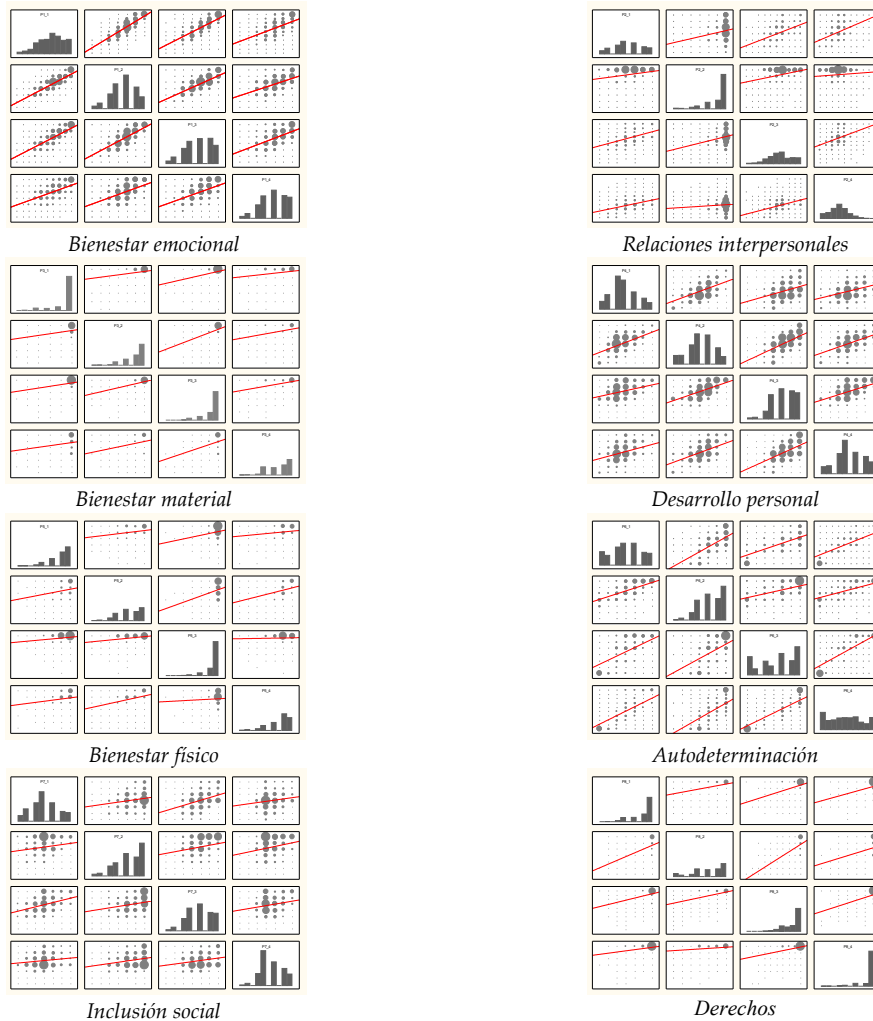


Figura 92. Gráficos de dispersión matricial de los 'parcels' en cada dimensión

## 5. Datos perdidos

La primera cuestión que abordamos fueron los *casos perdidos* (*'missing data'*); es decir, decidimos acerca del tratamiento de aquellos casos en los que no existían valores válidos para la realización de los análisis. El proceso seguido para tomar la decisión acerca del tratamiento de los casos perdidos consistió en seguir el procedimiento de cuatro pasos propuesto por Hair et al. (2006):

1. *Comprobación de su no ignorabilidad.* La mayor parte de los datos perdidos se debió a la no respuesta de los participantes por su insuficiente conocimiento de la respuesta más adecuada al ítem.
2. *Determinar la magnitud de los de datos perdidos.* La magnitud de los casos perdidos osciló entre los valores 0,20% y 2,20% correspondientes a los ítems 1 (*'Realiza actividades que le gustan con otras personas'*) y 6 (*'Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja'*) de Relaciones interpersonales. Los valores no son lo suficientemente grandes como para eliminar las variables (Diamantopoulus y Siguaw, 2000).
3. *Diagnosticar la aleatoriedad de los procesos de los casos perdidos.* Comprobamos que los datos perdidos no se ajustaban a un patrón especificado, sino que se producían completamente al azar (MCAR, *'Missing Completely at Random'*). En términos sencillos, MCAR alude a que los casos sin datos perdidos son totalmente iguales a aquellos con casos perdidos y, por tanto, se pueden utilizar métodos de imputación para su tratamiento.
4. *Selección del método de imputación.* Dadas las características de los datos, se consideró que la mejor opción para este estudio era *utilizar todos los datos válidos posibles* (i.e., método de eliminación *'listwise'*).

## 6. Multicolinealidad

La multicolinealidad se produce cuando las correlaciones entre las variables son excesivamente elevadas (del orden de ,90 o superior), lo que significaría que ambas miden de hecho el mismo constructo. En la Tabla 81 se muestran los coeficientes de correlación entre las variables latentes del modelo. El coeficiente más elevado ( $r = ,624$ ) se observa entre Autodeterminación e Inclusión social, si bien entraría dentro de los valores considerados como adecuados. La Figura 93 ilustra la matriz de correlaciones. Podemos concluir que no existe multicolinealidad dado que no existen valores  $> ,900$ .

Tabla 81. Coeficientes de correlación entre las dimensiones

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS
RI	,603						
BM	,240	,220					
DP	,537	,477	,177				
BF	,438	,295	,343	,365			
AU	,343	,328	,086	,624	,193		
IS	,419	,568	,324	,506	,389	,416	
DE	,240	,269	,231	,495	,192	,383	,59

## 7. Variables relevantes

Los modelos que se someterán a prueba incluirán únicamente aquellas variables apuntadas en la revisión bibliográfica y que han resultado relevantes en otros estudios. De este modo, se tratará de comprobar los modelos más parsimoniosos posible y, por ello, se ordenarán siguiendo este criterio.

## 8. Número mínimo de observaciones

La muestra tomada en conjunto supera ampliamente a las recomendaciones generales de superar las 150 observaciones, o 5 observaciones por cada parámetro a estimar (Breckler, 1990; Kline, 2005).



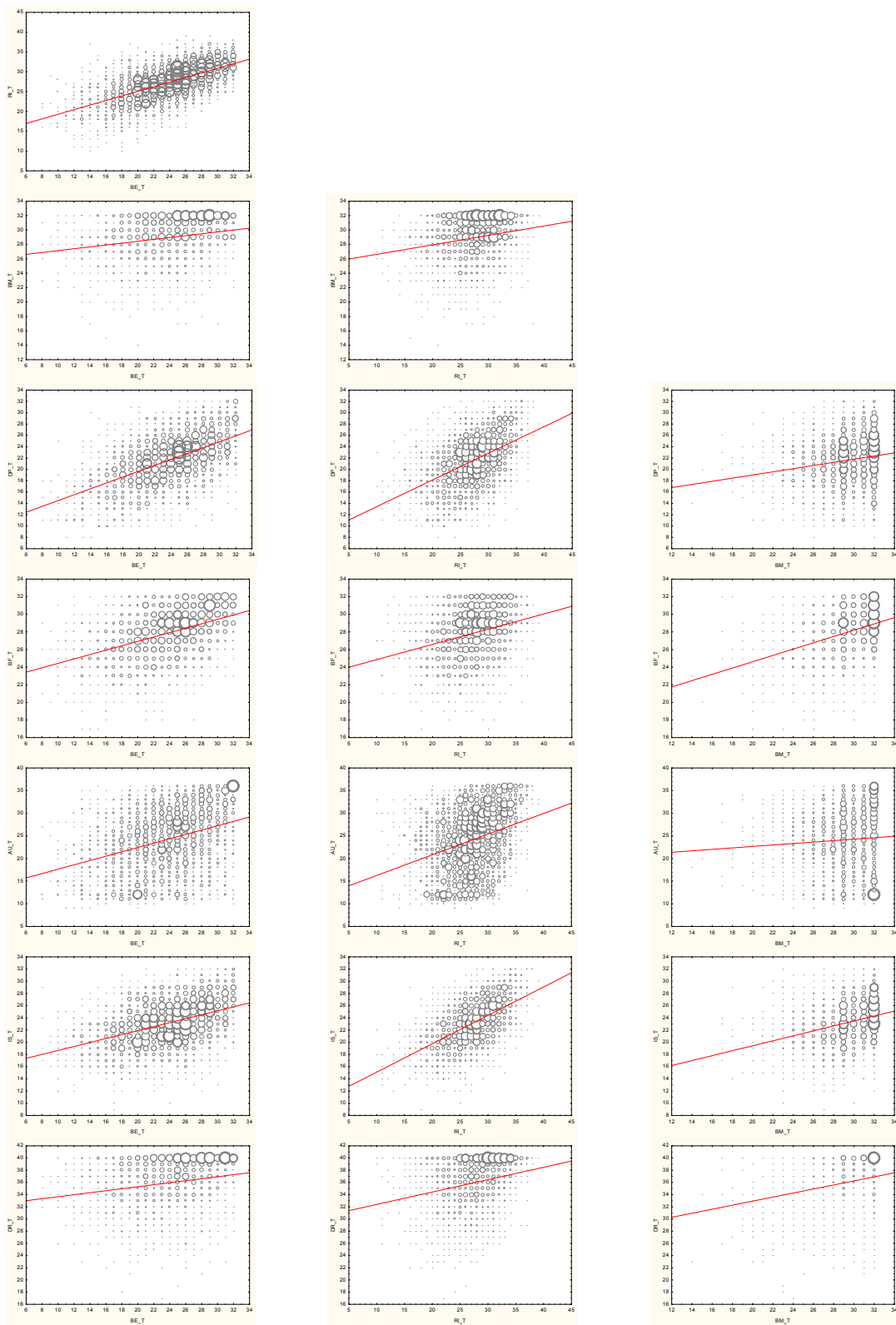


Figura 93. Matriz de correlaciones entre las dimensiones

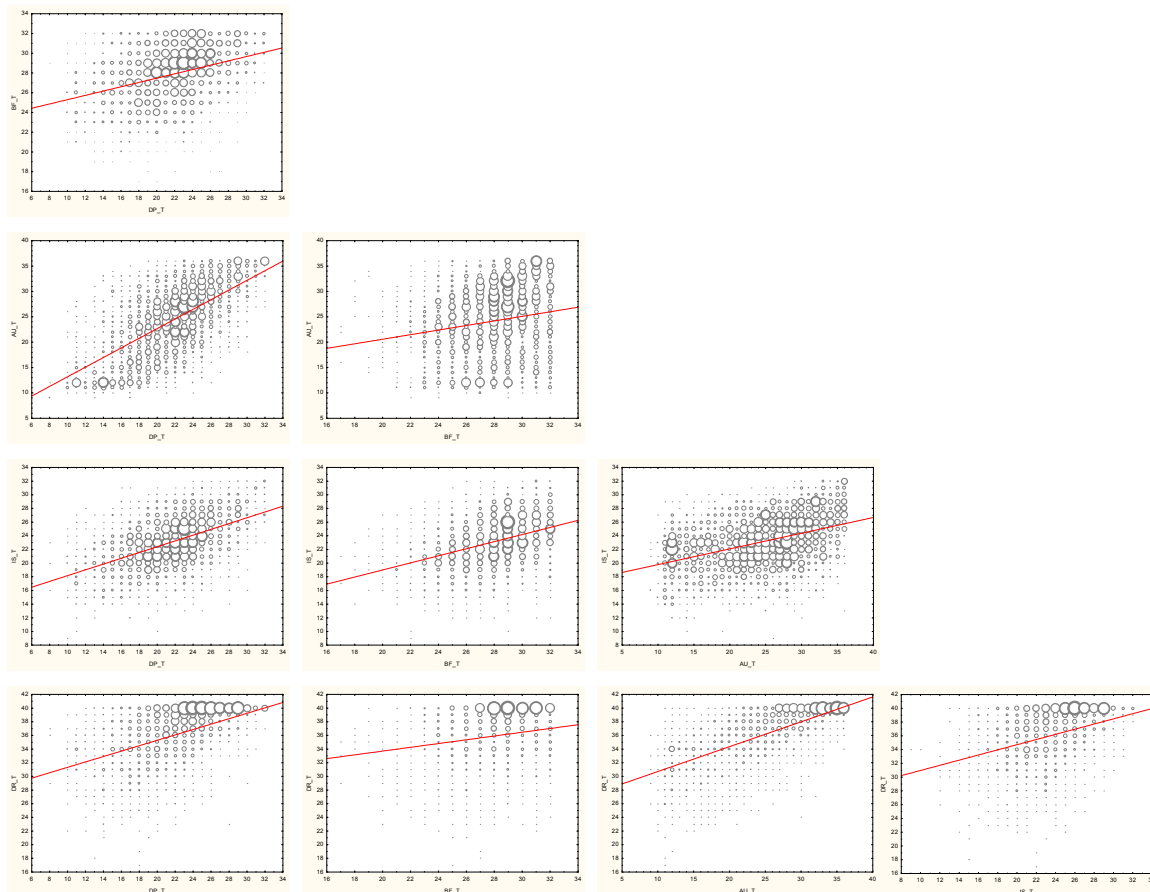


Figura 93. Matriz de correlaciones entre las dimensiones (cont.)

### 9. Indicadores por variable latente

Como ya hemos apuntado, siguiendo las recomendaciones más conservadoras para evitar problemas de identificación y de convergencia, se utilizaron cuatro *parcels* para medir cada variable latente. Las ventajas de utilizar *parcels* pueden resumirse en dos básicamente (Bandalos, 2002; Bandalos y Finney, 2001; Brown, 2006; Hall, Snell y Singer Foust, 1999; Kishton y Widaman, 1994; Little, Cunningham, Shahar y Widaman, 2002; West, Finch y Curran, 1995). En primer lugar, permiten reducir un elevado número de ítems a un conjunto más pequeño. En segundo lugar, los modelos basados en *parcels* son considerablemente menos complejos que los basados en ítems (la matriz de entrada es más reducida y son menos los parámetros a estimar). En este caso, cada *parcel* consiste en la puntuación compuesta lineal de los ítems correspondientes y, por ello, se tratan como una variable continua. No obstante, el uso de *parcels* también presenta algunos inconvenientes (Arias, 2008). Puesto que el más serio ocurre cuando la estructura subyacente no es unidimensional, comprobamos la unidimensionalidad de cada uno de ellos.

En la Tabla 82, se presentan algunas evidencias acerca de la unidimensionalidad de los *parcels*. Como se puede observar, en primer lugar, todos los *eigenvalues* superaron el valor 1 (el rango oscila entre 1,02 y 2,22). En segundo lugar, un factor explica más del 50% de la varianza en todos los casos con la excepción del tercer ( $p2\_3 = 41,90\%$ ) y cuarto *parcel* ( $p2\_4 = 38,22\%$ ) pertenecientes a Relaciones interpersonales. Con respecto a las comunalidades, de modo similar, se obtienen valores mayores a ,50 en todos los casos con la excepción de los señalados. En este sentido, el tercer *parcel* de Autodeterminación alcanzó el máximo valor ( $p6\_3 = ,90$ ). Finalmente, los coeficientes estandarizados oscilaron entre ,41 ( $p6\_4$ , cuarto *parcel* de Autodeterminación) y ,79 ( $p7\_2$ , segundo *parcel* de Inclusión social). Estos resultados nos permiten concluir que los *parcels* son unidimensionales, si bien los resultados no son tan satisfactorios en el caso de tres de ellos: el tercero y cuarto de Relaciones interpersonales y el segundo de Inclusión social.

Tabla 82. Pruebas de unidimensionalidad de los 'parcelas'

Dimensiones	Parcelas	Eigenvalues	% Varianza Explicada	Comunalidades	Coefficientes estandarizados
Bienestar emocional	p1_1	1,48	74,02	,74	,58
	p1_2	1,33	66,68	,67	,61
	p1_3	1,37	68,57	,69	,60
	p1_4	1,22	61,22	,61	,64
Relaciones interpersonales	p2_1	2,22	61,25	,61	,64
	p2_2	1,50	75,16	,75	,58
	p2_3	1,25	41,90	,32	,45
	p2_4	1,15	38,22	,49	,61
Bienestar material	p3_1	1,14	57,26	,57	,66
	p3_2	1,14	58,62	,59	,65
	p3_3	1,17	58,59	,59	,65
	p3_4	1,04	52,13	,52	,69
Desarrollo personal	p4_1	1,10	54,88	,55	,67
	p4_2	1,25	62,41	,62	,63
	p4_3	1,21	60,41	,60	,64
	p4_4	1,17	58,28	,58	,65
Bienestar físico	p5_1	1,02	51,06	,51	,70
	p5_2	1,11	55,42	,55	,67
	p5_3	1,08	53,78	,54	,68
	p5_4	1,07	53,47	,53	,68
Autodeterminación	p6_1	1,51	75,41	,75	,53
	p6_2	1,23	61,67	,62	,64
	p6_3	1,80	89,84	,90	,58
	p6_4	2,01	67,04	,67	,41
Inclusión social	p7_1	1,02	50,99	,51	,70
	p7_2	1,45	72,43	,72	,79
	p7_3	1,23	61,70	,62	,64
	p7_4	1,08	54,22	,54	,68
Derechos	p8_1	1,16	57,95	,58	,66
	p8_2	1,37	68,33	,68	,60
	p8_3	1,39	53,01	,77	,55
	p8_4	1,69	56,45	,85	,54

### 9. Número de indicadores

Un modelo eficaz no debería superar los 30 indicadores (Bentler y Chou, 1987; Lomax, 1982) debido a que conjuntos muy grandes de datos suelen resultar en valores enormes de  $\chi^2$  que imposibilitan el ajuste de los datos. Por ello, se recomienda la formación de *parcels*. En este sentido, los 69 ítems de la Escala GENCAT dieron lugar a 32 variables observadas (*parcels*), número que resulta mucho más razonable para realizar el análisis.

#### **b) Elección de la matriz para el análisis**

Dada la naturaleza de los datos (vid. apartado anterior), como se recomienda (Hair et al., 2006; Lèvy y Varela, 2006; Martínez-Arias et al., 2006), llevamos a cabo el análisis factorial confirmatorio para distintos los modelos sometidos a prueba utilizando como método de estimación DWLS (*Diagonal Weighted Least Squares*) sobre la matriz de *varianzas-covarianzas policóricas* y la estimación de *covarianzas asintóticas*.

#### **c) Especificación e identificación de los modelos**

El proceso de especificación tiene como objetivo establecer formalmente un modelo (Hoyle, 1995). Se trata de tomar decisiones con respecto a seis cuestiones (Long, 1983):

- a) el número de factores latentes comunes;
- b) el número de variables observables;
- c) la relación entre los factores comunes;
- d) la relación entre las variables observables y los factores comunes;
- e) la relación entre factores únicos y variables observables; y
- f) las relaciones entre factores únicos.

Por su parte, el proceso de identificación tiene como objetivo asegurar que cada parámetro libre especificado en el modelo pueda ser igualado, al menos, a una combinación de valores de la matriz de covarianzas muestral.

Para el establecimiento formal de la estructura del modelo, nos basamos en el sustento teórico. A este respecto, aunque la teoría se decanta claramente por un modelo de ocho factores correlacionados (Schalock y Verdugo, 2002/2003), en aras de perseguir la parsimonia del modelo sometimos a prueba la estructura unidimensional (toda vez que, si los resultados conducen a la aceptación de dicho modelo, carece de sentido plantear modelos más complejos). Asimismo, comprobamos un tercer modelo propuesto en una reciente investigación (Wang et al., en prensa), en el que la calidad de vida se entiende como una estructura jerárquica en el que las ocho dimensiones se aglutinan en una de segundo orden (calidad de vida). A continuación, continuamos con el contraste de estructuras jerárquicas comprobando el ajuste de los datos a dos combinaciones distintas de ocho dimensiones de primer orden agrupadas en tres de segundo orden. Estas propuestas se plantean en el recién mencionado artículo de Wang et al. (en prensa) y consisten en los denominados '*modelo de Schalock*' y '*modelo de Salamanca*'. Todos los modelos sometidos a prueba se enumeran y detallan a continuación (Tabla 83).

Tabla 83. Modelos sometidos a prueba mediante AFC

**Modelo 1:** La calidad de vida es un constructo *unidimensional*.

**Modelo 2:** La calidad de vida se compone de 8 factores correlacionados (*modelo de Schalock y Verdugo, 2002/2003*): *bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos*.

**Modelo 3:** La calidad de vida se compone de 8 factores de primer orden (*bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos*) y uno de segundo orden (*calidad de vida*) (*modelo de Wang et al., en prensa*).

**Modelo 4:** La calidad de vida se compone de 8 factores de primer orden y tres de segundo orden (*modelo de Salamanca*): *Bienestar Personal* (bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación), '*Empowerment*' (inclusión social, derechos) y *Bienestar Físico y Material* (bienestar físico, bienestar material) (Wang et al., en prensa).

**Modelo 5:** La calidad de vida se compone de 8 factores de primer orden y tres de segundo orden (*modelo de Schalock*): *Independencia* (desarrollo personal y autodeterminación), *Integración Social* (relaciones interpersonales, inclusión social, derechos) y *Bienestar Personal* (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material) (Wang et al., en prensa).

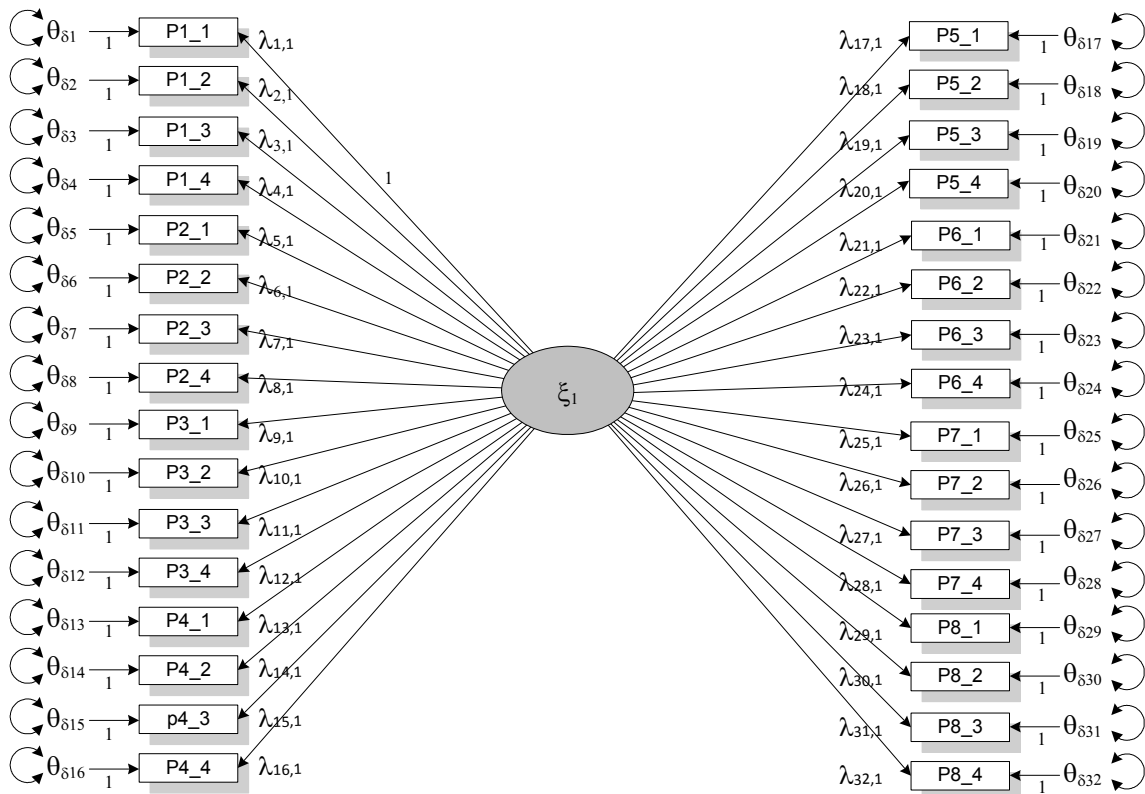


Figura 94. Especificación e identificación del modelo 1 (unidimensional)

Inicialmente, se especificó un modelo en el que la calidad de vida quedó definida por un constructo latente y 32 indicadores. De este modo, el primer modelo que sometimos a confirmación ('calidad de vida es un constructo *unidimensional*') puede observarse en la Figura 94, donde  $\theta_{\delta}$  representa los errores de medida de los indicadores (los 32 *parcels*),  $\lambda_x$  los pesos o cargas factoriales de las variables ('*loadings*') y  $\xi_x$  la variable latente (calidad de vida). Dado que una condición básica para identificar un modelo AFC es que todas las variables (i.e, variables latentes, coeficientes de regresión de los errores de medida, varianza del error de medida del primer indicador) tengan una escala, les asignamos el valor 1,00 (ULI, '*Unit Loading Identification*'). Para todos los modelos contamos con 528 observaciones, que corresponden a las 32 varianzas más las 496 covarianzas entre las variables observadas. En este caso, el número de parámetros a estimar es 64 (32 varianzas de los errores de medida, 31 efectos directos del factor sobre los indicadores y una varianza de la variable latente). Así pues, disponemos de un modelo supraidenticado con 464 grados de libertad (528 puntos de datos menos 64 parámetros a estimar).

El segundo modelo (Figura 95) sometido a prueba fue el de *Schalock y Verdugo (2002/2003)*, en el que la calidad de vida se entiende compuesta por ocho dimensiones intercorrelacionadas. En el diagrama,  $\theta_{\delta}$  representa los errores de medida de los indicadores (los 32 *parcels*),  $\lambda_x$  los pesos o cargas factoriales de las variables (*'loadings'*),  $\xi_x$  las variables latentes (las ocho dimensiones de calidad de vida) y  $\Phi_x$  las covarianzas entre las variables latentes. Esta vez, el número de parámetros a estimar es 92 (32 varianzas de los errores de medida, 24 efectos directos de los factores sobre los indicadores, 28 covarianzas entre los factores y 8 varianzas de las variables latentes). De este modo, disponemos también de un modelo supraidentificado con 436 grados de libertad (528 puntos de datos menos 92 parámetros a estimar).

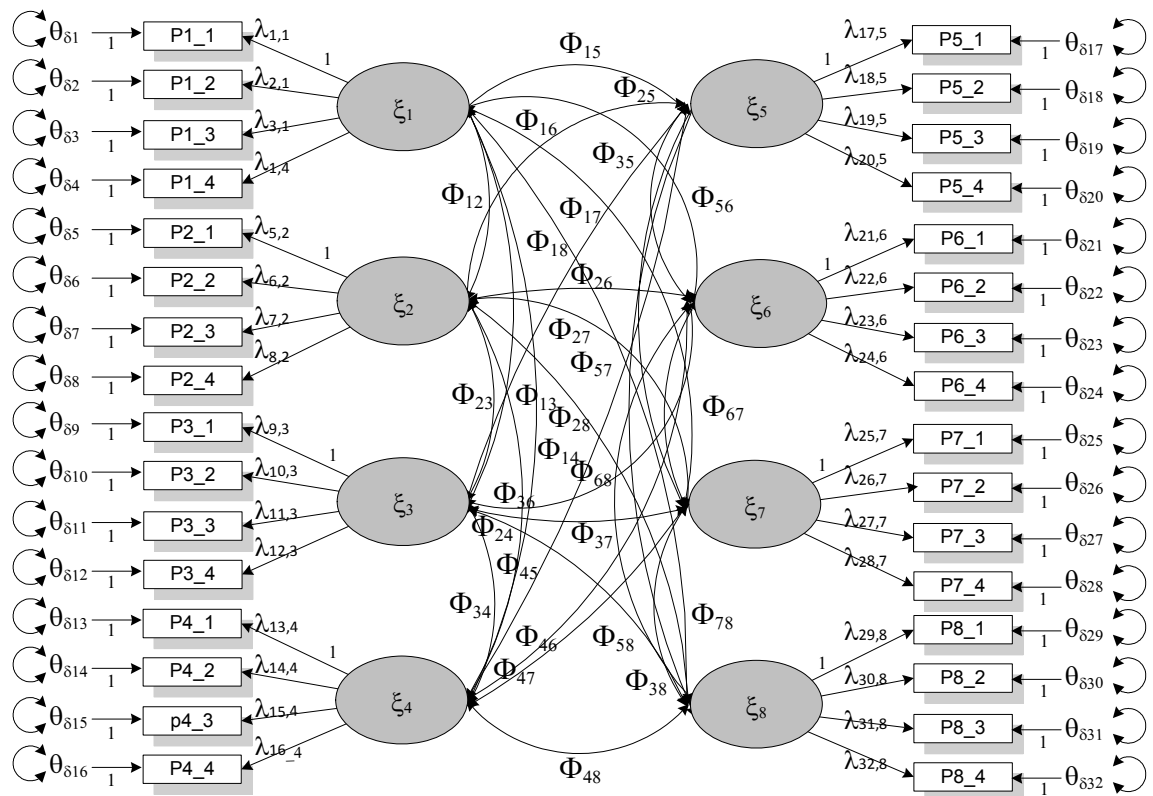


Figura 95. Especificación e identificación del modelo 2 (Schalock y Verdugo, 2002/2003)



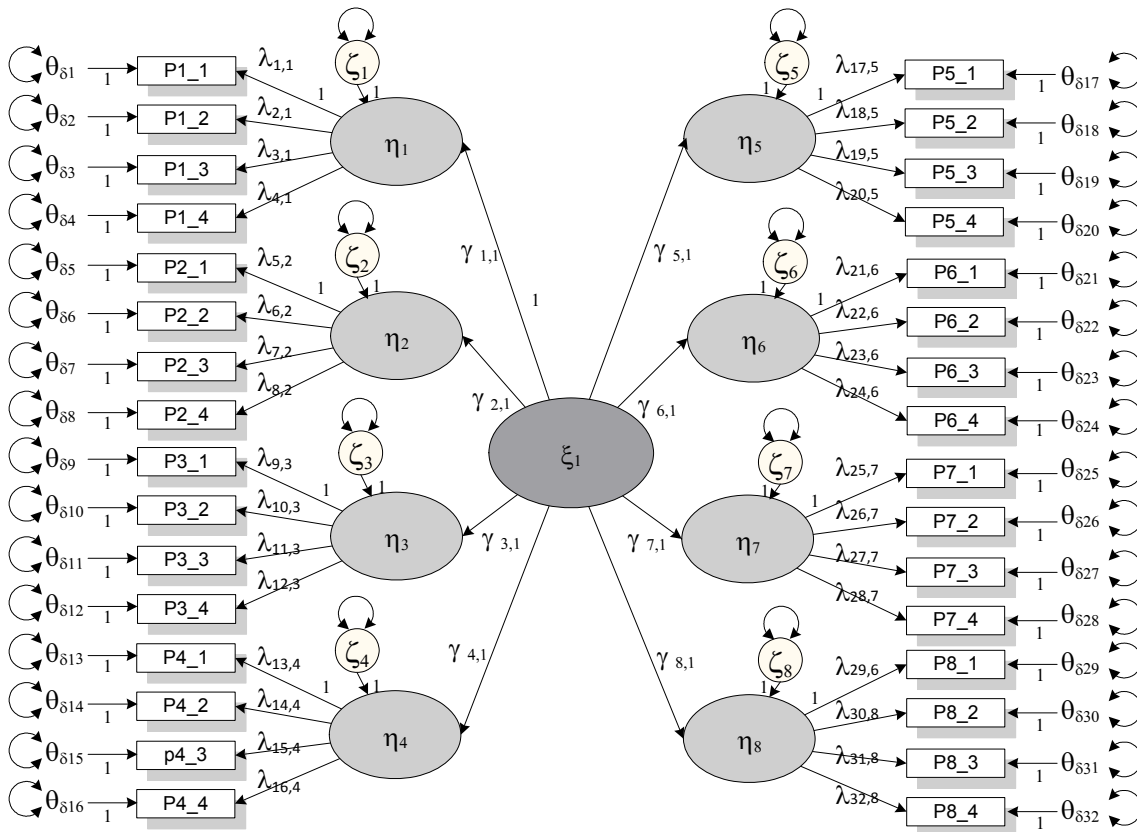


Figura 96. Especificación e identificación del modelo 3 (modelo de Wang et al., en prensa)

El tercer modelo (Figura 96) fue aquel al que los datos se ajustaron mejor en el artículo de Wang et al. (en prensa). Según éste, la calidad de vida sería una estructura jerárquica formada por un factor de primer orden (calidad de vida) y ocho de segundo orden (dimensiones de calidad de vida). En esta figura,  $\theta_{\delta}$  representa los errores de medida de los indicadores (los 32 *parcels*),  $\lambda_x$  los pesos o cargas factoriales de las variables (*loadings*),  $\eta_x$  las variables latentes endógenas (las ocho dimensiones de calidad de vida),  $\zeta_x$  los errores de medida de las variables endógenas,  $\xi_x$  la variable exógena (calidad de vida), y  $\gamma_x$  los efectos directos de la variable exógena sobre las variables endógenas. Así, el número de parámetros a estimar es 74 (32 varianzas de los errores de medida, 26 efectos directos de las variables endógenas sobre los indicadores, 8 errores de medida de las variables latentes endógenas, 7 efectos directos de la variable latente exógena sobre las endógenas y una varianza de la variable latente exógena). De este modo, disponemos también de un modelo sobreidentificado con 456 grados de libertad (528 puntos de datos menos 74 parámetros a estimar).

El segundo modelo jerárquico que se identificó (Figura 97) fue el denominado ‘*modelo de Salamanca*’ en el artículo de Wang et al. (en prensa). En dicho modelo, la calidad de vida se define por tres variables de primer orden y ocho de segundo orden:

1. ‘*Empowerment*’: inclusión social y derechos.
2. *Bienestar Personal*: bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal y autodeterminación.
3. *Bienestar Físico y Material*: bienestar físico y bienestar material.

Ahora, el número de parámetros a estimar era 77 (32 varianzas de los errores de medida, 26 efectos directos de las variables endógenas sobre los indicadores, 8 errores de medida de las variables latentes endógenas, 5 efectos directos de las tres variables exógenas sobre las endógenas, 3 varianzas de las variables exógenas y 3 covarianzas entre las variables latentes exógenas). Puesto que disponemos de 456 grados de libertad, contamos de nuevo con un modelo supraidentificado.

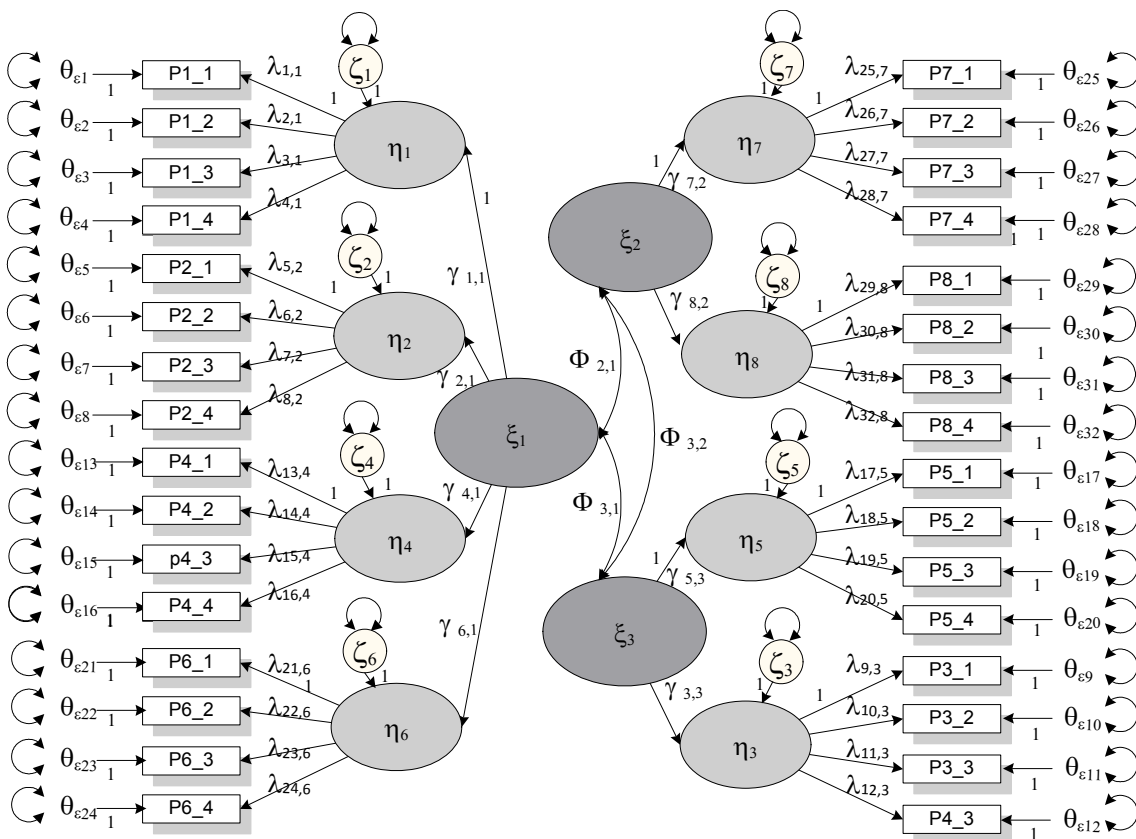


Figura 97. Especificación e identificación del modelo 4 (Modelo de Salamanca)

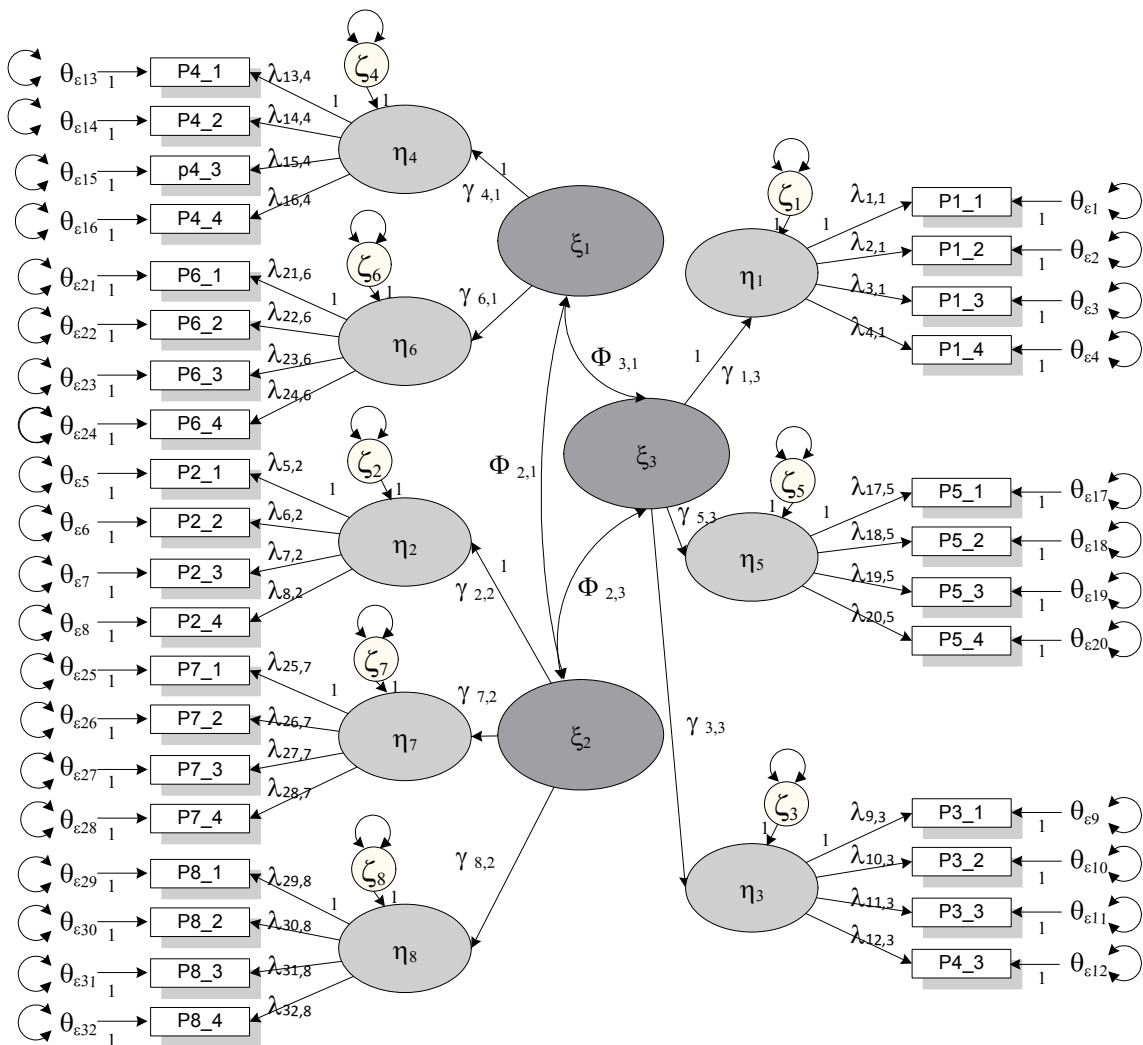


Figura 98. Especificación e identificación del modelo 5 (Modelo de Schalock)

Finalmente, identificamos un último modelo jerárquico (Figura 98): el llamado ‘*modelo de Schalock*’ (Wang et al., en prensa) en que la calidad se definiría también por tres variables de primer orden y ocho de segundo orden pero distribuidas del siguiente modo:

1. *Independencia*: desarrollo personal y autodeterminación.
2. *Integración social*: relaciones interpersonales, inclusión social y derechos.
3. *Bienestar Físico y Material*: bienestar emocional, bienestar físico y bienestar material.

Como en el anterior, el número de parámetros a estimar es 77 y, al disponer de 456 grados de libertad, el modelo está sobreidentificado.

#### d) Estimación de los parámetros de los modelos

Como hemos apuntado previamente, la estimación se llevó a cabo mediante *DWLS* (*mínimos cuadrados ponderados diagonalizados*), ya que minimiza la función de discrepancia:

$$F_{SLS} = \frac{1}{2} \text{tr} \{D^{-1}[S - \Sigma(\theta)]\}^2 \quad (4.8)$$

Donde  $S$  es la matriz de varianzas-covarianzas observada,  $\Sigma(\theta)$  es la matriz de varianzas-covarianzas reproducida a partir de los parámetros del modelo y  $D$  es una matriz diagonal que contiene las varianzas de  $S$ . Para emplear este método de estimación no se requiere de supuestos respecto a la forma de la distribución (recuérdese que la distribución de los datos no cumplía el supuesto de normalidad multivariada) (vid. por ejemplo, el contraste de Mardia, 1970; apartado a.3 de esta sección). La ventaja que presenta sobre las estimaciones mediante mínimos cuadrados no ponderados (*ULS*) es que los resultados son invariantes respecto a la escala de medida de las variables.

A continuación, las Figuras 99-103 muestran las soluciones estandarizadas proporcionadas por el programa LISREL 8.8 (*Scientific Software International, 2006*). Las salidas gráficas muestran el valor de las correlaciones entre los factores, las saturaciones de los factores en cada indicador y el coeficiente de determinación de cada una de las ecuaciones factoriales (i.e., el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado ( $R^2$ ) para cada indicador, que indica la proporción de varianza de las variables observadas que es explicada por el factor latente correspondiente.

En la primera solución, correspondiente al *modelo unidimensional* (Figura 99), aunque todos los coeficientes resultaron significativos (*t-values* significativamente diferentes de cero) advertimos que los errores de predicción ( $\theta$ ) oscilan entre ,36 ( $p6\_2$ ) y ,96 ( $p3\_1$ ). De este modo, se deduce que los coeficientes de correlación múltiple al cuadrado ( $R^2$ ) para cada indicador se encuadran dentro de un rango comprendido entre ,04 y ,64. Además, de estos coeficientes sólo cuatro están por encima de ,50. De este modo, la proporción de varianza de las variables observadas que logra ser explicada por el factor latente (calidad de vida) está lejos de ser la adecuada. Las saturaciones factoriales ( $\lambda$ ), por su parte, oscilan entre ,27 ( $p3\_1$ ) y ,80 ( $p6\_2$ ), siendo 14 de las 32 cargas factoriales menores de ,50. En conclusión, una única dimensión no es suficiente para reproducir la matriz de covarianzas original y, por ello, sometimos a prueba una solución multifactorial.

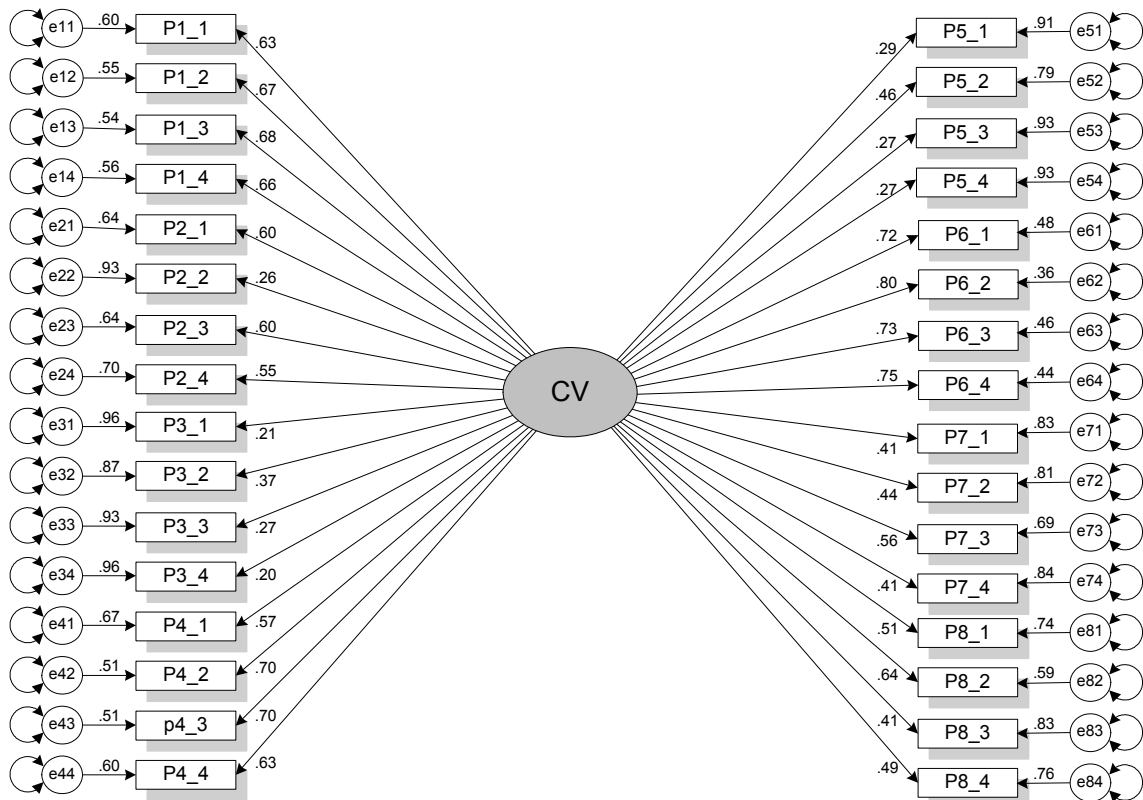


Figura 99. Parámetros estandarizados del modelo 1 (unidimensional)

El segundo modelo sometido a prueba fue, precisamente, la solución multidimensional que recibe mayor empírico según la revisión bibliográfica y que sustenta la Escala GENCAT, el modelo de *Schalock y Verdugo (2002/2003)*: calidad de vida se compone de ocho dimensiones fundamentales que correlacionan entre sí. En la solución factorial de este modelo (Figura 100), se puede apreciar que los errores de predicción ( $\theta$ ) oscilan entre ,20 ( $p6_2$ ) y ,86 ( $p2_2$ ). En consecuencia, los coeficientes de determinación ( $R^2$ ) (Tabla 84), oscilan entre ,14 y ,80. La mitad de estos valores se sitúan por encima de ,50. En cuanto a las cargas factoriales ( $\lambda$ ), están comprendidas en el rango ,38 ( $p2_2$ ) y ,89 ( $p6_2$ ). El 81,3% de las saturaciones factoriales supera el valor de ,50 y todas ellas resultaron estadísticamente significativas con valores  $t$  superiores a 2,58 ( $p < ,01$ ). Además, todos los coeficientes resultaron significativos. De este modo, los resultados ponen de manifiesto que la solución multidimensional es sensiblemente mejor que la unidimensional descrita anteriormente al presentar mayores saturaciones y menores errores de medida.

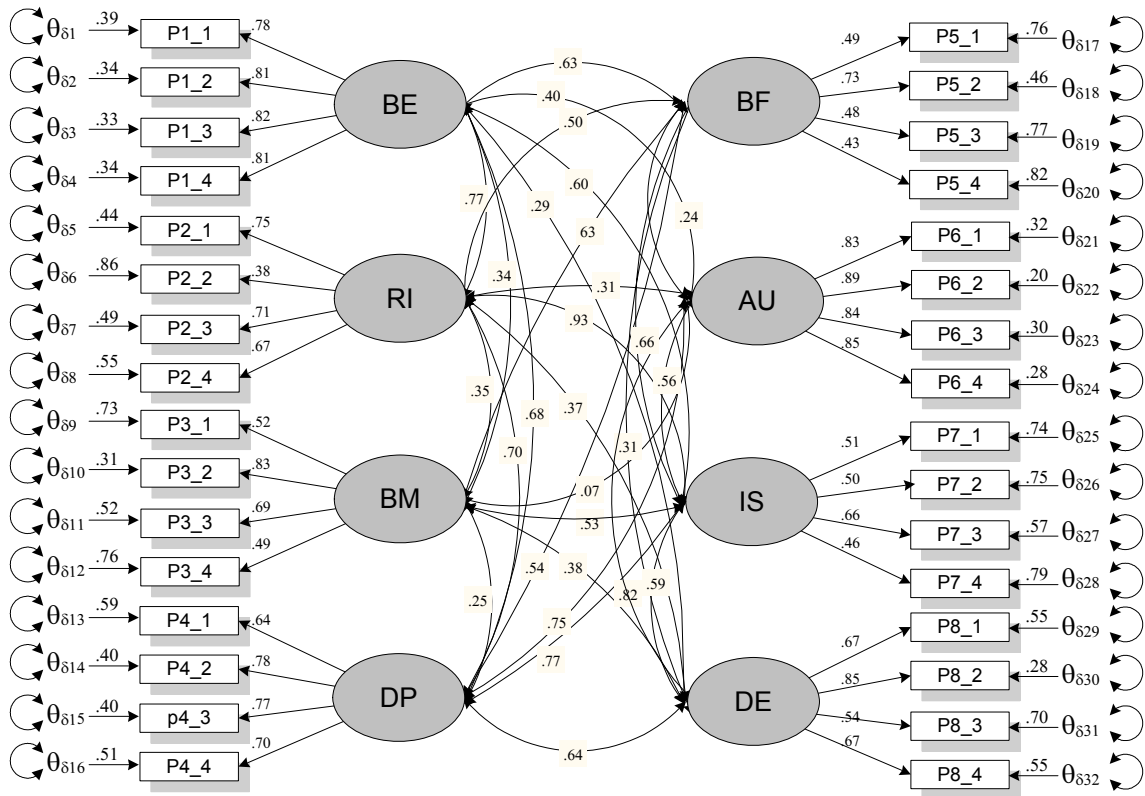


Figura 100. Parámetros estandarizados del modelo 2 (Schalock y Verdugo, 2002/2003)

Tabla 84. Cargas factoriales ( $\lambda$ ), errores de predicción ( $\theta$ ) y coeficientes de determinación ( $R^2$ ) del modelo 2

BE				RI				BM				DP			
Parcel	$\lambda$	$\theta$	$R^2$	Parcel	$\lambda$	$\theta$	$R^2$	Parcel	$\lambda$	$\theta$	$R^2$	Parcel	$\lambda$	$\theta$	$R^2$
p1_1	,78	,39	,61	p2_1	,75	,44	,56	p3_1	,52	,73	,27	p4_1	,64	,50	,50
p1_2	,81	,34	,66	p2_2	,38	,86	,14	p3_2	,83	,31	,69	p4_2	,78	,40	,60
p1_3	,82	,33	,67	p2_3	,71	,49	,51	p3_3	,69	,52	,48	p4_3	,77	,40	,60
p1_4	,81	,34	,64	p2_4	,67	,55	,45	p3_4	,49	,76	,24	p4_4	,70	,51	,49
BF				AU				IS				DE			
Parcel	$\lambda$	$\theta$	$R^2$	Parcel	$\lambda$	$\theta$	$R^2$	Parcel	$\lambda$	$\theta$	$R^2$	Parcel	$\lambda$	$\theta$	$R^2$
p5_1	,49	,76	,24	p6_1	,83	,32	,68	p7_1	,51	,74	,26	p8_1	,67	,55	,45
p5_2	,73	,46	,64	p6_2	,89	,20	,80	p7_2	,50	,75	,25	p8_2	,85	,28	,72
p5_3	,48	,77	,23	p6_3	,84	,30	,70	p7_3	,66	,57	,43	p8_3	,54	,70	,30
p5_4	,43	,82	,18	p6_4	,85	,28	,72	p7_4	,46	,79	,21	p8_4	,67	,55	,45

En lo que respecta al tercer modelo, propuesto por Wang *et al.* (en prensa), en el que la calidad de vida se entendía como una estructura jerárquica en la que las ocho dimensiones fundamentales se agrupaban en un único factor de orden superior (calidad de vida), encontramos que los datos no se ajustaban al modelo. Tanto fue así que el programa informático no llegó a ninguna solución estandarizada y, por tanto, no se pudieron obtener los parámetros estandarizados (Figura 101). Ni siquiera fue posible obtenerlos mediante otros métodos de estimación mucho menos restrictivos como *mínimos cuadrados no ponderados* (ULS, 'Unweighted Least Square'). Por ello, se puede concluir que el modelo teórico no se ajusta en absoluto a los datos empíricos en nuestro estudio y, por tanto, no representa una aproximación plausible a los datos empíricos utilizados.

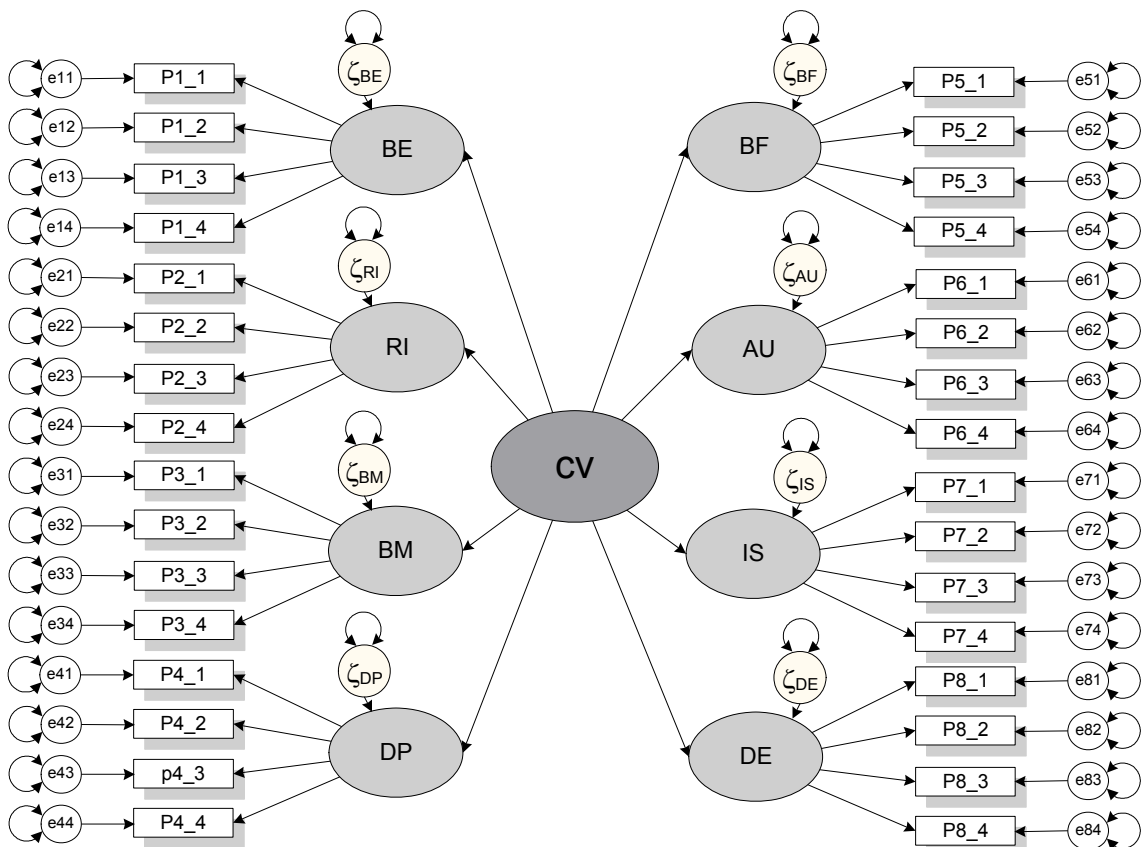


Figura 101. Parámetros estandarizados del modelo 3 (Wang *et al.*, en prensa)

En un primer examen del cuarto modelo, el denominado 'modelo de Salamanca' (Figura 102), podemos apreciar varias estimaciones infractoras. Así, la saturación  $\lambda$  de la variable latente endógena Bienestar físico y la correlación  $\Phi$  entre los factores de orden superior 'Empowerment' y Bienestar personal adoptan valores superiores a 1. En la misma línea, se obtiene una varianza de cero ( $\zeta_{BF}$ ). De este modo, aunque el modelo está teóricamente identificado, existen problemas en lo que se refiere a la identificación empírica.

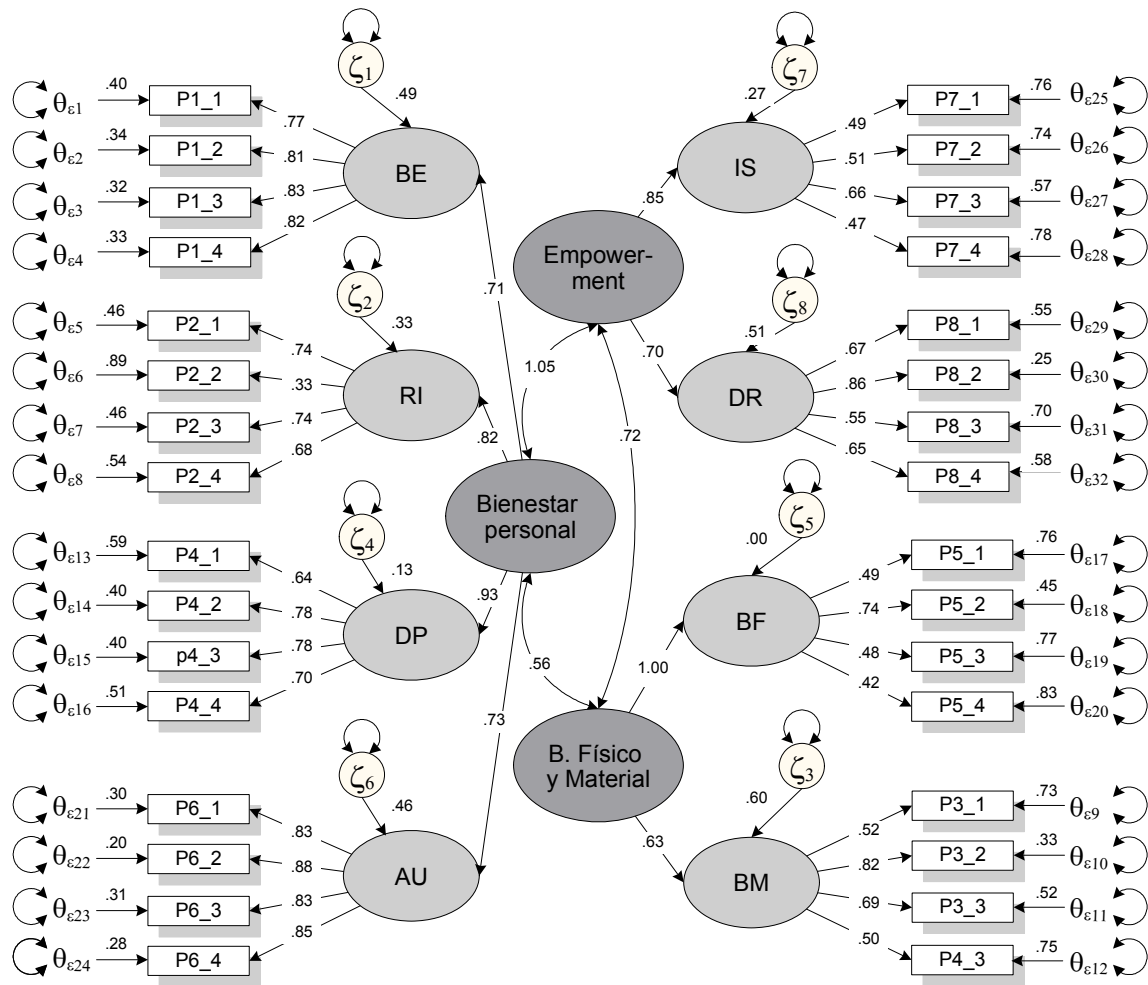


Figura 102. Parámetros estandarizados del modelo 4 (Modelo de Salamanca)



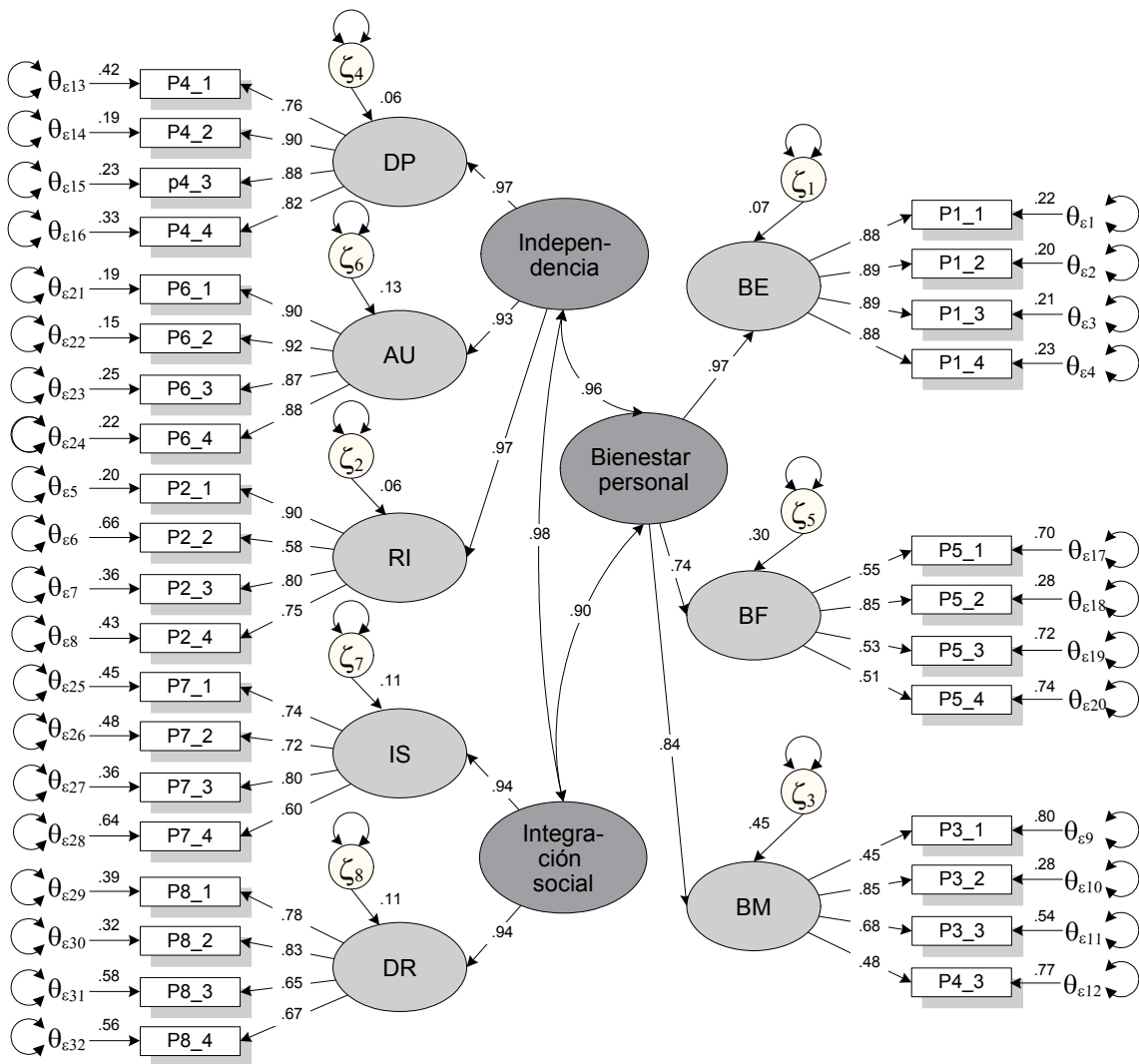


Figura 103. Parámetros estandarizados del modelo 5 (Modelo de Schalock)

Finalmente, el último modelo sometido a confirmación fue el denominado 'modelo de Schalock'. Este vez, la solución estandarizada (Figura 103) dio lugar a errores de predicción ( $\theta$ ) entre ,15 y ,80 de los paráms  $p6_2$  y  $p3_1$  respectivamente (por tanto, sus coeficientes de determinación oscilan entre ,20 y ,85). En cuanto a las cargas factoriales de las variables endógenas sobre las variables observadas ( $\lambda$ ), se encuentran valores bastante altos que varían entre ,45 y ,92. La misma circunstancia pero mucho más acentuada (i.e., valores excesivamente altos) se produce en las cargas factoriales de las variables endógenas sobre las exógenas ( $,74 \leq \gamma \leq ,97$ ) y en las correlaciones entre las variables exógenas ( $\Phi \geq ,90$ ).

**e) Bondad de ajuste de los modelos**

Una vez estimados los parámetros, el último paso del AFC consiste en evaluar la adecuación de los modelos teóricos a los datos del estudio. Para ello, en la Tabla 85 se presentan algunos de los índices de bondad de ajuste más comunes.

El *índice de ajuste global* o absoluto que se ha utilizado tradicionalmente para comprobar la hipótesis nula (i.e., el modelo se ajusta perfectamente a los datos de la población) es el índice *Ji-Cuadrado de Satorra-Bentler* (Satorra y Bentler, 1994). Al analizar los valores obtenidos por todos los modelos, tendríamos que rechazar la hipótesis nula en todos los casos ( $p = ,000$ ). No obstante, desde una perspectiva más pragmática y menos restrictiva, se recomienda no tanto examinar el nivel de significación estadística cuanto la magnitud de  $\chi^2$  (Arias, 2008): valores grandes corresponderían a un ajuste deficiente y valores pequeños a un mejor ajuste. En este sentido, el segundo modelo (i.e., la calidad de vida es un constructo formado por ocho factores relacionados entre sí) resulta ser, con diferencia, el que obtiene un valor menor ( $\chi^2_{S-B} = 1251,16$ ); si bien, todos los valores obtenidos son bastante altos dado que este índice está fuertemente influido por el tamaño muestral. En cuanto a la razón de  $\chi^2/gl$ , el segundo modelo (Schalock y Verdugo, 2002/2003) es el único que alcanza un valor aceptable.

Tabla 85. Índices de ajuste de los distintos modelos

		Índices de ajuste	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
<i>Absoluto</i>		$\chi^2_{S-B}$	5974,82	<b>1251,16</b>	5572,16	1792,28	1779,39
		<i>gl</i>	464	<b>436</b>	456	453	453
		<i>p</i>	,000	<b>,000</b>	,000	,000	,000
		$\chi^2/gl$	12,88	<b>2,87</b>	12,22	3,96	3,93
<i>Parcial</i>	<i>Absoluto</i>	SRMR	,13	<b>,076</b>	,18	,097	,096
		GFI	,89	<b>,96</b>	,77	,94	,94
		AGFI	,78	<b>,96</b>	,73	,93	,92
	<i>Parsimonioso</i>	RMSEA	,15	<b>,058</b>	,19	,073	,073
		$P_{close}$	,000	<b>,000</b>	,000	,000	,000
	<i>Incremental</i>	NFI	,76	<b>,95</b>	,77	,93	,93
		TLI	,75	<b>,96</b>	,77	,94	,94
		CFI	,77	<b>,97</b>	,79	,94	,94
		IFI	,77	<b>,97</b>	,79	,94	,94
		RFI	,74	<b>,94</b>	,75	,92	,92

Justamente por el motivo anterior y con el fin de obtener una representación más fiable de la bondad de ajuste real de los modelos, se recomienda atender a otro tipo de índices (Cea, 2002; Roussel et al., 2002). Para superar los inconvenientes planteados por el índice de ajuste global, se han desarrollado multitud de *índices parciales* de ajuste. Entre ellos, los índices de ajuste de carácter absoluto, parsimonioso e incremental.

En este sentido, los *índices de ajuste parciales de carácter absoluto* GFI (*'Goodness of Fit Index'*) y AGFI (*'Adjusted Goodness of Fit Index'*) evalúan el grado en que las varianzas y covarianzas del modelo reproducen correctamente las matrices originales (el primero lo hace de forma global mientras el segundo lo hace ajustado a los grados de libertad). Ambos deben superar el valor ,90; condición que sólo el segundo, cuarto y quinto modelo cumplen, pero el segundo con mayor excelencia (,96). El SRMR (*'Standardized Root Mean Square'*), por su parte, solo alcanza un valor aceptable en el caso del segundo modelo.

En cuanto a los *índices de ajuste de carácter parsimonioso*, sólo el segundo modelo obtiene un valor de RMSEA (*'Root Mean Square Error of Aproximation'*) que puede considerarse bueno (RMSEA = ,058). Los modelos cuarto y quinto, sin embargo, obtienen valores razonables (RMSEA = ,073), en tanto que el modelo unidimensional y aquel que planteaba un factor de primer orden alcanzan valores que llevan a rechazar ambos modelos (por encima de ,10). Por otro lado, la probabilidad de que el valor RMSEA sea inferior a ,05 es < al 1% en todos los casos (*P-Value for Test of Close Fit* = ,000).

Finalmente, los índices de ajuste incremental: NFI (*'Normed Fit index'*), TLI (*'Tucker-Lewis Index'*), CFI (*'Comparative Fit Index'*), IFI (*'Incremental Fit Index'*) y RFI (*'Relative Fit Index'*), evalúan la medida en que un modelo es mejor que otros. Según éstos, el primer y tercer modelo deben rechazarse (de hecho, recuérdese que el tercer modelo no llegó a una solución estandarizada, por lo que interpretar los índices de ajuste apenas tiene sentido) al obtener valores  $\approx$  ,70. En el resto de los modelos, los valores denotan un buen ajuste ( $\approx$  ,90), si bien el segundo modelo es el que obtiene los coeficientes sensiblemente mejores (,94 - ,97).

En consecuencia, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el segundo modelo (Schalock y Verdugo, 2002/2003), en el que la calidad de vida se entiende compuesta por ocho dimensiones fundamentales relacionadas entre sí, es con diferencia el que mejor se ajusta a los datos y, por tanto, el modelo que se utilizará para los análisis siguientes.

**f) Fiabilidad y validez del modelo de Schalock y Verdugo**

En cuanto a los índices de fiabilidad y validez del modelo final (modelo 2: Schalock y Verdugo, 2002/2003) se calcularon, además de la fiabilidad de los indicadores individuales (vid.  $R^2$  en la Tabla 84), la *fiabilidad compuesta* de cada variable latente (i.e., la consistencia interna de los ocho constructos o fiabilidad de los constructos) y del modelo, y la *varianza media extractada* para cada uno de los constructos latentes (i.e., validez o grado en que los indicadores miden de forma precisa el constructo correspondiente) y para el modelo. Todos los valores señalados se incluyen en la Tabla 86.

Para el cálculo de la fiabilidad compuesta se siguió la fórmula:

$$\rho_c = \frac{(\sum \lambda)^2}{(\sum \lambda)^2 + \sum (\theta)} \tag{4.9}$$

Donde  $\rho_c$  es la fiabilidad compuesta,  $\lambda$  las cargas factoriales (*'loadings'*) y  $\theta$  las varianzas de error de los indicadores.

Para obtener las varianzas medias extractadas, aplicamos la fórmula:

$$\rho_v = \frac{(\sum \lambda)^2}{\sum \lambda^2 + \sum (\theta)} \tag{4.10}$$

Donde  $\rho_v$  es la varianza media extractada,  $\lambda$  las cargas factoriales (*'loadings'*) y  $\theta$  las varianzas de error de los indicadores.

Tabla 86. Fiabilidad compuesta ( $\rho_c$ ) y varianza media extractada ( $\rho_v$ )

	$\rho_c$	$\rho_v$
<i>Bienestar emocional</i>	,881	,648
<i>Relaciones interpersonales</i>	,729	,415
<i>Bienestar material</i>	,734	,419
<i>Desarrollo personal</i>	,815	,525
<i>Bienestar físico</i>	,618	,297
<i>Autodeterminación</i>	,914	,727
<i>Inclusión social</i>	,614	,289
<i>Derechos</i>	,782	,478
<i>Modelo</i>	,965	,938

Como se puede comprobar en la Tabla 86, las fiabilidades de cuatro de los constructos especificados superan el umbral de ,75; mientras la varianza media extractada es superior al 50% en tres de los casos. En este sentido, los valores obtenidos en Autodeterminación, Bienestar emocional, Desarrollo personal y Derechos informan positivamente de la validez y fiabilidad de los indicadores empleados para la explicación empírica de los constructos latentes. Las dimensiones que peor quedan reflejadas en el modelo son Bienestar material, Relaciones interpersonales, Bienestar físico y, especialmente, Inclusión social. En cuanto a los indicadores de fiabilidad y validez del modelo, se obtuvieron índices más que satisfactorios ( $> ,93$ ).

De este modo, se concluye que el modelo de ocho dimensiones planteado por Schallock y Verdugo (2002/2003) constituye una representación adecuada de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales proporcionados por el ICASS en Cataluña, lo que supone una evidencia de validez basada en la estructura factorial de la Escala GENCAT.

#### ***g) Relaciones entre las variables latentes del modelo de Schallock y Verdugo***

La Tabla 87 muestra los coeficientes de correlación entre las variables latentes del modelo. Entre ellos, encontramos dos poco satisfactorios: por exceso, el observado entre las dimensiones Relaciones interpersonales e Inclusión social ( $r = ,93$ ) y, por defecto, el encontrado entre Bienestar material y Autodeterminación ( $r = ,07$ ). La mayor parte de las correlaciones, sin embargo, se pueden considerar adecuadas (están comprendidas entre ,24 y ,82) atendiendo al contenido al que se refiere cada par de constructos latentes. Por ello, con las salvedades apuntadas, estimamos que las correlaciones mencionadas aportan más evidencias de la validez de la escala, toda vez que van en consonancia con los resultados de la investigación previa.

*Tabla 87. Coeficientes de correlación entre las variables latentes del modelo*

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

## Resumen

El objetivo perseguido en esta sección del capítulo consistía básicamente en presentar evidencias de la validez de la Escala GENCAT basadas en el contenido y en su estructura interna.

### a. Basadas en el contenido:

Se aportan cuatro tipos de validez basadas en el contenido de la escala: 1) coherencia con las investigaciones anteriores (i.e., revisión bibliográfica), 2) análisis de la concordancia entre jueces expertos; 3) análisis de la concordancia entre grupos de discusión (*'focus groups'*), y 4) análisis del poder discriminativo de los ítems. Los tres primeros tipos de evidencias están incluidas en el *Capítulo 3* de este trabajo. En este capítulo, nos hemos centrado en demostrar el poder discriminativo de los ítems. Para ello, realizamos un contraste entre grupos (personas que obtienen puntuaciones altas =  $C_{75} - C_{100}$ ; personas que obtienen puntuaciones medias =  $C_{25} - C_{75}$ ; y personas que obtienen puntuaciones bajas  $C_1 - C_{25}$ ) con la prueba no paramétrica de *Kruskal-Wallis*. Todos los contrastes resultaron significativos ( $p = ,000$ ) en todos y cada uno de los ítems, tanto en los análisis realizados para la escala global como para los análisis efectuados por dimensiones. Por tanto, tales resultados sirven de evidencias de la validez de la escala para diferenciar entre personas con puntuaciones altas, bajas y medias.

### b. Basadas en la estructura interna:

El método utilizado para proporcionar evidencias de validez basadas en la estructura interna fue el análisis factorial confirmatorio (AFC). Para efectuarlo, en primer lugar, se exploraron los datos y comprobamos la ausencia de normalidad univariada y multivariada, el escaso porcentaje de casos perdidos (no superiores a 2,20% en ningún ítem y aleatorios), la naturaleza de los casos atípicos (*'outliers'*), la escasa linealidad de los datos y la ausencia de multicolinealidad. Dadas estas condiciones y el alto número de ítems, todos los AFC se llevaron a cabo sobre 32 parcelas mediante el método de estimación *DWLS* (*'Diagonal Weighted Least Squares'*) y sobre la matriz de varianzas-covarianzas policóricas y la estimación de covarianzas asintóticas. Cinco fueron los modelos que, tras la revisión bibliográfica, consideramos que debíamos someter a prueba:

*Modelo 1:* modelo unidimensional.

*Modelo 2:* modelo de ocho dimensiones intercorrelacionadas.

*Modelo 3:* modelo de ocho dimensiones de primer orden y una de segundo orden (calidad de vida).

*Modelo 4:* modelo de ocho dimensiones de primer orden y tres de segundo orden (Bienestar personal, Bienestar físico y material y *'Empowerment'*).

*Modelo 5:* modelos de ocho dimensiones de primer orden y tres de segundo orden (Bienestar personal, Independencia e Integración social).

Los resultados obtenidos para las evidencias de validez de la Escala GENCAT basadas en su estructura interna fueron satisfactorios solo para el segundo modelo (Schalock y Verdugo, 2002/2003), en el que la calidad de vida se entiende compuesta por ocho dimensiones que se relacionan entre sí. Para éste, los resultados obtenidos permiten, en general, confirmar el modelo con ciertas precisiones. Respecto a los índices de ajuste, a pesar del elevado valor de *Ji-Cuadrado de Satorra-Bentler* ( $\chi^2_{(436)} = 1251,16$ ;  $p = ,000$ ), los índices parciales de ajuste resultaron satisfactorios (e.g., *RMSEA* = ,058) y los valores de ajuste incremental superiores a ,94.

#### 4. 4. 2. Fiabilidad de la escala

Una vez comprobadas la fiabilidad y validez del modelo de ocho dimensiones interrelacionadas, comprobamos la fiabilidad de la Escala GENCAT a partir de la base de tal modelo. Como se sabe, cuando utilizamos un instrumento para evaluar un constructo, la medida resultante siempre está afectada por un error aleatorio y, por este motivo, el nivel de fiabilidad de las puntuaciones es fundamental a la hora de tomar cualquier tipo de decisión relativa al uso de un test. Existen diversos coeficientes de fiabilidad que pueden utilizarse en la investigación psicológica (véase Thompson, 2003). Dado que contamos con una única aplicación de la Escala GENCAT, su fiabilidad se estimó en términos de *consistencia interna* y *error típico de medida*. Asimismo, analizamos la fiabilidad de los ítems mediante los *índices de fiabilidad y dificultad*. A continuación se exponen de forma detallada los procedimientos utilizados para su cálculo.

##### 4. 4. 2. 1. Consistencia interna

La fiabilidad asociada a la consistencia interna depende del grado de homogeneidad de los ítems de un test. En primer lugar, se utilizó el procedimiento basado en la división en *dos mitades de Spearman-Brown* ( $r_{xx}$ ), que proporciona una estimación rápida y poco costosa del coeficiente de fiabilidad. Además del mencionado procedimiento, se utilizaron para analizar la fiabilidad de la escala algunos de los métodos basados en la covarianza de los ítems; entre ellos: el coeficiente *alpha* de Cronbach (1951), los coeficientes *lambda* de Guttman (1945), el coeficiente *theta* de Carmines y Zeller (1979) y el coeficiente *omega* de Heise y Bohrnstedt (1970).

El coeficiente alpha es considerado el límite inferior de fiabilidad de una prueba y es conocido como *alpha de Cronbach* porque apareció en su artículo de 1951. No obstante, este coeficiente, como los coeficientes lambda, fue anteriormente publicado por Guttman en 1945. Por su parte, lambda es un conjunto de varios coeficientes. De ellos, presentamos a continuación tres:  $\lambda_1$  (normalmente proporciona estimaciones menores que alpha),  $\lambda_2$  (habitualmente superior a alpha) y  $\lambda_3$  (formalmente equivalente al coeficiente alpha y el más conocido). Finalmente, se presentan otros coeficientes basados en la covariación de los ítems: el coeficiente  $\theta$  (derivado del análisis de componentes principales) y  $\Omega$  (derivado del análisis factorial). Ambos tienden a ser

mayores que el coeficiente  $\alpha$ . De este modo, pueden establecerse las siguientes relaciones entre estos coeficientes: por un lado,  $\lambda_1 < \lambda_3 = \alpha < \lambda_2$  (Martínez-Arias et al., 2006) y, por otro lado,  $\alpha < \theta < \Omega$  (Tabla 88). Estas relaciones se ilustran de forma gráfica en la Figura 104.

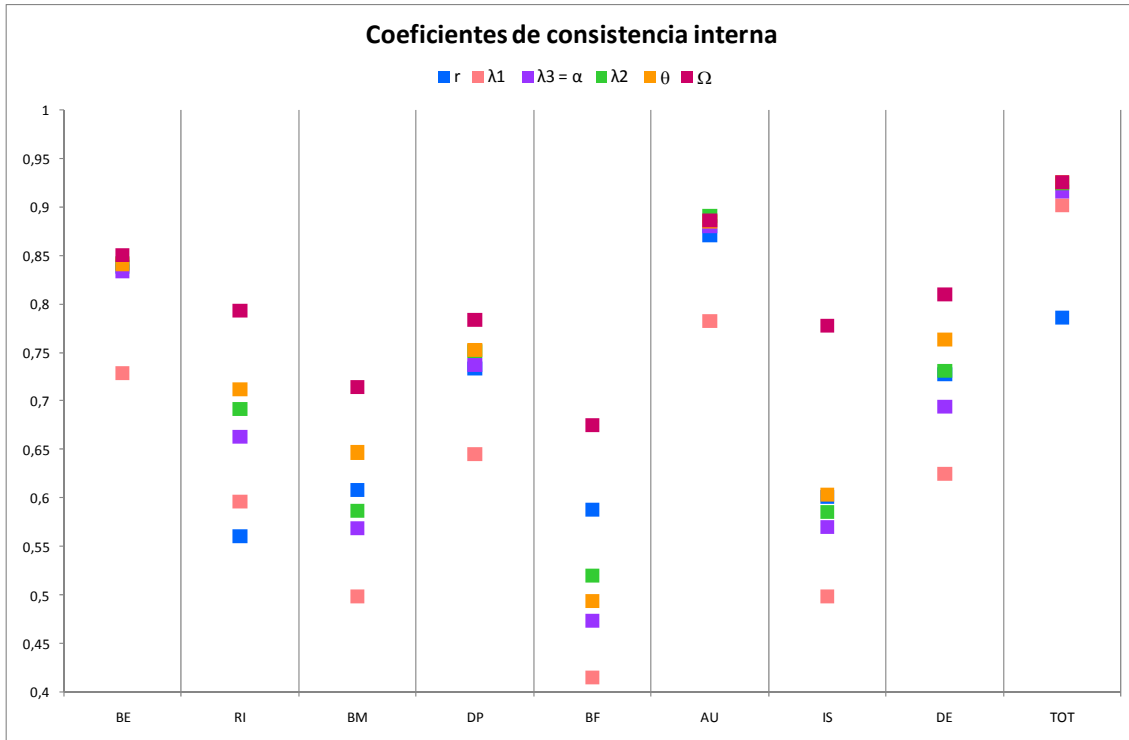


Figura 104. Relación entre los coeficientes de consistencia interna obtenidos para la muestra total

Tabla 88. Coeficientes de consistencia interna para la muestra total

Dimensiones	$r_{xx}$	$\lambda_1$	$\lambda_3 = \alpha$	$\lambda_2$	$\theta$	$\Omega$
Bienestar emocional	,839	,729	,834	,842	,840	,850
Relaciones interpersonales	,560	,597	,663	,692	,712	,793
Bienestar material	,608	,498	,569	,587	,647	,714
Desarrollo personal	,733	,645	,737	,751	,752	,783
Bienestar físico	,588	,415	,474	,520	,494	,675
Autodeterminación	,871	,783	,880	,891	,885	,886
Inclusión social	,601	,499	,570	,585	,604	,777
Derechos	,727	,625	,694	,731	,763	,810
Total	,786	,902	,916	,924	,925	,925



Según Nunnally (Nunnally, 1978; Nunnally y Bernstein, 1994), para considerar un coeficiente de fiabilidad adecuado ha de ser  $\geq ,700$  cuando se trata de un trabajo de investigación, y  $\geq ,900$  cuando las puntuaciones se utilizan para tomar decisiones importantes acerca de personas individuales. En general, tal y como se observa en la Tabla 88 y la Figura 104, los coeficientes de consistencia interna encontrados para el total de la escala fueron satisfactorios para ambos propósitos. Con respecto a las dimensiones, los coeficientes de consistencia fueron más bajos. Teniendo esto en cuenta, podemos afirmar que en las dimensiones Autodeterminación, Bienestar emocional, Desarrollo personal, Derechos y Relaciones interpersonales la consistencia interna es adecuada, en tanto que es algo más baja en Inclusión social, Bienestar material y Bienestar físico.

Conocidos los coeficientes de consistencia interna más importantes para cada una de las dimensiones en la muestra general y dada la sensibilidad de los coeficientes a las peculiaridades de las muestras (Wilkinson y APA Task Force on Statistical Inference, 1999), calculamos los coeficientes de fiabilidad para cada uno de los subgrupos que la componían (i.e., personas mayores, personas con discapacidad física, personas con discapacidad intelectual, personas con problemas de salud mental, personas con drogodependencias y personas con VIH o SIDA). En este caso, el coeficiente calculado para cada grupo fue el conocido alpha de Cronbach (Tabla 89).

Tabla 89. Coeficientes de consistencia interna para los subgrupos

Dimensiones	Alpha de Cronbach							Contraste	
	PM	DF	DI	SM	DR	VS	Total	$\chi^2_{(6)}$	<i>p</i>
Bienestar emocional	,837	,861	,814	,814	,881	,823	,834	14,293	,026
Relaciones interpersonales	,648	,727	,623	,716	,782	,691	,663	23,781	,001
Bienestar material	,541	,599	,634	,436	,718	,418	,569	29,293	,000
Desarrollo personal	,775	,736	,670	,700	,611	,738	,737	37,374	,000
Bienestar físico	,474	,425	,504	,482	,546	,427	,474	3,087	,798
Autodeterminación	,891	,885	,847	,767	,841	,743	,880	86,911	,000
Inclusión social	,607	,590	,577	,615	,645	,643	,570	6,292	,391
Derechos	,718	,699	,691	,605	,619	,590	,694	17,636	,007
Total	,927	,908	,898	,904	,934	,915	,916	32,293	,000
N	1.619	355	586	313	75	81	3.029		

Nota. PM = personas mayores; DF = personas con discapacidad física; DI = personas con discapacidad intelectual; SM = personas con salud mental; DR = personas con drogodependencias; VS = personas con VIH/SIDA.

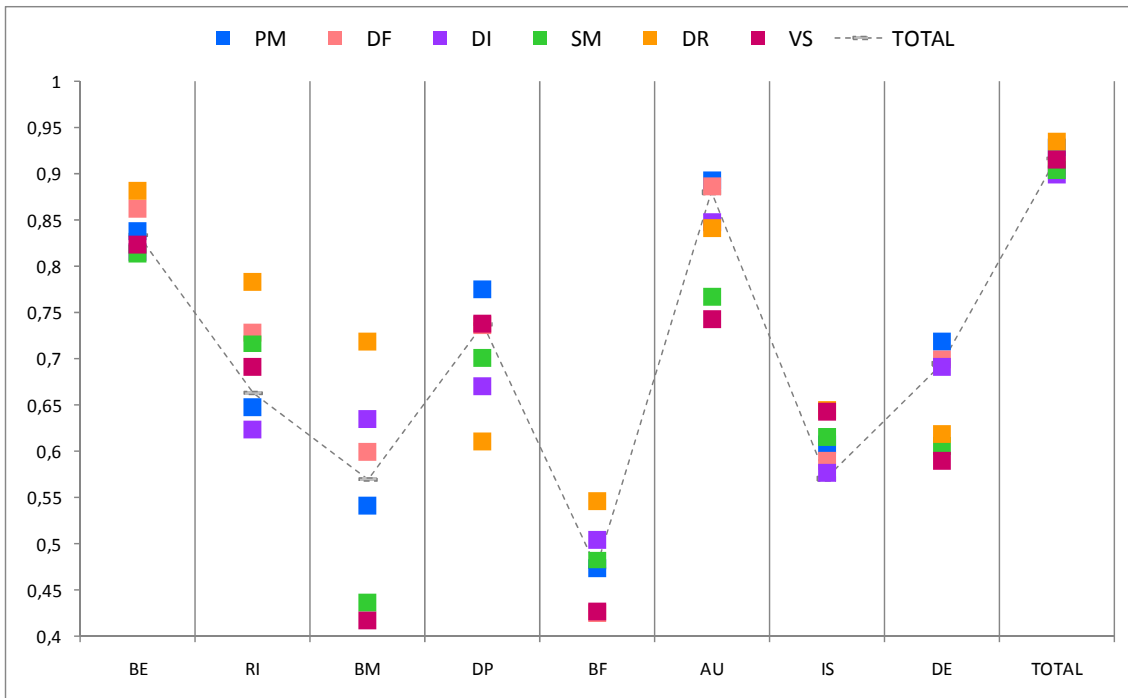


Figura 105. Comparación de los coeficientes de consistencia interna obtenidos para la muestra total con los obtenidos para los subgrupos

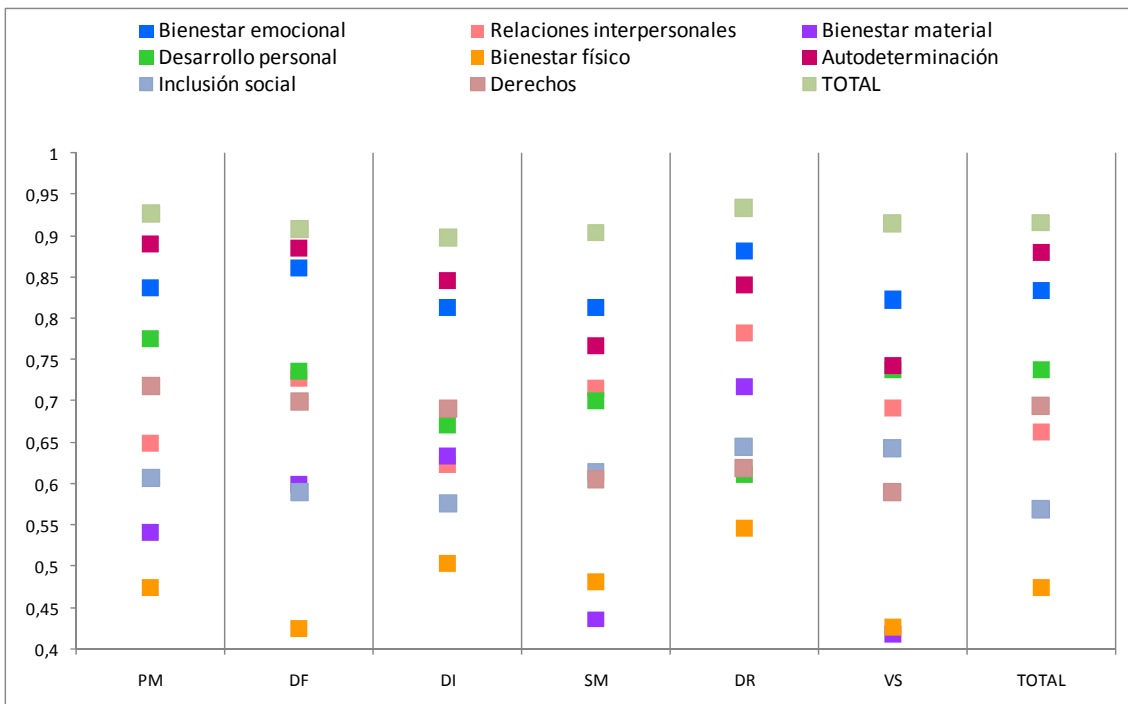


Figura 106. Relación entre los coeficientes de consistencia interna obtenidos para los subgrupos

La Figura 105 permite discriminar los grupos que presentan mayor y menor consistencia interna en cada dimensión, así como realizar una comparación con respecto a la consistencia interna calculada para toda la muestra ( $N = 3.029$ ; en el gráfico se representa mediante una línea discontinua de color gris). En términos generales, podemos observar que los grupos que presentan coeficientes de consistencia interna más altos son las personas con drogodependencias y las personas mayores. En cambio, no podemos concluir que haya un grupo que presente menores coeficientes de consistencia en la mayoría de las dimensiones. Llama la atención que los coeficientes de consistencia interna encontrados para las personas con VIH/SIDA son los menores en cuatro de las dimensiones; sin embargo, este grupo es el que presenta el coeficiente más alto en la dimensión Inclusión Social. Otro aspecto a destacar si comparamos los coeficientes de fiabilidad, ya no por grupos, sino por dimensiones es el rango. En este sentido, encontramos que la dimensión Bienestar material es la que presenta una mayor variabilidad entre los grupos.

Además, se puede observar en la Figura 106 que las dimensiones Bienestar emocional y Autodeterminación (además de, como es lógico, en la escala total) son las que obtienen los coeficientes más altos, mientras que Bienestar físico y Bienestar material son las dimensiones con los coeficientes más bajos.

Finalmente, cabe destacar que existen diferencias significativas entre los coeficientes de consistencia interna obtenidos para todos los grupos en cada una de las dimensiones ( $p < ,05$ ), con las excepciones de los coeficientes encontrados para Bienestar físico ( $p = ,798$ ) e Inclusión social ( $p = ,391$ ), que no resultaron ser significativamente distintos entre los diferentes colectivos.

#### **4. 4. 2. 2. Error típico de medida**

Tanto los coeficientes de fiabilidad anteriormente comentados –medidas relativas– como el error típico de medida (*ETM*) –medida absoluta– permiten estimar la precisión de un test. Mientras los primeros indicaban la coherencia del test consigo mismo y la constancia relativa de la información que proporciona, el segundo expresa directamente la cuantía del error de la medida. Por tanto, podemos decir que el segundo indica la precisión absoluta del instrumento al permitimos estimar la diferencia entre la medida obtenida y la que se obtendría

si no hubiera ningún error. Aunque ambas medidas son en el fondo una misma cosa (i.e., a mayor error, menor correlación, y viceversa), sabemos que un instrumento –en rigor– no tiene un coeficiente de fiabilidad sino muchos; por ello, consideramos adecuado abordar los análisis de fiabilidad desde ambas perspectivas. Como se observa en la Tabla 90, en la Escala GENCAT los errores típicos de medida asociados a cada dimensión no alcanzan una magnitud excesiva, lo que redundaría en su precisión de medida.

Tabla 90. Errores típicos de medida

Dimensiones	DT	$\alpha$	ETM
Bienestar emocional	4,988	,834	2,032
Relaciones interpersonales	4,743	,663	2,753
Bienestar material	2,849	,569	1,870
Desarrollo personal	4,669	,737	2,394
Bienestar físico	2,832	,474	2,054
Autodeterminación	6,957	,880	2,410
Inclusión social	3,836	,570	2,515
Derechos	3,939	,694	2,179
TOTAL	23,887	,916	6,923

Para interpretar el valor y la importancia de estos coeficientes de fiabilidad se compara la desviación típica (DT) del factor con el ETM. Si la DT es considerablemente mayor que el ETM, tenemos muchas garantías de la precisión del instrumento. Por el contrario, cuando la DT es de similar magnitud que el ETM, sucede que los errores son tan grandes respecto a la variabilidad de las puntuaciones que corremos el riesgo de que gran parte de las diferencias individuales apreciadas con la escala se deban únicamente a errores de medida.

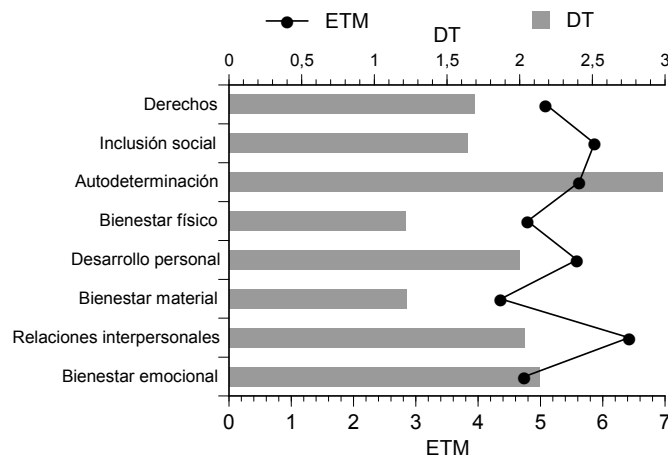


Figura 107. Comparación de ETM y DT

En la Figura 107, se ilustra cómo los *ETM* son menores que las correspondientes *DTs*. Puesto que la interpretación tampoco es sencilla en términos absolutos, la comparación de la magnitud del *ETM* con respecto a la magnitud de las *DTs* se representa en la Figura 108.

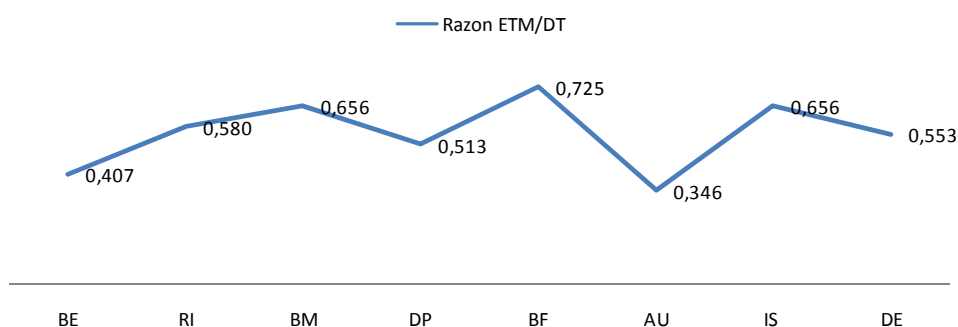


Figura 108. Magnitudes del *ETM* con respecto a las *DTs*

Gracias a estas representaciones gráficas podemos concluir de una forma intuitiva que – aunque los *ETM* son menos perjudiciales en las dimensiones de Autodeterminación y Bienestar Emocional– las puntuaciones de la Escala GENCAT no tienen un error típico de medida elevado y, por tanto, pueden considerarse fiables.

### Resumen

La Escala GENCAT muestra un coeficiente Alpha de Cronbach óptimo ( $\alpha = ,916$ ), un coeficiente de fiabilidad en mitades satisfactorio ( $r = ,786$ ), unos coeficientes lambda adecuados ( $\lambda_{1,2,3} > ,900$ ), unos coeficientes derivados de la covariación de los ítems satisfactorios ( $\theta = \Omega = ,925$ ) y un error de medida aceptable ( $ETM = 6,923$ ). El análisis por subescalas reveló que las dimensiones Autodeterminación ( $\alpha = ,880$ ), Bienestar emocional ( $\alpha = ,834$ ) y Desarrollo personal ( $\alpha = ,737$ ) fueron las más fiables, mientras que Bienestar Físico ( $\alpha = ,474$ ), Bienestar material ( $\alpha = ,569$ ) e Inclusión social ( $\alpha = ,570$ ) resultaron ser las menos fiables. Relaciones interpersonales y Derechos mostraron fiabilidades moderadas ( $\alpha = ,663$  y  $,694$ , respectivamente). El análisis de la consistencia interna de la escala en conjunto y por dimensiones revela que existen diferencias significativas entre los valores obtenidos en función de los colectivos implicados en todos los casos, excepto en las dimensiones de Bienestar físico e Inclusión social. Así, la Escala GENCAT parece mostrar coeficientes de consistencia interna significativamente más elevados que el resto de los grupos para las personas con drogodependencias en las dimensiones de Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material y en la Escala total, mientras los coeficientes significativamente más altos en las dimensiones de Desarrollo personal y Derechos son los obtenidos para las personas mayores. En cambio, los coeficientes encontrados para las personas con VIH/SIDA son significativamente inferiores en tres de las ocho dimensiones

#### 4. 4. 3. Fiabilidad de los ítems

Como veremos en siguiente capítulo de este trabajo, aunque los ítems son los protagonistas absolutos en la TRI, en la TCT también existen procedimientos para su análisis. La razón que explica el desarrollo de tales procedimientos consiste básicamente en que la calidad de la puntuación total del instrumento depende de la calidad de los ítems. Crocker y Algina (1986) clasifican los índices de los ítems en tres grandes grupos (Tabla 91).

Tabla 91. Tipos de índices de los ítems (Crocker y Algina, 1986)

**Índices de dificultad y poder discriminante del ítem.** Describen la distribución de las respuestas al ítem e influyen en la media y la varianza del test.

**Índices de discriminación del ítem.** Describen el grado de relación entre la respuesta al ítem y algún criterio de interés (interno o externo al propio test).

**Índices de fiabilidad y validez del ítem.** Son función de la varianza del ítem y de su índice de discriminación (cuando es interno hablamos de fiabilidad y cuando es externo de validez) simultáneamente.

A continuación (Tabla 92), se presentan algunos de estos índices, los más utilizados habitualmente, para el total de la Escala GENCAT. La primera columna de la tabla representa la media del ítem, que en este caso se corresponde con el *índice de dificultad (ID)*: cuanto más fácil es el ítem, mayor es el valor obtenido. La segunda columna representa la desviación típica del ítem (*DT*). Como se puede observar, los ítems más próximos a las dificultades medias tienen mayor variabilidad (es decir, discriminan mejor entre personas), mientras los más extremos tienen menor variabilidad. El *índice de fiabilidad (IF)* de un ítem se calcula a partir de la siguiente fórmula:  $F_i = s_i r_{ix-i}$ , donde  $s_i$  es la *DT* del ítem y  $r_{ix-i}$  es la correlación entre el ítem y la puntuación total del resto de los ítems que componen la escala. Esta correlación se conoce como *índice de homogeneidad corregida (IH<sub>c</sub>)* y se presenta en la tercera columna de la tabla. Finalmente, la cuarta columna contiene los valores de alpha corregidos, es decir, el coeficiente de consistencia interna que alcanzaría la escala si se eliminara el ítem.

Recuérdese que el alpha para el total de la escala es ,916 con objeto de comparar el incremento o disminución del valor de alpha si se eliminara el ítem. Otro dato importante a tener en cuenta en la interpretación de los valores es que el rango de todos los ítems oscila entre 1 y 4, por lo que el punto medio teórico se situaría en el valor 2.

Los índices de fiabilidad de los ítems se presentan en la Figuras 109 mediante barras coloreadas en gris. Los índices de fiabilidad, como se ha mencionado, equivalen al producto resultante de la multiplicación de la *DT* por el *IH<sub>c</sub>* del ítem (representada en tales figuras mediante rombos rojos). Las correlaciones han de ser positivas y lo más altas posibles. Suele recomendarse como regla práctica para considerar un ítem como aceptable un *IH<sub>c</sub>* > ,200. Por este motivo, serían en principio candidatos a la revisión 11 de ellos, mientras que el 84,05% se pueden considerar adecuados.

Dado que la escala está compuesta por ocho subescalas claramente diferenciadas, seguidamente se realizaron los análisis de fiabilidad de los ítems por dimensiones con el fin de comprobar si los bajos índices de fiabilidad de estos ítems se repetían en el análisis de las subescalas. Los estadísticos de los ítems por dimensiones se presentan en las Tablas 93-100 y los índices de fiabilidad en las Figuras 111-118.

Llegados a este punto, queremos señalar que somos conscientes de que los que nos ocupan son ítems ordinales y, por tanto, deberíamos presentar la mediana de cada uno de ellos y no la media. A pesar de ello, hemos optado por presentar también este estadístico, que habitualmente es el más utilizado en las investigaciones que utilizan la TCT, porque éste es considerado como el *índice de dificultad (ID)* de los ítems. A este respecto (Figura 110), se observa que para la escala general los ítems más difíciles (i.e., puntuaciones más bajas) son el *RI\_10* ('Realiza actividades que le gustan con otras personas') (*ID* = 1,41), el *RI\_9* ('Mantiene con su familia la relación que desea') (*ID* = 1,75), *AU\_9* ('Elige con quién vivir') (*ID* = 1,94) y *DP\_2* ('Tiene acceso a nuevas tecnologías') (*ID* = 1,97). Por otro lado, los ítems que aparecen como los más fáciles (i.e., puntuaciones más altas) son *DE\_10* ('Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos') (*ID* = 3,95), *BF\_6* ('En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma') (*ID* = 3,94), *BM\_5* ('El lugar donde vive está limpio') (*ID* = 3,89) y *DE\_9* ('El servicio respeta la privacidad de la información') (*ID* = 3,88).

Tabla 92. Estadísticos de los ítems de la Escala GENCAT

Ítems	Me	M (ID)	DT	IH <sub>c</sub>	α <sub>c</sub>	Ítems	Me	M (ID)	DT	IH <sub>c</sub>	α <sub>c</sub>
BE_01	3	2,76	0,98	0,547	,913	BF_01	4	3,35	0,82	0,189	,916
BE_02	3	3,27	0,82	0,332	,915	BF_02	4	3,68	0,67	0,196	,916
BE_03	3	2,72	0,87	0,519	,913	BF_03	4	3,55	0,72	0,202	,916
BE_04	3	2,96	0,88	0,400	,914	BF_04	3	2,88	1,06	0,401	,914
BE_05	3	3,15	0,87	0,375	,914	BF_05	4	3,71	0,60	0,233	,915
BE_06	3	2,67	1,00	0,571	,913	BF_06	4	3,94	0,34	0,021	,916
BE_07	4	3,33	0,84	0,373	,914	BF_07	3	2,99	0,90	0,236	,915
BE_08	3	2,61	1,07	0,535	,913	BF_08	4	3,68	0,81	0,109	,916
RI_01	3	2,63	1,03	0,500	,913	AU_01	2	2,23	1,02	0,545	,913
RI_02	3	2,62	1,09	0,344	,915	AU_02	3	2,82	1,06	0,564	,913
RI_03	4	3,58	0,75	0,204	,916	AU_03	4	3,51	0,65	0,341	,915
RI_04	4	3,63	0,71	0,235	,915	AU_04	3	2,92	1,06	0,514	,913
RI_05	4	3,47	0,88	0,205	,916	AU_05	3	2,71	1,07	0,546	,913
RI_06	2	2,16	1,29	0,341	,915	AU_06	3	2,77	1,19	0,507	,913
RI_07	3	3,07	0,91	0,549	,913	AU_07	3	2,83	1,22	0,487	,913
RI_08	3	2,75	1,09	0,499	,913	AU_08	2	2,39	1,13	0,569	,913
RI_09	2	1,75	0,82	0,035	,917	AU_09	1	1,94	1,22	0,45	,914
RI_10	1	1,41	0,80	0,208	,916	IS_01	2	2,17	1,12	0,284	,915
BM_01	4	3,75	0,70	0,116	,916	IS_02	3	2,87	1,12	0,238	,916
BM_02	4	3,87	0,43	0,116	,916	IS_03	3	3,09	0,96	0,399	,914
BM_03	4	3,58	0,71	0,257	,915	IS_04	3	3,26	0,86	0,33	,915
BM_04	4	3,51	0,81	0,249	,915	IS_05	2	2,54	1,02	0,519	,913
BM_05	4	3,89	0,40	0,119	,916	IS_06	4	3,37	0,80	0,303	,915
BM_06	4	3,58	0,75	0,210	,916	IS_07	2	2,08	1,08	0,279	,915
BM_07	3	2,91	1,11	0,115	,917	IS_08	4	3,65	0,62	0,337	,915
BM_08	4	3,79	0,54	0,224	,915	DE_01	4	3,42	0,99	0,348	,915
DP_01	3	2,81	0,91	0,526	,913	DE_02	4	3,74	0,53	0,337	,915
DP_02	1	1,97	1,13	0,288	,915	DE_03	4	3,11	1,09	0,417	,914
DP_03	3	2,60	1,01	0,450	,914	DE_04	3	3,01	1,09	0,465	,914
DP_04	3	2,58	0,96	0,563	,913	DE_05	4	3,74	0,55	0,325	,915
DP_05	3	2,70	1,02	0,648	,912	DE_06	4	3,83	0,45	0,253	,915
DP_06	4	3,56	0,68	0,276	,915	DE_07	4	3,33	1,11	0,311	,915
DP_07	2	2,20	1,13	0,405	,914	DE_08	4	3,85	0,43	0,222	,915
DP_08	3	3,08	0,96	0,495	,913	DE_09	4	3,88	0,39	0,181	,916
						DE_10	4	3,95	0,34	0,089	,916



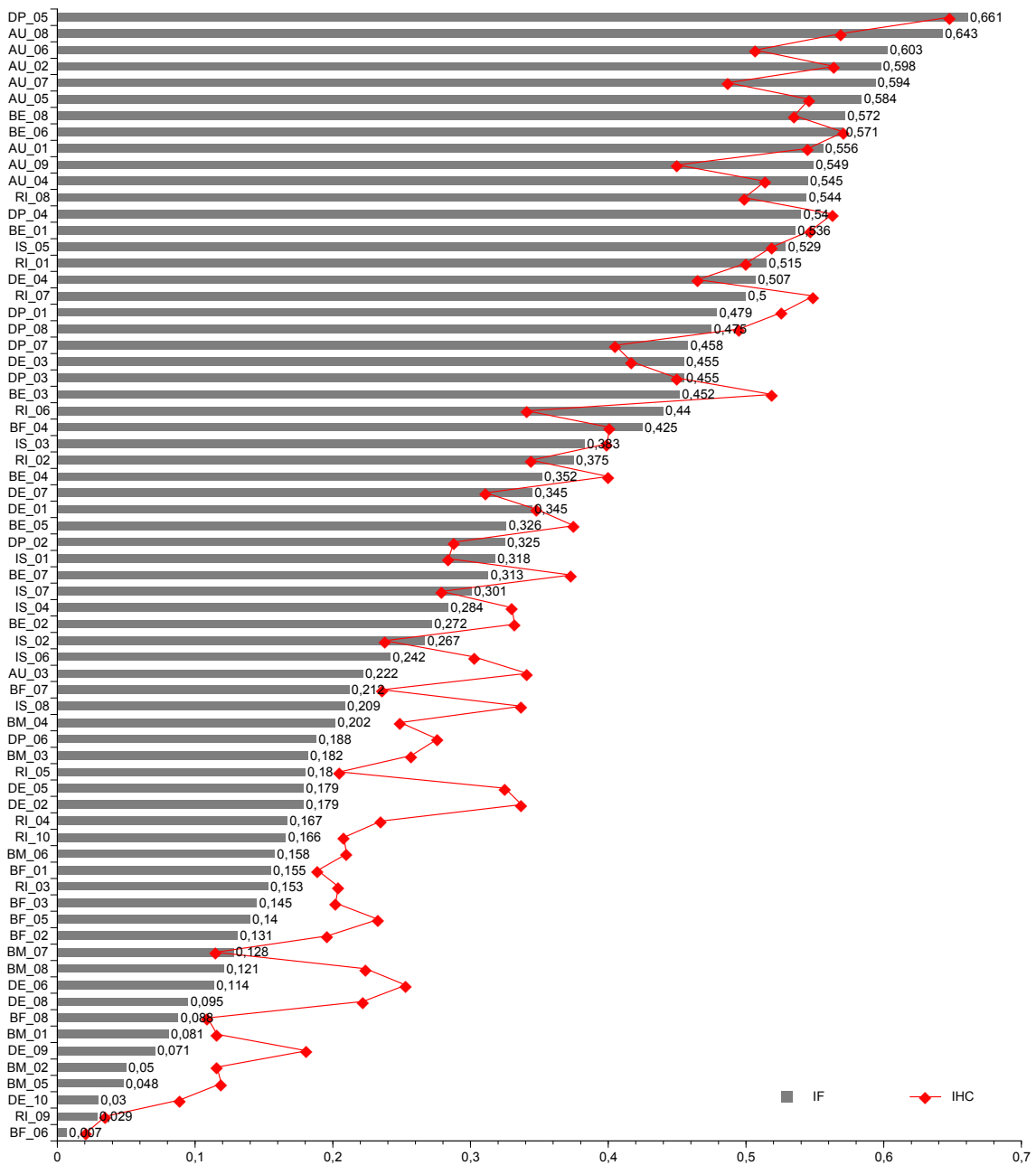


Figura 109. Índices de fiabilidad de los ítems de la Escala GENCAT

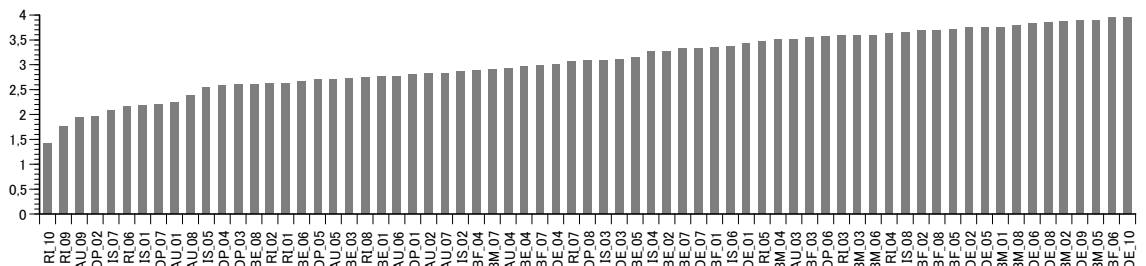


Figura 110. Índices de dificultad de los ítems de la Escala GENCAT

Tabla 93. Estadísticos de los ítems de la dimensión Bienestar emocional

Ítems	Media (ID)	DT	IH <sub>c</sub>	α <sub>c</sub>
BE_01	2,76	0,984	,698	,795
BE_02	3,27	0,815	,556	,815
BE_03	2,72	0,867	,696	,797
BE_04	2,96	0,880	,482	,824
BE_05	3,15	0,869	,529	,818
BE_06	2,67	0,998	,690	,796
BE_07	3,33	0,843	,354	,838
BE_08	2,61	1,066	,499	,825

Tabla 94. Estadísticos de los ítems de la dimensión Relaciones interpersonales

Ítems	Media (ID)	DT	IH <sub>c</sub>	α <sub>c</sub>
RI_01	2,63	1,031	,385	,626
RI_02	2,62	1,094	,441	,613
RI_03	3,58	0,753	,308	,644
RI_04	3,63	0,710	,323	,642
RI_05	3,47	0,877	,342	,636
RI_06	2,16	1,293	,250	,665
RI_07	3,07	0,914	,476	,610
RI_08	2,75	1,086	,573	,581
RI_09	1,75	0,818	-,008	,693
RI_10	1,41	0,803	,192	,662

Tabla 95. Estadísticos de los ítems de la dimensión Bienestar material

Ítems	Media (ID)	DT	IH <sub>c</sub>	α <sub>c</sub>
BM_01	3,75	0,704	,194	,561
BM_02	3,87	0,432	,276	,544
BM_03	3,58	0,714	,468	,470
BM_04	3,51	0,809	,194	,566
BM_05	3,89	0,402	,332	,536
BM_06	3,58	0,752	,423	,483
BM_07	2,91	1,114	,197	,598
BM_08	3,79	0,536	,348	,522

Tabla 96. Estadísticos de los ítems de la dimensión Desarrollo personal

Ítems	Media (ID)	DT	IH <sub>c</sub>	α <sub>c</sub>
DP_01	2,81	0,910	,427	,711
DP_02	1,97	1,134	,292	,742
DP_03	2,60	1,010	,526	,690
DP_04	2,58	0,960	,505	,696
DP_05	2,70	1,019	,645	,665
DP_06	3,56	0,678	,228	,741
DP_07	2,20	1,126	,399	,718
DP_08	3,08	0,963	,439	,708

Tabla 97. Estadísticos de los ítems de la dimensión Bienestar Físico

Ítems	Media (ID)	DT	IH <sub>c</sub>	α <sub>c</sub>
BF_01	3,35	0,823	,208	,442
BF_02	3,68	0,670	,141	,466
BF_03	3,55	0,719	,258	,423
BF_04	2,88	1,064	,330	,379
BF_05	3,71	0,600	,236	,435
BF_06	3,94	0,336	,097	,475
BF_07	2,99	0,901	,316	,390
BF_08	3,68	0,813	,100	,487

Tabla 98. Estadísticos de los ítems de la dimensión Autodeterminación

Ítems	Media (ID)	DT	IH <sub>c</sub>	α <sub>c</sub>
AU_01	2,23	1,016	,515	,876
AU_02	2,82	1,063	,717	,859
AU_03	3,51	0,655	,227	,892
AU_04	2,92	1,063	,667	,864
AU_05	2,71	1,071	,772	,854
AU_06	2,77	1,188	,712	,859
AU_07	2,83	1,217	,653	,865
AU_08	2,39	1,131	,805	,851
AU_09	1,94	1,223	,517	,878

Tabla 99. Estadísticos de los ítems de la dimensión Inclusión social

Ítems	Media (ID)	DT	IH <sub>c</sub>	α <sub>c</sub>
IS_01	2,17	1,120	,199	,568
IS_02	2,87	1,125	,219	,560
IS_03	3,09	0,960	,346	,514
IS_04	3,26	0,857	,380	,507
IS_05	2,54	1,015	,418	,486
IS_06	3,37	,799	,270	,540
IS_07	2,08	1,076	,184	,571
IS_08	3,65	0,615	,281	,543

Tabla 100. Estadísticos de los ítems de la dimensión Derechos

Ítems	Media (ID)	DT	IH <sub>c</sub>	α <sub>c</sub>
DE_01	3,42	0,985	,403	,663
DE_02	3,74	0,528	,307	,681
DE_03	3,11	1,095	,517	,636
DE_04	3,01	1,093	,430	,659
DE_05	3,74	0,550	,495	,656
DE_06	3,83	0,454	,384	,674
DE_07	3,33	1,110	,389	,671
DE_08	3,85	0,434	,405	,673
DE_09	3,88	0,395	,349	,680
DE_10	3,95	0,338	,041	,705

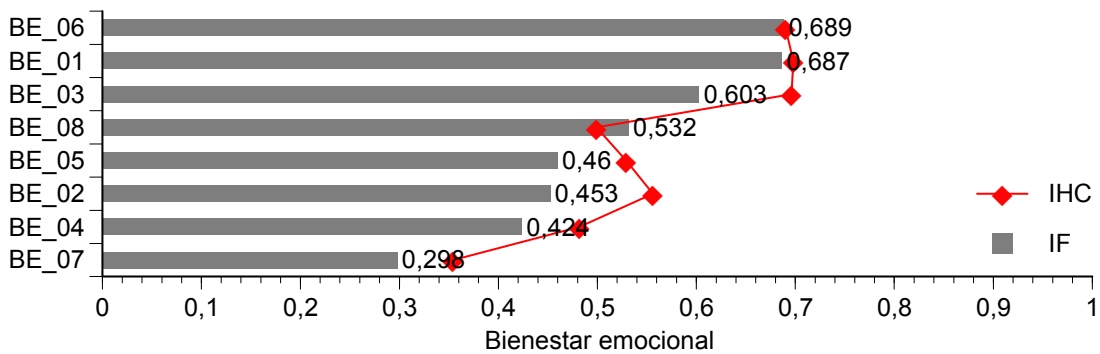


Figura 111. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión Bienestar emocional

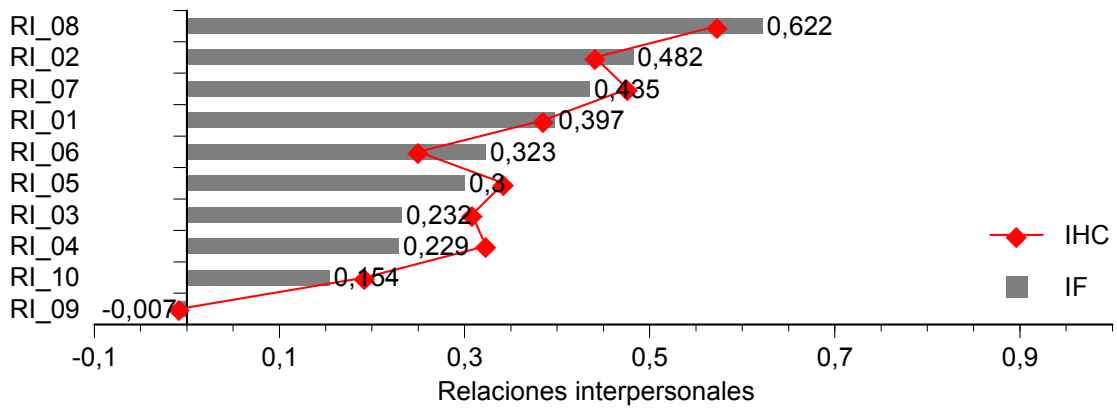


Figura 112. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión Relaciones interpersonales

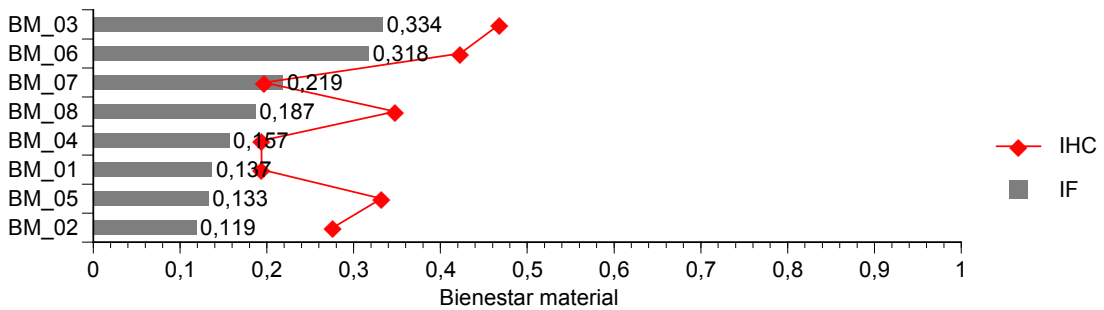


Figura 113. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión Bienestar material

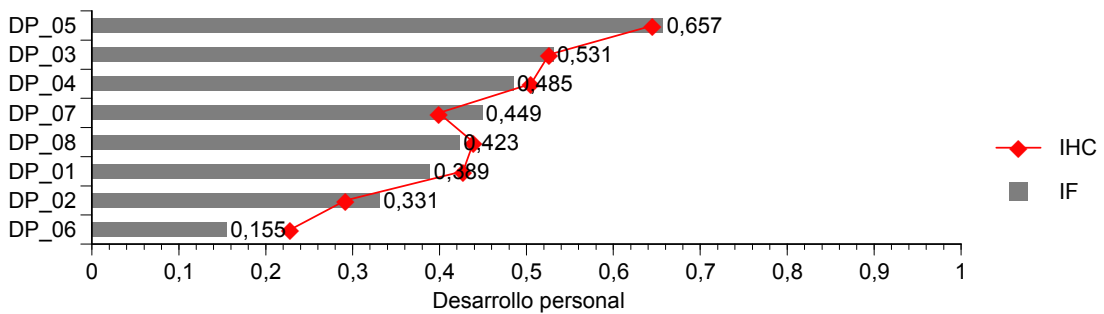


Figura 114. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión Desarrollo personal

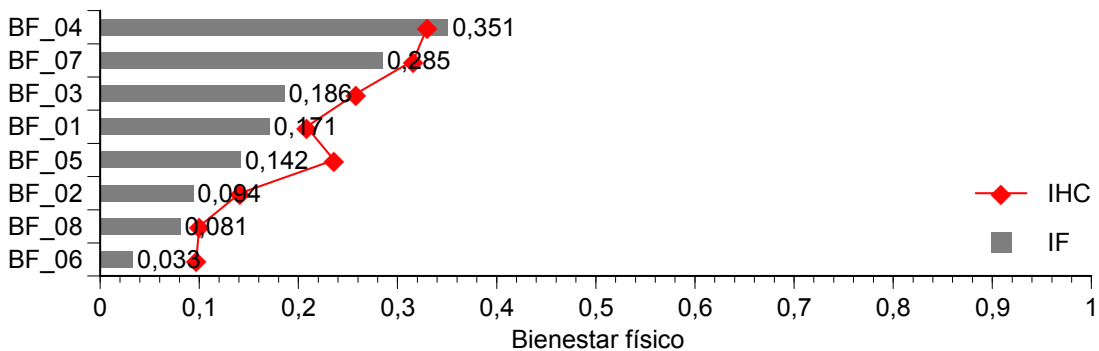


Figura 115. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión Bienestar físico

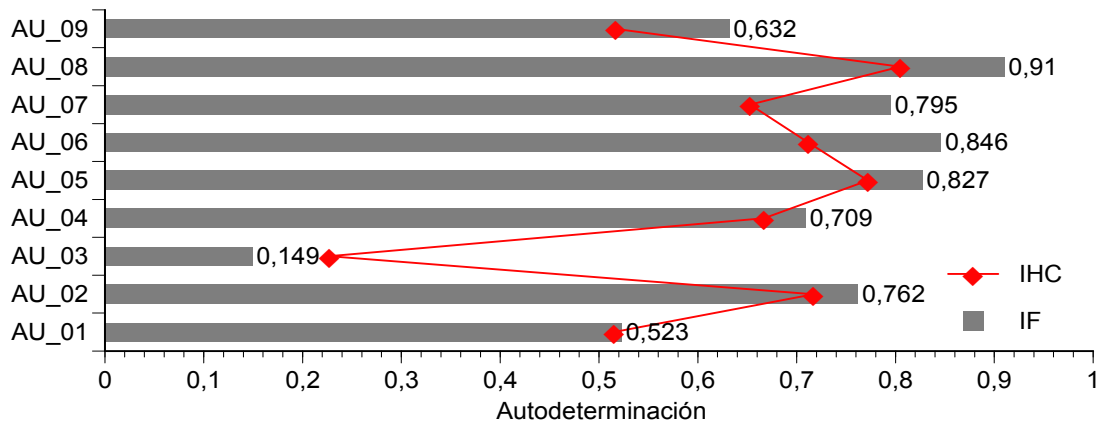


Figura 116. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión Autodeterminación

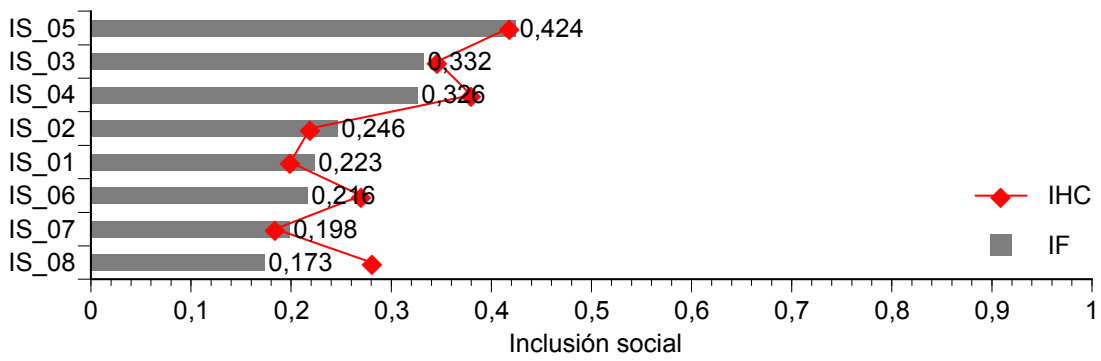


Figura 117. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión Inclusión social

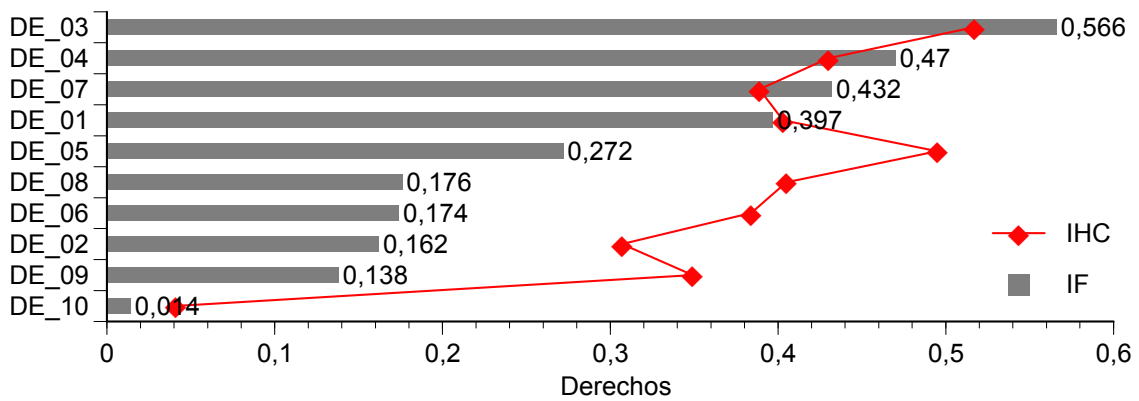


Figura 118. Índices de fiabilidad de los ítems de la dimensión Derechos

Para la dimensión *Bienestar emocional*, todos los  $IH_c$  encontrados oscilaron entre ,354 y ,696; el rango de los  $IF$  osciló entre ,298 y ,689 (Tabla 93). De este modo, podemos concluir que todos los ítems que la componen son suficientemente fiables (Figura 111). Además, ninguno de ellos resultó escasamente fiable en los análisis realizados para la escala general.

En el caso de la dimensión *Relaciones interpersonales*, comprobamos que el ítem  $RI_{09}$  ('La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya'), uno de los menos fiables según los análisis realizados para la escala general, presenta un  $IH_c$  negativo, si bien de escasa o casi nula magnitud (Tabla 94). Por este motivo, en rigor, debería ser eliminado. El ítem  $RI_{10}$  ('Tiene una vida sexual satisfactoria'), sin embargo, no cumplió el criterio  $IH_c < ,200$ , pero resultó fiable en los análisis de la escala general. Por esta razón y dado que su valor es mínimamente inferior a ,200, consideramos que el ítem es adecuado y no debería ser eliminado (Figura 112).

Los coeficientes de fiabilidad de los ítems de la dimensión *Bienestar material* encontrados fueron los más bajos, oscilando entre ,119 y ,334 (Figura 113 y Tabla 95). En cuanto a los  $IH_c$ , tres ítems presentaron valores ligeramente por debajo del valor ,200. Dado que los ítems no alcanzaron este criterio por milésimas, consideramos que todos ellos son adecuados, si bien no son excesivamente fiables.

Todos los  $IH_c$  superaron el valor ,200 en el caso de la dimensión *Desarrollo personal* (Tabla 96). Los índices de fiabilidad para los ítems oscilaron entre ,155 y ,657 (Figura 114). En conclusión, podemos considerar que todos los ítems son fiables, si bien el valor del ítem  $DP_{06}$  ('El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas') no es excesivamente alto.

Como en la escala general, los ítems menos fiables en la dimensión *Bienestar físico* resultaron ser  $BF_{02}$  ('Dispone de ayudas técnicas si las necesita'),  $BF_{08}$  ('Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria') y  $BF_{06}$  ('En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma') (ver Figura 115 y Tabla 97). Los índices de fiabilidad de los ítems no alcanzaron en ningún caso el valor ,400.

*Autodeterminación* fue la dimensión cuyos ítems presentaron los mayores índices de fiabilidad (Figura 116). Sólo un ítem (*AU\_03*, 'En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias') no superó el valor ,500 para el índice de fiabilidad, si bien sí superó el criterio  $> ,200$  para el  $IH_c$  (Tabla 98).

*Inclusión social* fue otra de las dimensiones cuyos ítems presentaron menores niveles de fiabilidad (como se muestra en la Figura 117: entre ,173 y ,424). Sólo dos ítems no alcanzaron el criterio de  $IH_c < ,200$  (Tabla 99). Éstos fueron los ítems *IS\_07* ('Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio') e *IS\_01* ('Utiliza entornos comunitarios'). No obstante, no alcanzaron dicho valor tan solo por milésimas y alcanzaron valores adecuados en los análisis realizados para la escala general. Por ello, los consideramos adecuados.

Como se muestra en la Figura 118, para los ítems de *Derechos*, encontramos índices de fiabilidad entre ,041 y ,517. Todos los ítems superaron el criterio establecido para el  $IH_c$  con la salvedad del ítem *DE\_10* ('Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos'). Sobre este ítem cabe destacar su *índice de dificultad* (o de facilidad más bien en este caso), muy próximo al punto máximo de la escala (Tabla 100).

Para terminar este capítulo, queremos remarcar que la exposición de los coeficientes de fiabilidad de una prueba es en la investigación moderna una tarea obligada y esencial. Prueba de ello son, por ejemplo, los resultados de la investigación realizada por Hogan y Agnello (2000), en la que encontraron que el 94% de los artículos publicados en revistas de los ámbitos de la psicología y la educación proporcionaban información acerca de la fiabilidad de los instrumentos mientras sólo un 55% lo hacía sobre la validez en otro estudio realizado en 2004. Ya los '*Standars for Educational and Pshychological Tests*' (AERA et al., 1999) afirmaban que "la precisión y consistencia de una medida son siempre deseables. No obstante, esta necesidad aumenta a medida que las consecuencias de las decisiones crecen en importancia" (p. 30).

Por ese motivo hemos pretendido ser lo más exhaustivos y sistemáticos posible en su cálculo y en su presentación. Aún así, las decisiones no deben basarse únicamente en estos coeficientes, sino que es fundamental tener en cuenta la validez de las puntuaciones (Nunnally, 1978; Nunnally y Bernstein, 1994). Por ello, el presente capítulo se ha centrado en demostrar las mencionadas validez y fiabilidad de las puntuaciones obtenidas con la Escala GENCAT mediante los procedimientos propios de la TCT. A su demostración mediante algunos procedimientos propios de la TRI dedicaremos el siguiente capítulo.



## Resumen

El análisis de la fiabilidad de los ítems para la escala global revela que de los 69, el 84,05% de los ítems pueden considerarse adecuados, si bien 11 de ellos obtienen índices de homogeneidad corregida ( $IH_c$ ) menores de ,200 y 5 índices de fiabilidad ( $IF$ ) menores de ,100. En el análisis por subescalas, las dimensiones Autodeterminación y Bienestar emocional incluyen los ítems más fiables, con una media de  $IF$  de ,620 y ,502, respectivamente. Las dimensiones que incluyen los ítems menos fiables son, en cambio, Bienestar físico ( $M = ,135$ ) y Bienestar material ( $M = ,187$ ). Los ítems de las dimensiones restantes alcanzan medias comprendidas entre ,203 (Derechos) y ,399 (Desarrollo personal); si bien debemos mencionar que Relaciones interpersonales ( $M = ,220$ ) incluye un ítem con  $IF$  e  $IH_c$  negativas (el ítem  $RI_{09}$ ) mientras Inclusión social aglutina ítems con  $IF$  muy similares ( $M = ,256$ ).

## 4. 5. Resumen y conclusiones

En este capítulo hemos pretendido aportar evidencias de la validez y la fiabilidad de la Escala GENCAT mediante la Teoría clásica de los Test (TCT) y mediante Análisis Factorial confirmatorio (AFC).

La *selección de los participantes* del estudio mediante un diseño muestral probabilístico, estratificado y polietápico garantiza la representatividad de la muestra utilizada en el estudio. La muestra estuvo formada, de una parte, por un total de 608 profesionales de 239 centros proveedores de servicios sociales del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) de Cataluña. Su participación consistió en responder a la Escala GENCAT para evaluar de forma objetiva la calidad de vida de 3029 usuarios. El número medio de sujetos evaluados por centro fue aproximadamente de 13 y el número medio de personas evaluadas por profesional fue 5. Con respecto a las características de los profesionales que completaron los cuestionarios, el 85% fueron mujeres, sus edades oscilaron entre los 18 y los 68 años, situándose la media alrededor de los 35. La mayor parte (el 80%) contaba con una titulación universitaria y más de la mitad conocían a la persona que evaluaban desde hacía más de 2 años. Por otra lado, en relación con las características de las personas evaluadas, más de la mitad (el 56%) fueron mujeres. Sus edades estaban comprendidas entre los 16 y los 106 años, aunque la media de edad se situó en torno a los 65 años. Esto fue así porque más de la mitad de los usuarios de servicios sociales del ICASS son personas mayores. Con respecto a la vivienda, más de las tres cuartas

partes de los participantes vivían en residencias. La mayoría solo habían cursado estudios de primaria o nunca habían sido escolarizados. En cuanto a la situación laboral, la mayoría realizaba algún tipo de actividad en centros ocupacionales.

La *Escala GENCAT*, cuya validación era el objeto de este estudio, pretende evaluar la calidad de vida de usuarios de servicios sociales de forma objetiva. Consiste en 69 ítems enunciados en tercera persona y organizados en torno a las ocho dimensiones de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003), con un formato de respuesta de frecuencia de cuatro opciones ('*nunca o casi nunca*', '*algunas veces*', '*frecuentemente*', '*siempre o casi siempre*').

Para aportar *evidencias de la validez* del instrumento *basadas en su contenido*, hemos utilizado la revisión bibliográfica (concordancia con los estudios previos), el análisis de la concordancia entre jueces expertos (concordancia satisfactoria y satisfacción de una serie de requisitos relacionados con la idoneidad, importancia y observabilidad), el análisis de la concordancia entre grupos focales (concordancia satisfactoria y satisfacción de una serie de requisitos relacionados con la idoneidad, importancia y observabilidad) (todas las anteriores incluidas en el capítulo anterior) y el análisis del poder discriminativo de los ítems (que mostró su capacidad para discriminar entre personas con puntuaciones altas, medias y bajas tanto en la escala global como en las subescalas). De este modo, todos los resultados de las pruebas efectuadas y que se basan en el contenido avalan la utilidad de la Escala GENCAT para servir al fin de la evaluación de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales.

Respecto a las evidencias de validez *basadas en la estructura interna* de la escala, se pusieron de manifiesto mediante el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Mediante este método, pusimos a prueba distintos modelos coherentes con el de ocho dimensiones propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003). Concretamente, fueron cinco los modelos sometidos a confirmación: un modelo unidimensional, el modelo multidimensional con ocho dimensiones, un modelo jerárquico con una dimensión de segundo orden (calidad de vida), un modelo jerárquico con tres factores de orden superior (Bienestar personal, 'Empowerment' y Bienestar físico y material) y, finalmente, un modelo jerárquico también con tres factores pero denominados Independencia, Integración social y Bienestar personal. Tras comprobar las condiciones necesarias para realizar un AFC (e.g., normalidad, linealidad, etc.), llevamos a cabo los correspondientes AFC mediante DWLS con 32 *parcels* y sobre la matriz de sobre la matriz de *varianzas-covarianzas policóricas* y la estimación de *covarianzas asintóticas*. En general, los

resultados permitieron rechazar cuatro de los modelos y confirmar aquel en el que la calidad de vida se entendía compuesta por ocho factores relacionados (Schalock y Verdugo, 2002/2003). De este modo, aún cuando el valor de Ji-Cuadrado de Satorra-Bentler resultó elevado (dado el alto número de participantes), los índices de ajuste complementarios fueron satisfactorios (e.g.,  $RMSEA = ,058$ ;  $GFI = ,96$ ;  $CFI = ,97$ ). En cuanto a los índices de fiabilidad y validez de este modelo, se obtuvieron valores óptimos tanto para la fiabilidad compuesta ( $\rho_c = ,965$ ) como para la varianza media extractada ( $\rho_v = ,938$ ), si bien la dimensión que peor queda reflejada en el modelo es Inclusión social ( $\rho_c = ,614$  y  $\rho_v = ,289$ ).

Una vez aportadas evidencias de la validez, analizamos la *fiabilidad de la escala* en términos de consistencia interna, mostrando una elevada fiabilidad en términos globales según distintos coeficientes (e.g.,  $\alpha = ,916$ ), si bien fue algo más baja la fiabilidad basada en la correlación entre dos mitades ( $r = ,786$ ).

En cuanto a las dimensiones, Autodeterminación ( $\alpha = ,880$ ) y Bienestar emocional ( $\alpha = ,834$ ) fueron las más fiables, mientras Bienestar físico mostró menor fiabilidad ( $\alpha = ,474$ ). El resto de las dimensiones mostraron una consistencia interna moderada ( $,569 < \alpha < ,737$ ). Además, analizamos la consistencia interna del instrumento para cada uno de los subgrupos implicados, obteniendo diferencias significativas entre los grupos para todas las dimensiones ( $p < ,050$ ) en la escala total y en todas las dimensiones, con la excepción de Bienestar físico ( $p = ,798$ ) e Inclusión social ( $p = ,391$ ). En este sentido, la consistencia interna encontrada en el grupo de personas con drogodependencias fue significativamente más elevada en la escala global y en las dimensiones de Bienestar emocional, Relaciones interpersonales y Bienestar material; en cambio, fue significativamente inferior al del resto de los colectivos en Desarrollo personal. Fueron también significativamente más elevados los coeficientes de fiabilidad mostrados por las persona mayores en Desarrollo personal y en Derechos. En el extremo opuesto (i.e., coeficientes de consistencia interna significativamente más bajos), encontramos a las personas con VIH/SIDA en Bienestar material y Derechos y las personas con discapacidad intelectual en la escala global y en Relaciones interpersonales. Los errores típicos de medida (ETM) no hicieron más que corroborar la fiabilidad de la escala con las precisiones comentadas.

Finalmente, se comprobó la *fiabilidad de los ítems* tanto en la escala global como en cada una de las ocho subescalas mediante el índice de dificultad (*ID*) y el índice de fiabilidad (*IF*). Con respecto a los índices de dificultad, oscilaron entre 1,41 (ítem *RI\_10*; *DT* = 0,80) y 3,95 (ítem *DE\_10*; *DT* = 0,34), aunque la mayor parte de ellos ( $n = 64$ ) superaron el punto medio de la escala y, por tanto, pueden considerarse 'fáciles'. En cuanto a los índices de fiabilidad, oscilaron entre ,007 (*BF\_06*) y ,661 (*DP\_5*) en el conjunto total de la escala y 11 obtuvieron  $IF < ,200$ . En el análisis por dimensiones, Autodeterminación ( $IF = ,620$ ) y Bienestar emocional ( $IF = ,502$ ) incluyen los ítems más fiables, mientras Bienestar físico ( $IF = ,135$ ) y Bienestar material ( $IF = ,187$ ) recogen los menos.

En *conclusión*, podemos afirmar que en términos generales existen suficientes evidencias acerca de la validez y la fiabilidad de la Escala GENCAT para evaluar la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales de forma objetiva, aunque existen algunos ítems con índices poco satisfactorios, si bien éstos constituyen una minoría.

Validación de la Escala mediante

Modelos de Ecuaciones Estructurales

Exploratorios Multigrupo y

Calibración mediante el Modelo de Rasch

# Capítulo 5



## **CAPÍTULO 5.**

### **VALIDACIÓN DE LA ESCALA MEDIANTE MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES EXPLORATORIOS MULTIGRUPO Y CALIBRACIÓN MEDIANTE EL MODELO DE RASCH**

#### **5. 1. Planteamiento inicial**

En el capítulo anterior hemos aportado evidencias acerca de la validez de la Escala GENCAT para evaluar la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales proporcionados por el ICASS en Cataluña basadas en el contenido y en la estructura interna del instrumento. No obstante, como es sabido, las evidencias de validez en un grupo no garantizan que el constructo sea válido para otras muestras, por lo que la contrastación de la invarianza factorial se torna un tema imprescindible en la validación de un instrumento en el que se ven implicados varios grupos. Como entonces apuntamos, dejamos para el presente capítulo la comprobación de la invarianza factorial; es decir, determinar si el modelo factorial de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003) –modelo que presentó los mejores índices de ajuste entre los diferentes sustentados por la teoría–, es aplicable a los distintos grupos de personas implicadas en el estudio. Recordemos que desde el principio de su diseño, consideramos dos grandes grupos: uno formado por personas mayores (en residencias y centros de día) y otro al que denominamos ‘personas en situación de riesgo de exclusión social’ o ‘desventaja social’ (en el que se incluían las personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad física, personas con problemas de salud mental, personas con drogodependencias y personas con VIH o SIDA). Dado que el número de personas evaluado de algunos de estos últimos colectivos no era suficiente para llevar a cabo un AF (el número de parámetros a estimar era mayor que el número de varianzas y covarianzas), desechamos la idea de llevar a cabo el AF multigrupo para cada colectivo y acometimos tal tarea para los dos grandes grupos señalados.

Si bien el análisis de la invarianza factorial fue abordado inicialmente desde la perspectiva exploratoria (Meredith, 1964), pronto adquirió un gran protagonismo su ejecución mediante el procedimiento confirmatorio (Jöreskog, 1971). Aunque en nuestro caso el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se tornaría preferible (vid. índices de ajuste del modelo de ocho factores propuesto por Schalock y Verdugo en el capítulo anterior), hemos considerado interesante aplicar los *Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios* (ESEM, 'Exploratory Structural Equation Modeling') (Asparouhov y Muthén, en prensa) con el fin de solventar algunos de los problemas planteados por aquel.

Recordemos que los índices de ajuste en el modelo de ocho dimensiones resultaron satisfactorios, las imposiciones del AFC y del programa estadístico LISREL 8.8 con el que llevamos a cabo los análisis, nos obligaron a utilizar *parcels* dado el alto número de ítems ( $n = 69$ ) que conforman la Escala GENCAT. El uso de *parcels*, aunque justificado, no está exento de inconvenientes. Por ello, con ánimo de probar el ajuste del modelo con los ítems en lugar de con *parcels* hemos recurrido a la flexibilidad de los modelos ESEM que permiten trabajar con un número mayor de variables.

De este modo, utilizaremos la metodología ESEM que aglutina las ventajas del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), los Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) al presentar mayor flexibilidad, no fijar las saturaciones cruzadas a cero, proporcionar los errores estándar de todos los parámetros rotados y obtener pruebas generales de ajuste del modelo.

Además, como también se apuntó en el *Capítulo 4* de este trabajo, abordaremos la calibración de la Escala GENCAT mediante la Teoría de Respuesta al Ítem. La TRI surge como un nuevo enfoque en la teoría de los tests que permite resolver algunos de los problemas de la TCT que señalaremos más adelante. De hecho, Lord (1980) señalaba ya hace tres décadas que la TRI no contradice ni las asunciones ni las conclusiones fundamentales de la TCT, sino que hace asunciones adicionales que permiten responder cuestiones que ésta no logra.

Dado que cada vez es más frecuente ver el empleo de ambos acercamientos de modo complementario en el proceso de desarrollo y validación de las pruebas psicológicas, con objeto de aportar mayor grado de novedad a este trabajo, utilizaremos esta perspectiva de modo adicional a las evidencias de validez basadas en la TCT anteriormente aportadas. Concretamente, utilizaremos para este fin una extensión del Modelo de Rasch generalizado a



respuestas politómicas: el *Modelo de Escalas de Clasificación* de Rasch-Andrich (RSM, 'Rating Scale Model') (Andrich, 1978; Wright y Masters, 1982).

### 5. 1. 1. Introducción a los Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios (ESEM)

Los Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios (ESEM en adelante) integran muchas de las ventajas de los análisis factoriales confirmatorios, de los modelos de ecuaciones estructurales y de los análisis factoriales exploratorios. Su surgimiento responde a la dificultad de lograr ajustes aceptables en la investigación real y aplicada en el AFC dados los criterios excesivamente restrictivos (Marsh, 2007; Marsh, Hau y Grayson, 2005) del AFC. De hecho, Marsh hizo constar esta dificultad en SEMNET (<http://bama.ua.edu/archives/semnet.html>) –una red de correo electrónica dirigida a la discusión de temas relacionados con los modelos de ecuaciones estructurales–, donde invitó a sus más de 1.500 miembros a proporcionar ejemplos reales de ajustes apropiados. Nadie fue capaz de aportar uno solo. Este hecho sugiere que muchos de los instrumentos comúnmente utilizados en la investigación ni siquiera satisfacen los criterios mínimos de ajuste aceptable a los estándares actuales. La discusión llevó al autor (Marsh et al., 2005; Marsh, 2007) a cuestionarse la adecuación de los valores de corte actuales para decidir que el modelo presenta un buen ajuste a los datos (e.g., Hu y Bentler, 1999) y dio lugar a una explicación alternativa referida a que la estructura típicamente utilizada para evaluar medidas psicológicas en el AFC es, a menudo, inapropiada.

La especificación de la medida de la variable latente en los modelos de ecuaciones estructurales (Bollen, 1989; Browne y Arminger, 1995; Jöreskog y Sörbom, 1979; Muthén, 1984) utiliza el modelo de AFC de Jöreskog (1969). A partir de la teoría y de los análisis previos, el modelo de medida del AFC especifica un número de saturaciones factoriales que se fijan a cero para reflejar la hipótesis de que cada factor tiene influencia sobre sus indicadores. De este modo, concretamos estructuras simples en las que cada indicador es influido por un único factor (i.e., no existen saturaciones cruzadas). Así, el número de restricciones de saturaciones fijadas a cero es habitualmente mucho mayor que el número de restricciones necesarias para identificar el modelo de medida. El uso del modelo de medida del AFC en SEM tiene la ventaja de que los investigadores consiguen formalizar sus hipótesis de medida y desarrollar instrumentos con una estructura de medida parsimoniosa, pero también presenta desventajas.

Entre ellas, la más notable consiste en que los instrumentos de medida suelen presentar muchas saturaciones cruzadas pequeñas que tienen también apoyo en la teoría o en la formulación de las medidas. El hecho de fijar las saturaciones a cero lleva en ocasiones al investigador a especificar un modelo más parsimonioso que se adecúe mejor a los datos. Además, cuando las saturaciones cruzadas se fuerzan a cero, las correlaciones entre los indicadores que representan los distintos factores conducen generalmente a correlaciones sobreestimadas entre factores y a las consiguientes relaciones estructurales distorsionadas. Por estos motivos, es importante ampliar los modelos de ecuaciones estructurales que conduzcan a modelos de medida menos restrictivos que puedan utilizarse de forma conjunta o complementaria con los modelos de AFC tradicionales (Asparouhov y Muthén, en prensa).

En esta sección describiremos un acercamiento a los recientes modelos de ecuaciones estructurales exploratorios (ESEM), en los que se pueden utilizar rotaciones de la matriz de saturaciones factoriales con partes del modelo de medida del AFE. De este modo, en cada parte del modelo de medida del AFE con  $m$  factores, solo se imponen  $m^2$  restricciones en la matriz de saturaciones y en la matriz de covarianzas. El objetivo de la aplicación consiste básicamente en aportar mayor flexibilidad a los modelos confirmatorios mediante la provisión de una opción que en la mayor parte de los casos es mucho más cercana a la realidad y que refleja un conocimiento de la medida por parte del investigador más limitado o una estructura de medida más compleja.

Antes de continuar, debemos indicar que los modelos ESEM son de muy reciente creación, dando lugar hoy por hoy a un creciente debate en la mencionada discusión en red a la que cada día se remiten decenas de comentarios sobre las ventajas y los inconvenientes encontrados en la puesta en práctica de estos modelos por cientos de investigadores. La información más actualizada acerca de estos modelos puede encontrarse, por tanto, en SEMNET.

### **5. 1. 1. 1. Los Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios (ESEM) multigrupo**

La evaluación del modelo de invarianza en distintos grupos (e.g., según la condición de la persona evaluada: personas mayores o personas en situación de riesgo de exclusión social) se utiliza con frecuencia en los estudios de SEM (Jöreskog y Sörbom, 1979; Meredith, 1993; Meredith y Teresi, 2006). De hecho, tales pruebas de invarianza pueden considerarse una

ventaja fundamental del AFC/SEM sobre el AFE. Aunque se han propuesto métodos multigrupo para el AFE (e.g., Cliff, 1966; Meredith, 1964), se centran principalmente en la similitud de los patrones de los factores. Sin embargo, los ESEM se pueden ampliar a los análisis multigrupo, en los que el modelo ESEM se estima de forma separada para cada uno y algunos parámetros se pueden mantener invariantes en ellos. En este capítulo utilizaremos los métodos propuestos por Asparouhov y Muthén (en prensa) y Marsh et al. (2009) en los que se introduce el análisis factorial exploratorio multigrupo en el modelo de ecuaciones estructurales con el objetivo de comprobar si el modelo de ocho dimensiones, restringiendo las matrices de saturaciones, presenta un ajuste equiparable en los distintos grupos (i.e., personas mayores y personas en desventaja social).

### 5. 1. 2. Valoración de la TCT

Aunque sabemos que la TCT ha sido muy importante y ha constituido la metodología de construcción y validación de pruebas que ha copado la mayor parte de las publicaciones durante más de un siglo, somos también conscientes de que, aunque sigue siendo de gran utilidad y sigue teniendo un gran peso en la actualidad, no permite dar respuesta a muchos de los problemas de la medición ni proporciona siempre soluciones óptimas a muchas situaciones que surgen en situaciones reales de medición. La revisión del modelo de la TCT y sus estadísticos nos llevan a vislumbrar una serie de problemas que resumimos a continuación (Martínez-Arias et al., 2006).

1. *Dependencia de los estadísticos del ítem de la población y la muestra en los que se calculan:* los estadísticos del ítem en la TCT dependen de la tendencia central y de la variabilidad del rasgo en la muestra y en la población.
2. *Dependencia de los estadísticos del test de la población y de la muestra en los que se calculan:* los diferentes estadísticos que expresan características globales de un test dependen en buena parte de la variabilidad de los grupos en los que se calculan.
3. *Dificultades prácticas derivadas del paralelismo de las medidas:* en la práctica, es harto difícil satisfacer la definición de paralelismo entre medidas. La flexibilización de tal concepto, por medio de las medidas tau-equivalentes o congénicas, tampoco libera a la TCT completamente del problema.

4. *Concepción única e indiferenciada del error*: bajo este término general, así como bajo el de varianza de error o error típico de medida, se combinan diferentes fuentes de error, que dan un sentido diferente a la interpretación de la fiabilidad.
5. *Dependencia de las puntuaciones del conjunto particular de ítems utilizado en el test*: la puntuación empírica total, base de la mayor parte de las inferencias de la TCT, depende de los ítems concretos que componen el test y como resultado, no podremos hablar de la aptitud de la persona en términos generales, sino que deberemos especificar el test con que fue determinada y sus elementos particulares.
6. *El estimador usual de la puntuación verdadera ( $V'$ ) depende de la población o muestra de referencia*.
7. *La TCT no proporciona un modelo teórico para la respuesta a los ítems*: no permite determinar ni especificar el comportamiento de una persona en función de la cantidad de rasgo o habilidad que posee cuando se enfrenta al ítem.
8. *Escasa plausibilidad de los supuestos de error sobre el error de medida*: la TCT descansa en el supuesto de homocedasticidad o igualdad de la varianza de los errores a lo largo de todo el continuo de la habilidad.
9. *Medidas sin adecuación óptima a las características de las personas*: los tests de la TCT no dan lugar a medidas igualmente apropiadas para todas las personas, ya que son iguales para todas ellas; se conciben para aquellos con aptitud media y no proporcionan estimaciones precisas para los grupos extremos.

### 5. 1. 3. Principales diferencias entre la TCT y la TRI

Con ánimo de realizar una distinción clara entre las principales diferencias entre ambos modelos hemos incluido la Tabla 101, con la diferenciación establecida por Embretson y Reise (2000) entre lo que denominaban las *viejas y nuevas reglas de la medida* con modificaciones introducidas por Martínez-Arias et al. (2006). No obstante, debemos tener en cuenta que, hoy en día, existen procedimientos y extensiones desarrollados en la TCT que permiten obviar las reglas 1 y 3 (Feldt y Qualls, 1996; Woodruff, 1990).

Tabla 101. Reglas de la medida en TCT y TRI

Reglas	TCT (viejas reglas)	TRI (nuevas reglas)
1	El error típico de medida se aplica a todas las puntuaciones de una población particular.	El error típico de medida difiere entre puntuaciones o patrones de respuesta, pero se generaliza a poblaciones.
2	Tests largos son más fiables que tests cortos.	Aunque se mantienen las relaciones entre fiabilidad y longitud del test, tests cortos pueden ser más fiables que tests largos.
3	Pueden establecerse comparaciones entre formas múltiples de tests cuando las formas son paralelas.	Pueden establecerse comparaciones en general entre formas diferentes de tests, sin el requisito del paralelismo.
4	Las propiedades de los estadísticos de los ítems dependen de las muestras concretas en las que se calculan.	Pueden obtenerse estimadores insesgados de los parámetros de los ítems.
5	Las puntuaciones de los tests adquieren significado comparándolas con las de un grupo normativo que realizó una forma idéntica o paralela del test.	Las puntuaciones de los tests tienen significado si se comparan por su distancia a ítems.
6	Propiedades de escala de intervalo se obtienen generando distribuciones de puntuaciones normales.	Propiedades de escala de intervalo se obtienen aplicando modelos de medida justificables (Rasch).
7	Formatos mixtos de ítems llevan a desequilibrios de ponderación en las puntuaciones totales.	Formatos mixtos pueden proporcionar puntuaciones óptimas.
8	Problemas en las comparaciones para la medida del cambio.	Puntuaciones de cambio son fácilmente establecidas.
9	El análisis factorial (AF) de ítems binarios puede producir factores artefactuales.	El AF de datos de ítems lleva a AF de información total.
10	En el análisis de las propiedades psicométricas se enfatiza el test global como unidad de análisis.	Las propiedades psicométricas se basan en las propiedades de los ítems.

Tabla 102. Principales diferencias entre la TCT y la TRI (Martínez-Arias et al., 2006)

Características	TCT	TRI
Modelo	Lineal	No lineal
Nivel de análisis	Test	Ítem
Relaciones ítem / rasgo	No especificadas	Función característica del ítem
Supuestos	Débiles y fáciles de cumplir	Fuertes y difíciles de cumplir
Invarianza de estadísticos	No, dependientes de la muestra	Sí, si el modelo ajusta
Estadísticos de ítem	$p_i, r_{bp}, r_b$	a, b, c según modelos, funciones de información
Tamaño muestral para la calibración	200-500	Depende del modelo y procedimiento, en general $n > 500$
Estadísticos del test	$r_{xx}, Se$	Función de información. Error típico

Desde un punto de vista más pragmático, consideramos más útil para los implicados en el proceso de construcción de tests la distinción que presentamos en la Tabla 102 en la que usamos términos más familiares.

### 5. 1. 4. Introducción a la TRI

La etiqueta ‘Teoría de Respuesta al Ítem’ alude a un conjunto de modelos que establecen las relaciones entre las medidas observadas y el constructo que se pretende evaluar mediante la relación con éste de las puntuaciones de cada uno de los ítems y que obtienen una estimación de la aptitud, la habilidad o grado del rasgo que posee la persona evaluada en el constructo por medio de los patrones de las respuestas. Una representación esquemática de este planteamiento puede verse en la Figura 119.

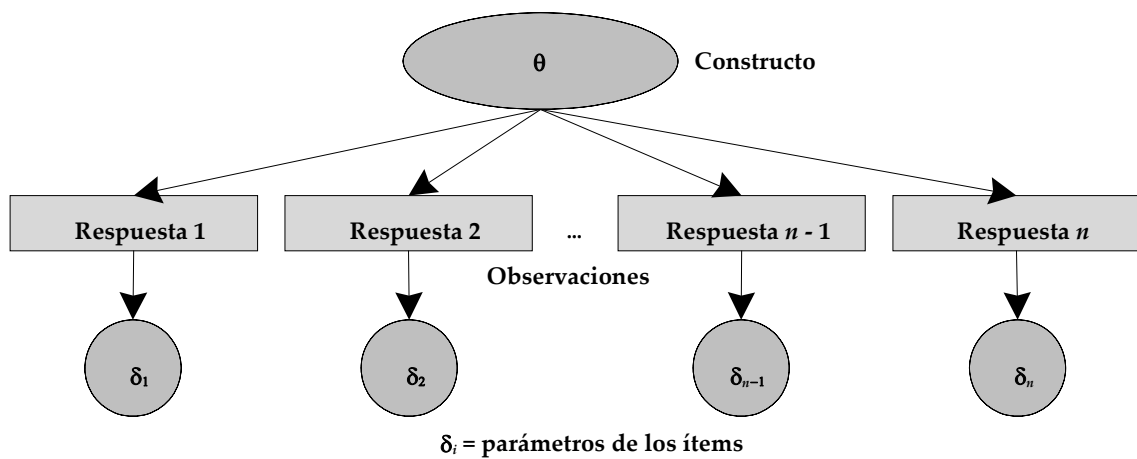


Figura 119. Modelo de la TRI

De este modo, en la Figura 119 observamos que las respuestas a los ítems son funciones simultáneas de la cantidad de aptitud o atributo que posee la persona ( $\theta$ , que evidentemente es la misma para todos los ítems) y un conjunto de aspectos representados con círculos ( $\delta_i$ ) que es

específico de cada ítem. Bajo  $\delta$  se representan, pues, una o varias características de los ítems que influyen en las respuestas (e.g., la dificultad del ítem).

A continuación se describen las características comunes a los distintos modelos de TRI ya que, aunque se diferencian en algunos aspectos, todos tienen en común una serie de características generales, especialmente la de ser modelos estructurales que establecen una relación matemática formalizada entre la respuesta a un ítem concreto y el nivel de rasgo o aptitud de un sujeto.

1. Parten de la *existencia de rasgos o aptitudes latentes* que permiten predecir o explicar la conducta de la persona evaluada ante un ítem del test.
2. La relación entre el rendimiento o la conducta de un examinado en un ítem y el conjunto de rasgos responsables de dicho rendimiento puede describirse mediante una función monótona creciente, denominada *función de respuesta al ítem* (FRI) o *curva característica del ítem* (CCI). Mediante ella se representa una relación funcional entre la proporción de respuestas correctas a un ítem y el nivel del atributo ( $\theta$ ). La CCI nunca es lineal, sino que tiene forma de ojiva en S, lo que indica que la probabilidad de respuesta correcta es una función monótona creciente de la habilidad. Las propiedades de los ítems, denominados *parámetros*, son los que especifican la forma concreta de la función.
3. Es preciso especificar los rasgos que mide el test (i.e., *especificación de la dimensionalidad del espacio de rasgos*).
4. Toda persona y todo ítem puede *situarse en un punto en el espacio del atributo* (i.e., tanto las personas como los ítems pueden representarse en el mismo continuo unidimensional). Será la diferencia entre la habilidad del sujeto y la dificultad del ítem ( $\theta_s - b_i$ ) la que desempeñará el papel fundamental en la probabilidad de la respuesta correcta al ítem.
5. El papel destacado que en la TCT asumía la puntuación verdadera lo asumirá ahora  $\theta$ , que es independiente del test concreto usado en su estimación y que es una variable continua cuya distribución no necesita, en general, especificación.
6. Las unidades básicas de análisis serán los ítems del test.

Los desarrollos de la TRI han seguido dos aproximaciones muy diferenciadas. Una de ellas, predominante en EE.UU, con una orientación más pragmática y derivada de los trabajos de Lord y Bock, influidos por Thurstone. La otra, derivada de los trabajos del danés G. Rasch, más sobresaliente en Europa pero con ramificaciones destacadas también en EE.UU, con una orientación más teórica y mayor insistencia en obtener propiedades métricas óptimas para las puntuaciones. Es concretamente a la última línea a la que nos adherimos en este trabajo, aunque ambas se utilizan con frecuencia en la actualidad en el desarrollo y validación de tests, sobre todo para la resolución de problemas prácticos como el estudio del análisis del funcionamiento diferencial de los ítems (Camilli y Sephard, 1994; Holland y Wainer, 1993) y la equiparación de puntuaciones (Kolen y Brennan, 2004; Mislevy, 1992; Petersen, Kolen y Hoover, 1989).

La TRI parte de dos asunciones básicas: unidimensionalidad e independencia local. Los modelos TRI se basan en el supuesto de que los ítems miden una única variable latente continua ( $\theta$ ) cuyo rango va de  $-\infty$  a  $+\infty$  (en la práctica, en la mayoría de los casos el rango está en  $\pm 5$ ). La *unidimensionalidad* de una escala puede determinarse llevando a cabo un análisis factorial cuyo propósito es evaluar la estructura subyacente a la covariación observada entre las respuestas a los ítems. Puede examinarse si se cumple el requisito comparando el primer valor propio (*eigenvalue*) con el segundo para cada matriz de correlaciones tetracóricas. Esa ratio es un índice de la fuerza de la primera dimensión de los datos. Otro indicador de unidimensionalidad sería que el primer factor explicara una cantidad sustancial de la varianza (Lord, 1980; Reise y Waller, 1990). Si el test tuviera muchos ítems, la asunción de unidimensionalidad podría ser poco realista; sin embargo, Cooke y Michie (1997) aseguran que los modelos TRI son moderadamente robustos a la falta de unidimensionalidad. Si el test fuera multidimensional como en nuestro caso, se subdivide en las subescalas propuestas teóricamente. Por otra parte, los modelos TRI asumen que las respuestas a los ítems son mutuamente independientes (*independencia local*), de suerte que la única relación entre ellos es explicada por la relación condicional con la variable latente  $\theta$ . En otras palabras, la independencia local significa que si el nivel del rasgo es constante, no debería existir asociación entre las respuestas a los ítems (Thissen y Steinberg, 1988). Los diferentes modelos TRI se sintetizan en la Tabla 103.



Tabla 103. Modelos TRI

Tradición	Puntuación			
	Dicotómica	Politómica		Continua
		R. ordenada	R. no ordenada	
<b>RASCH</b> (Ajuste de los datos al modelo)	Modelo de Rasch / Modelo logístico de un parámetro: Poder discriminativo igual a través de todos los ítems	Modelo 'Poisson' (Rasch, 1960)		
		Modelo Binomial (Rasch, 1972)		
		<b>Modelo de Escalas de Clasificación (Andrich, 1978; Masters, 1980): La discriminación es igual a través de los ítems. La distancia entre los pasos de umbral del ítem ('item threshold steps') es igual a través de los ítems.</b>		
		Modelo de crédito parcial (Masters, 1982; Masters y Wright, 1982): El poder discriminativo se constriñe a ser igual a través de los ítems.		
		Modelo de crédito parcial generalizado: Generalización del Modelo de crédito parcial que permite que la discriminación varíe a través de los ítems.		
<b>LORD, LORD Y NOVICK, BIRNBAUM</b> (Ajuste del modelo a los datos)	Modelo logístico de dos parámetros (Birnbaum, 1968): La discriminación y los parámetros de umbral ('threshold parameters') varían a través de los ítems	Graded Response Model (Samejima, 1969): Respuestas ordenadas. La discriminación varía a través de los ítems.	Modelo nominal (Bock, 1972): No hay orden pre-especificado de respuestas al ítem. La discriminación varía a través de los ítems.	Modelo de respuesta continua (Samejima, 1972)
	Modelo de ojiva normal (Lord y Novick, 1968)	Intervalos Sucesivos (Rost, 1988)		

### 5. 1. 5. Principales ventajas de los modelos de la TRI en general

Martínez-Arias et al. (2006) resumen así las principales ventajas de la TRI:

1. *Falsabilidad de los modelos.* Los modelos de la TRI, a diferencia de los de la TCT, son falsables. En cualquier aplicación de la TRI es esencial evaluar el ajuste del modelo a los datos. Cuando existe ajuste, se consiguen las dos propiedades de invarianza que se describen a continuación.
2. *Invarianza de los parámetros de los ítems.* Los ítems se pueden describir mediante parámetros que se pueden estimar. Si se dispone de una población amplia de personas evaluadas, los parámetros de los ítems serán independientes de la muestra particular utilizada para su estimación.
3. *Invarianza de los parámetros de aptitud.* Si asumimos la existencia de un amplio universo de posibles ítems para evaluar, en nuestro caso, la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales, el parámetro  $\theta$  para una persona concreta es independiente del conjunto concreto de ítems utilizado en su estimación, lo que permitirá establecer comparaciones inter o intrapersonales, aunque las estimaciones se hayan obtenido con conjuntos distintos de ítems.
4. *Medidas locales de precisión.* A diferencia de la TCT que proporciona un único valor de precisión para todo el conjunto de puntuaciones (coeficiente de fiabilidad), la TRI proporciona la denominada *función de información*, que indica cómo son de precisas las puntuaciones en los diferentes niveles de aptitud.

### 5. 1. 6. El Modelo de Rasch

El *modelo de Rasch* o *modelo logístico de un parámetro* (Rasch, 1960) genera estimaciones de los lugares que ocupan los ítems individuales (i.e., dificultad del ítem) y las personas (i.e., nivel de habilidad) a lo largo de una escala intervalar común para ambos (ítems y personas) que utiliza una unidad de medida denominada *logit*. En nuestro estudio, la Escala GENCAT de Verdugo et al. (2008a) representa la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales (i.e., los ítems con dificultad estimada pequeña o negativa presentarán por parte de las personas evaluadas una adhesión –‘endorsement’– más fácil que aquellos con dificultad elevada o positiva).

Con ítems dicotómicos, el Modelo de se usa habitualmente para especificar la probabilidad condicional de que una persona  $j$  conteste correctamente un ítem  $i$  dependiendo del rasgo latente de la persona  $\theta_j$  (i.e., puntuación en habilidad) y del nivel de dificultad del ítem  $\beta_i$  de acuerdo con la ecuación:

$$P(u_{ij} = 1) = \frac{e^{(\theta_j - \beta_i)}}{1 + e^{(\theta_j - \beta_i)}} = \frac{1}{1 + e^{-(\theta_j - \beta_i)}} \quad (5.1)$$

Donde  $P(u_{ij} = 1)$  indica la probabilidad de obtener una respuesta correcta a un ítem  $i$ ;  $\theta_j$  es el parámetro de rasgo latente de la persona  $j$  ( $j = 1, 2, \dots, N$ ); y  $\beta_i$  es el parámetro de dificultad para el ítem  $i$  ( $i = 1, 2, \dots, N$ ). Por ejemplo, si la dificultad del ítem es igual a la puntuación de la persona en el rasgo latente, esto es, si  $\beta_i = \theta_j$ , entonces la probabilidad de dar una respuesta correcta será de 0,5. La estimación de la puntuación de la persona en el rasgo y de la probabilidad del ítem en el Modelo de Rasch requiere que los parámetros estén en la misma métrica. La más utilizada es la escala *logit*, que es el logaritmo natural de  $P_{is} / 1 - P_{is}$ , es decir,  $\theta_s - \beta_i$ . La localización del punto 0 de la escala es arbitraria. En la tradición de Rasch, se suele situar dicho punto en la dificultad media de los ítems. En este caso, es muy sencilla la interpretación de los parámetros de las personas (los valores de  $\theta_s$  mayores que 0 indican que las personas tienen una probabilidad superior a 0,50 de éxito en los ítems de dificultad media). Asimismo, la familiaridad con la distribución normal ha llevado a multiplicar por la constante 1,7 el exponente de la ecuación (2) para asimilar la escala *logit* a aquella. En este caso, la media y la desviación típica de la escala son similares a las de las conocidas puntuaciones típicas  $z$  (0 y 1 respectivamente). Por tanto, la casi totalidad de los casos se incluye en el rango  $\pm 3$  (Prieto y Días, 2004). La relación debería ser lineal a fin de poder realizar comparaciones invariantes entre las personas e invariantes entre los ítems, lo que describe el principio de 'objetividad específica' (Rasch, 1977).

### 5.1.6.1. Ventajas del Modelo de Rasch en particular

Las ventajas del modelo de Rasch respecto a la Teoría Clásica de los Tests y a otros modelos TRI han sido ampliamente difundidas (Andrich, 1988; Ayala, 2009; Bond y Fox, 2001; Crocker y Algina, 2008; Embretson y Hershberger, 1999; Embretson y McCollam, 2000; Embretson y Reise, 2000; Hambleton, Swaminathan y Rogers, 1991; Wright y Stone, 1979). Destacaremos a continuación sólo las características más relevantes (Prieto y Días, 2003): medición conjunta, objetividad específica, propiedades de intervalo y especificidad del error típico de medida.

1. *Medición conjunta*: los parámetros de las personas y de los ítems se expresan en las mismas unidades y se localizan en el mismo continuo. En primer lugar, esta propiedad confiere al modelo de Rasch un carácter más realista que el de la Teoría Clásica de los Tests, puesto que no es razonable mantener el supuesto de la invarianza de los ítems: es obvio que no todos los ítems miden la misma cantidad del constructo. En segundo lugar, esta característica permite analizar las interacciones entre las personas y los ítems. En consecuencia, la interpretación de las puntuaciones no se fundamenta necesariamente en normas de grupo, sino en la identificación de los ítems que la persona tiene una alta o baja probabilidad de resolver correctamente. Esta característica dota al modelo de Rasch de una gran riqueza diagnóstica.
2. *Objetividad específica*: Una medida solo puede ser considerada válida y generalizable si no depende de las condiciones específicas con que ha sido obtenida. Es decir, la diferencia entre dos personas en un atributo no debe depender de los ítems específicos con los que sea estimada. Igualmente, la diferencia entre dos ítems no debe depender de las personas específicas que se utilicen para cuantificarla. Esta propiedad fue denominada *objetividad específica* por Rasch (1977).
3. *Propiedades de intervalo*: la escala 'logit' tiene propiedades de intervalo. Por el contrario, en la Teoría Clásica de los Tests las puntuaciones son casi siempre ordinales.
4. *Especificidad del error típico de medida*: Como han subrayado Embretson y Reise (2000), la objetividad específica no implica que la precisión de las estimaciones de los parámetros sea similar en distintos conjuntos de ítems y de personas. Si los ítems son fáciles, se estimarán con más precisión los parámetros de los sujetos de bajo nivel. De forma similar, si los sujetos son de alto nivel, se estimarán con mayor precisión los parámetros de los ítems difíciles.

5. *Invarianza de los parámetros en distintas muestras:* La TRI garantiza que, si se cumplen los supuestos del modelo, si el modelo seleccionado es el correcto (i.e., no existen errores de especificación) y la calibración es correcta (i.e., no existen errores de calibración), entonces se obtendrá el mismo valor de los parámetros de los ítems independientemente de cuál haya sido la muestra utilizada para su calibración. En otras palabras, las diferencias entre los valores de las estimaciones de ambas muestras no serán mayores que las esperables debidas a las fluctuaciones aleatorias del muestreo.
6. *Estimación del grado de precisión de los ítems y del test:* La TRI permite realizar estimaciones del grado de precisión con la que cada test (y cada ítem individual) mide los diferentes niveles de habilidad de las personas examinadas. En este sentido, no asume el supuesto de la igualdad de los errores de medida (como ocurre en la TCT).
7. *La estimación de  $\theta$  es independiente de la prueba utilizada:* la estimación de la capacidad ( $\theta$ ) de las personas evaluadas no depende del test utilizado. La comprobación es análoga a la de la invarianza de los ítems (i.e., correlacionar las estimaciones de  $\theta$  obtenidas al aplicar a una misma muestra de personas dos tests compuestos por diferentes ítems).
8. *Personalización de las pruebas:* Las ventajas de la TRI con respecto a la TCT que se han explicado en los párrafos anteriores permiten construir instrumentos de evaluación personalizados y mucho más eficientes.

### 5. 1. 7. El Modelo de Escalas de Clasificación (RSM)

El Modelo de Escalas de Clasificación de Rasch (en adelante RSM, del inglés '*Rating Scale Model*') fue propuesto por Andersen (1977) y Andrich (1978) para analizar respuestas a ítems en una escala ordinal. Así, el modelo RSM es uno de los más apropiados para el estudio de escalas con el formato de respuesta desarrollado por Rensis Likert (1932). Éste se caracteriza por el empleo de un conjunto fijo de categorías de respuesta ordenadas como las alternativas del ítem para todos los ítems del test. Cada una de estas categorías se representan con números enteros sucesivos (en nuestro caso: 1, 2, 3 y 4). Es decir, este formato asume la existencia de varios niveles ordenados de respuestas, asignándole una puntuación parcial a cada una de las categorías.

Una debilidad de los modelos de Rasch es que los parámetros no tienen un sentido tan claro como en los modelos thurstonianos. El desarrollo que hizo Andrich (1978) del RSM pretende superar esta limitación. Por ello, se trata de un modelo de Rasch desarrollado en términos del ‘proceso discriminante’ para facilitar su interpretación en términos de proceso que siguen las personas para responder a los ítems.

En el modelo RSM, para los ítems con  $m_i + 1$  categorías de respuesta (i.e., el ítem es puntuado como  $x = 0, 1, 2, \dots, m_i$ ), la función de respuesta de la categoría del ítem (*‘item category response function’*) viene dada por la ecuación (5.2). El RSM describe la probabilidad de que una persona  $n$  sea observada en una categoría específica  $x$  de una escala de clasificación en un ítem  $i$  particular de la escala. El modelo resulta apropiado para estimar la variable latente (calidad de vida) y la probabilidad de adhesión (*‘endorsability’*) de los ítems para respuestas puntuadas en dos o más categorías (Wright y Masters, 1982). La ecuación que determina dicha probabilidad (ecuación 5.3) contiene tres parámetros: la medida de la calidad de vida en cada persona ( $\beta_n$ ), la probabilidad de adhesión del ítem ( $\delta_i$ ) y un conjunto de parámetros de umbral ( $\tau_j$ ). El modelo RSM asume que “la distancia entre los parámetros de umbral es constante a través de todos los ítems” (Ayala, 2009, p. 181).

$$p(x_j | \theta, \delta_j, \underline{\tau}) = \frac{\exp \left[ \sum_{h=0}^{x_j} (\theta - (\delta_j + \tau_h)) \right]}{\sum_{h=0}^m \exp \left[ \sum_{h=0}^k (\theta - (\delta_j + \tau_h)) \right]} = \frac{\exp \left[ -\sum_{h=0}^{x_j} \tau_h + x_j(\theta - \delta_j) \right]}{\sum_{h=0}^m \exp \left[ -\sum_{h=0}^k (\tau_h + k(\theta - \delta_j)) \right]} \quad (5.2)$$

Simplificando la ecuación anterior,

$$P(X_{ni} = x) = \frac{\exp \sum_{j=0}^x [\beta_n - (\delta_i + \tau_j)]}{\sum_{x=0}^m \exp \sum_{j=0}^x [\beta_n - (\delta_i + \tau_j)]}, \quad x = 0, 1, \dots, m \quad (5.3)$$

Donde  $P(X_{ni} = x)$  es la probabilidad de que una persona  $n$  sea observada en la categoría  $x$  de la escala de clasificación en el ítem  $i$ , que tiene  $m+1$  categorías y

$$\sum_{j=0}^0 [\beta_n - (\delta_i + \tau_j)] = 0 \quad (5.4)$$

## 5. 2. Objetivos e hipótesis

Los objetivos e hipótesis que guiarán el estudio descrito en este capítulo son los que especificamos a continuación:

**Objetivo 1.** Dado que existen diferencias significativas en función de la condición de la persona evaluada, el primer objetivo consistió en analizar si existe equivalencia en la estructura factorial de varios grupos.

**Hipótesis 1.** La estructura factorial propuesta por Schalock y Verdugo (2002/2003) en el que la calidad de vida se compone de ocho dimensiones (Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos) se ajusta a los datos de las **personas mayores** (en residencias y centros de día) según el modelo ESEM (Asparouhov y Muthén, en prensa).

**Hipótesis 2.** La estructura factorial propuesta por Schalock y Verdugo (2002/2003) en el que la calidad de vida se compone de ocho dimensiones (Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos) se ajusta a los datos de las **personas en situación de desventaja social** (personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad física, personas con problemas de salud mental, personas, personas con drogodependencias y personas con VIH/SIDA) según el modelo ESEM (Asparouhov y Muthén, en prensa).

**Hipótesis 3.** La estructura factorial propuesta por Schalock y Verdugo (2002/2003) en el que la calidad de vida se compone de ocho dimensiones (Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos) es **equivalente en el grupo de personas mayores** (en residencias y centros de día) y en el grupo de **personas en desventaja social** (personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad física, personas con problemas de salud mental, personas, personas con drogodependencias y personas con VIH/SIDA) (Asparouhov y Muthén, en prensa).

**Objetivo 2.** Realizar un estudio preliminar de las características psicométricas del instrumento mediante el empleo del Modelo de Escalas de Clasificación de Rasch (RSM, 'Rating Scale Model') (Andrich, 1978; Wright y Masters, 1982).

**Objetivo 2.1.** Comprobar la unidimensionalidad de cada factor.

**Objetivo 2.2.** Obtener evidencias de la validez del instrumento mediante el ajuste observado de los datos al modelo, tanto de los ítems como de las personas.

**Objetivo 2.3.** Calcular los índices de fiabilidad y separación.

**Objetivo 2.4.** Estimar la calibración de los ítems.

**Objetivo 2.5.** Comprobar la precisión de la medida.

**Objetivo 2.6.** Analizar la invarianza según el género y la condición de la persona

**Objetivo 2.7.** Determinar si existe Funcionamiento Diferencial del Ítem (DIF) por género y tipo de colectivo.

## 5. 3. Método

### 5. 3. 1. Participantes

La muestra teórica fue la descrita en el capítulo anterior (vid. apartado 4.3.3.1. *Características sociodemográficas de los usuarios evaluados*): 3.029 usuarios de servicios sociales dependientes del ICASS de Cataluña.

### 5. 3. 2. Instrumento

Asimismo, la Escala GENCAT (Verdugo et al., 2008a) se describió también en el *Capítulo 4* de este trabajo (vid. *apartado 4.3*).

### 5. 3. 3. Procedimiento

Los análisis realizados sobre los modelos ESEM se han llevado a cabo con *MPlus* v.5.2 (Muthén y Muthén, 2008), mientras el Modelo de Escala de Clasificación de Rasch (RSM, '*Rasch Rating Model Scale*'; Andrich, 1978; Wright y Masters, 1982) se ha implementado en el programa *WINSTEPS* 3.68.0 (Linacre, 2008; Linacre y Wright, 1999).

## 5. 4. Resultados

### 5. 4. 1. Análisis de la invarianza factorial

En las páginas siguientes se describen los resultados obtenidos con los Modelos de Ecuaciones Estructurales Exploratorios (ESEM) para los grupos de personas mayores (en residencias y centros de día) y de personas en situación de desventaja social (personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad física, personas con problemas de salud mental, personas con drogodependencias y personas con VIH/SIDA).



#### 5. 4. 1. 1. Especificación de los modelos de base y análisis preliminar

El contraste de la equivalencia factorial entre grupos comienza habitualmente con un análisis preliminar en el que se examina *por separado* la bondad de ajuste de un mismo modelo sobre las muestras o grupos objeto de estudio. El objetivo de este análisis preliminar consiste en demostrar que el modelo de base especificado presenta un buen ajuste en ambos grupos y es perfectamente interpretable en cada uno de ellos. Dicho análisis parte de la consideración inicial de un modelo que tiene la misma *forma* para todos los grupos, pero es libre el valor que pueden adoptar los parámetros de cada uno de ellos tras el proceso de estimación (i.e., presentan las mismas variables latentes, las mismas variables observables y las relaciones entre ellas son idénticas, aunque no lo sea el valor de sus parámetros). En la Figura 120 se presenta el modelo de ocho dimensiones propuesto por Schalock y Verdugo para cada uno de los grupos.

Si bien el examen de la invarianza en la *forma* del modelo es el primer paso en la ejecución del análisis, no se puede obviar el mencionado análisis preliminar individual para cada una de las muestras. La razón estriba en que el resultado del test de la invarianza formal proviene de la suma de  $\chi^2$  y de los grados de libertad obtenidos para cada grupo, de la cual se extraerá la correspondiente probabilidad de aceptación de la hipótesis sobre la equivalencia del modelo en ambos grupos (Abalo et al., 2006). En el caso de cada uno obtenga un buen ajuste individual, la suma de dichos valores informará igualmente de un buen ajuste relativo de la invarianza del modelo. En resumen, el análisis preliminar determinará si ambos grupos se ajustan significativamente a la estructura factorial propuesta; en el caso de que sea así se creará un nuevo modelo anidado a partir de la imposición de restricciones al modelo inicial y se analizará su bondad de ajuste.

En este sentido, con pocas expectativas de éxito, intentamos llevar a cabo los AFC en ambos grupos con la utilización de los ítems en lugar de los *parcels*. Como era de esperar, el programa estadístico no llegó a ninguna solución dado el alto número de variables y, por ello, llevamos a cabo los análisis con los innovadores y flexibles métodos de ESEM.

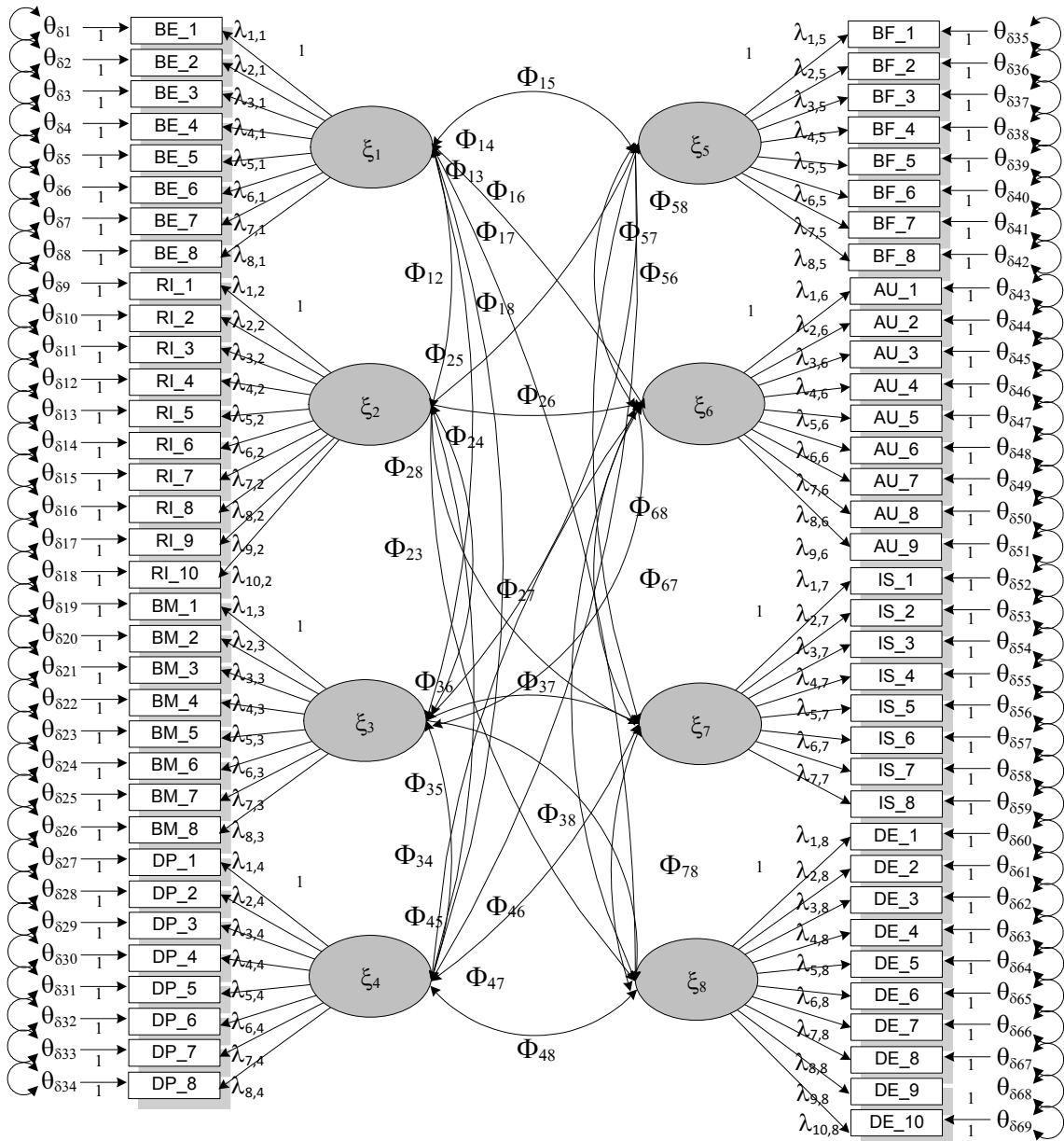


Figura 120. Modelo para personas mayores y personas en desventaja social

Tabla 104. Índices de ajuste del modelo de ocho dimensiones en personas mayores y en personas en desventaja social (ESEM)

Carácter		Índices de ajuste	Mayores	Desventaja social
Absoluto		$\chi^2$	6589,607	8017,028
		$gl$	1.822	1.822
		$p$	,000	,000
		Scaling Correction Factor for MLR	,444	,426
Parcial	Absoluto	SRMR	,038	,040
	Parsimonioso	RMSEA	,043	,051
	Incremental	CFI	,979	,965
		TLI	,973	,955

Para implementar tales análisis utilizados como método de rotación *GEOMIN* –que es una rotación oblicua con un valor épsilon de ,01 (Yates, 1987; Browne, 2001) y se recomienda cuando las cargas factoriales son substanciales en más de un factor)– y como método de estimación *WLSM* –parámetro mínimos cuadrados ponderados, indicado para los análisis generales con variables categóricas y que utiliza la matriz diagonal ponderada con los errores estándar y el test de *Ji-Cuadrado* con la matriz ponderada completa–. El ajuste del modelo de ocho dimensiones para ambos grupos queda patente en la Tabla 104. No obstante, todos los índices de ajuste son ligeramente superiores en el caso de las personas mayores.

#### 5. 4. 1. 2. Establecimiento de restricciones

El análisis de la invarianza se fundamenta en el establecimiento de una jerarquía de restricciones a partir de la cual se evalúa el grado de equivalencia entre los modelos explicativos de los grupos analizados. Aquel modelo cuyas restricciones generen un mejor ajuste a los datos será el que defina el grado de invarianza entre los grupos. Para ello, los investigadores que se encuentran en las fases iniciales de desarrollo de un instrumento suelen comenzar estimando el modelo de ajuste inicial sin restricciones y tomarlo como punto de partida de modelos más restrictivos. En nuestro caso, en el que tratamos con una escala ya desarrollada sobre una amplia y consolidada fundamentación teórica, la restricción de parámetros carece de todo sentido. Por este motivo, para comprobar la invarianza factorial entre las poblaciones de estudio, contrastamos únicamente el modelo base, que no establece ninguna restricción de igualdad entre los parámetros de cada uno de los grupos. Así, la obtención de un ajuste significativo implicará que la forma del modelo considerado es la misma para todas las muestras analizadas.

Como se puede observar en la Tabla 105, el ajuste de los datos en el análisis de invarianza de los dos grupos sin ningún tipo de restricción dio lugar a índices de ajuste parcial que pueden considerarse adecuados (Hu y Bentler, 1999); si bien no son excesivamente altos ( $CFI = ,856$ ;  $TLI = ,814$ ), parecen reflejar de un modo bastante aproximado el grado de invarianza entre los dos grupos. Por tanto, podemos concluir que la *forma* del modelo se mantiene y es satisfactoria para ambos grupos. Sin embargo, como ya apuntaba el análisis preliminar de los grupos por separado, el análisis conjunto dio lugar a contribuciones diferentes por parte de éstos a *Ji-Cuadrado*.

Tanto por el hecho de posibilitar el contraste de hipótesis como por su adecuación al análisis, el índice  $\chi^2$  es el más utilizado en el caso de ajuste de los modelos multimuestra. Éste, junto con el cálculo de los grados de libertad del modelo, informará de la probabilidad de aceptación de la hipótesis nula especificada (Browne, 1982, 1984). Dicha hipótesis sostiene que los grupos son invariantes, de forma que si la probabilidad asociada al estadístico  $\chi^2$  es mayor que ,05 (para un  $\alpha = ,95$ ), se confirmará la equivalencia de los parámetros en los distintos grupos. La interpretación de  $\chi^2$  es común entonces a la del análisis con un solo grupo, como también lo es el resto de los índices de ajuste, si bien su cálculo se adecúa a la estimación simultánea de los parámetros de varios modelos (Marsh y Hocevar, 1994).

Tales contribuciones confirman un ajuste mayor del modelo de ocho dimensiones en el formado por las personas mayores en residencias y centros de día que en el conjunto de personas en situación de riesgo de exclusión social. El contraste de la hipótesis de invarianza factorial para ambos grupos resultó significativa ( $p = ,000$ ) para una diferencia de  $\chi^2 = 988,912$  y de 292 grados de libertad; es decir, las saturaciones de los ítems en los factores funcionan de forma distinta en unos y otros, siendo el ajuste del modelo sustancialmente mejor en el caso de los primeros que en el de los segundos.

Tabla 105. Índices de ajuste del análisis de invarianza multigrupo sin restricciones

Carácter		Índices de ajuste	Análisis de invarianza multigrupo
Absoluto		$\chi^2$	13083,860
		$gl$	3644
		$p$	,000
		Contribución a $\chi^2$ de las personas mayores	6047,474
		Contribución a $\chi^2$ de las personas en desventaja social	7036,386
Parcial	Absoluto	SRMR	,030
	Parsimonioso	RMSEA	,045
		Incremental	CFI
		TLI	,814
Loglikelihood		Valor de H0	-189400,533
		Valor de H1	-182858,603
Información		Número de parámetros libres	1.324
		De Akaike (AIC)	381449,066
		Bayesiana (BIC)	389185,802
		BIC ajustada al tamaño de la muestra	384979,097

## Resumen

En esta sección hemos comprobado si el modelo de ocho dimensiones propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003) se ajustaba a los datos de las personas mayores y de las personas en situación de desventaja social, así como si existía invarianza factorial entre los grupos.

El análisis preliminar a la ejecución del análisis de invarianza mediante el modelo ESEM permitió confirmar las hipótesis 1 y 2 que sostenían que *el modelo de ocho dimensiones ofrece un ajuste adecuado a los datos de ambos grupos*, si bien el ajuste fue superior en el caso de las personas mayores ( $CFI = ,979$ ;  $TLI = ,973$ ;  $SMRM = ,038$  y  $RMSEA = ,043$ ) que en el del grupo de desventaja social ( $CFI = ,965$ ;  $TLI = ,955$ ;  $SMRM = ,040$  y  $RMSEA = ,051$ ). En cambio, rechazamos la hipótesis que sostenía la invarianza factorial de los grupos al arrojar el análisis de invarianza factorial multigrupo un  $\chi^2_{(3644)} = 13083,860$  ( $p = ,000$ ) y el contraste de la contribución a Ji-Cuadrado una diferencia significativa ( $p = ,000$ ) de  $\chi^2 = 988,912$  y  $gl = 292$ .

En conclusión, aunque podemos afirmar que el modelo de ocho dimensiones es adecuado para los dos grupos, las saturaciones de los ítems son sustancialmente diferentes entre ellos. De este modo, el modelo se ajusta significativamente mejor en el caso de las personas mayores que en el de aquellas en situación de desventaja social. Esta diferencia podría ser en parte explicada por la mayor homogeneidad presentada entre el conjunto de mayores, frente a la gran diversidad de situaciones y condiciones aglutinadas en el colectivo de personas en situación de riesgo de exclusión social.

### 5. 4. 2. Análisis con el Modelo de la Teoría de Respuesta al ítem (TRI)

A continuación se describen los resultados obtenidos con el análisis logístico de un parámetro (modelo de Rasch), más concretamente con el Modelo de Escala de Clasificación (RSM) propuesto por Andrich (1978) para cada una de las ocho subescalas o dimensiones que componen la Escala GENCAT.

#### 5. 4. 2. 1. Comprobaciones previas

Previa a la interpretación de los resultados, en cada análisis realizamos las comprobaciones previas de ajuste de los datos al modelo.

a) *Las correlaciones punto-biserials (BP) fueron positivas en todos los casos.* El rango de correlaciones presentado por los ítems de cada dimensión se detalla en la Figura 121. El ítem con correlación más baja fue *'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos'* (perteneciente a Derechos) y

'Organiza su propia vida' (perteneciente a Autodeterminación) el que obtuvo el coeficiente más alto. No obstante, todos los ítems están alineados en la dirección de la variable latente.

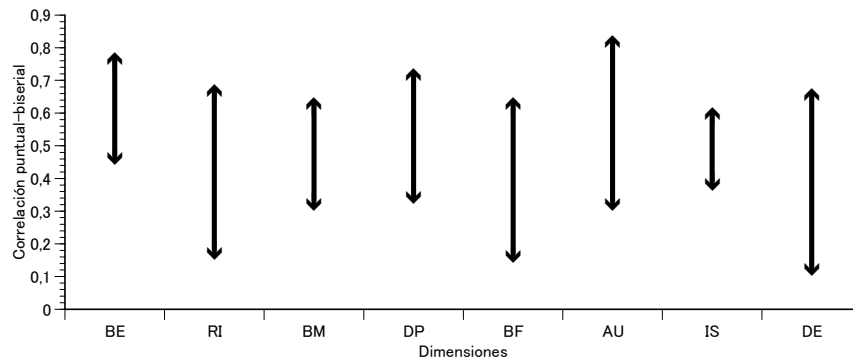
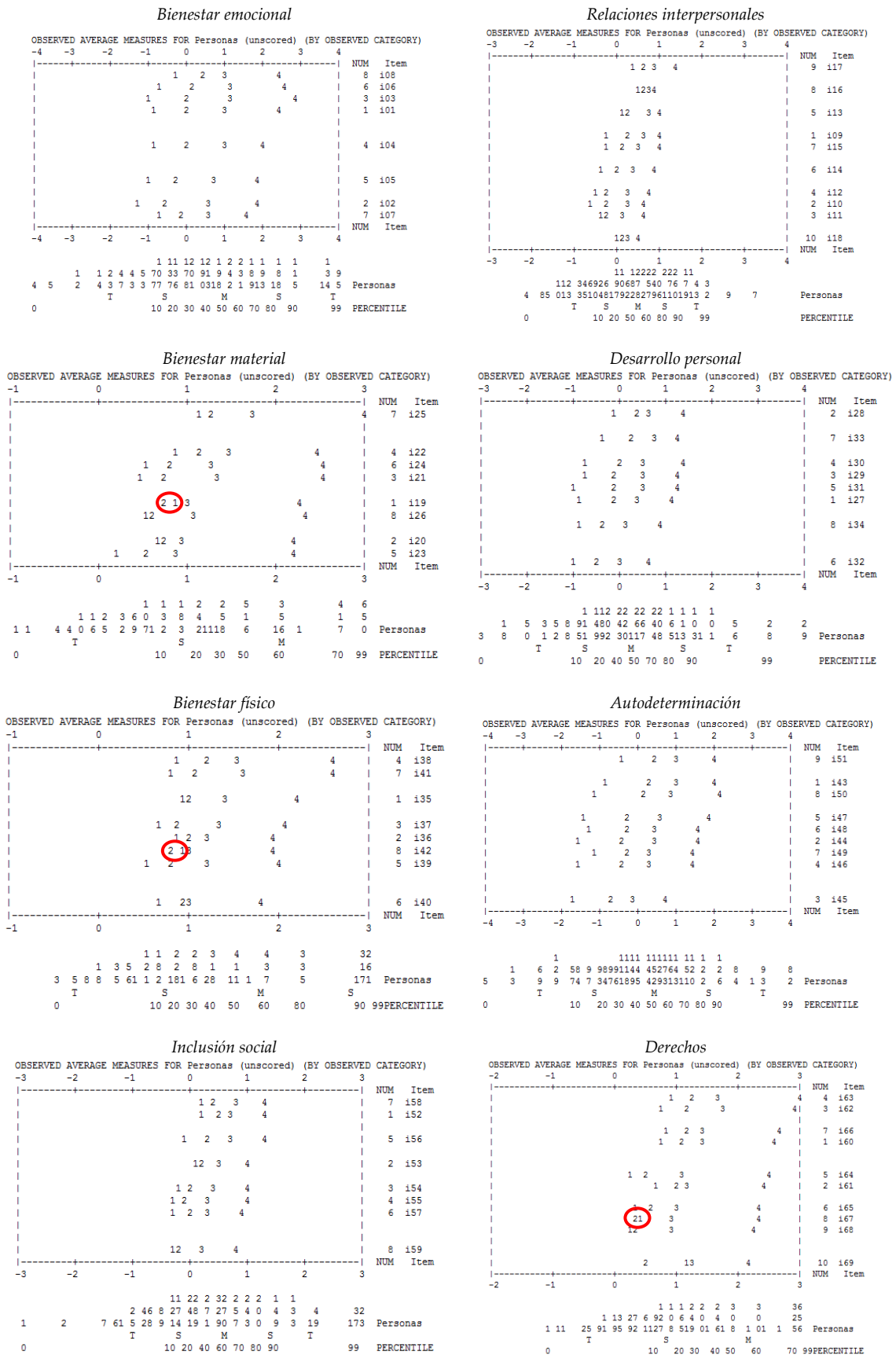


Figura 121. Correlaciones punto-biserial

b) Examinamos en segundo lugar las *medidas empíricas observadas ítem-categoría*, con el fin de comprobar si todas las categorías para todos los ítems están alineadas en la misma dirección, lo que equivale a que las respuestas correctas y los valores de las categorías que corresponden a mayor cantidad de atributo o habilidad están a la derecha. En la Figura 122 comprobamos el uso de las categorías en la muestra y observamos que la condición se cumple en todos los ítems de Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Desarrollo personal, Autodeterminación e Inclusión social. Sólo un ítem mostró las categorías desordenadas en las tres dimensiones restantes: 'El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable' (i19) en Bienestar material; 'Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria' (i42) en Bienestar Físico; y 'En el servicio al que acude se respeta su intimidad' (i67) en Derechos. En los tres casos, el incumplimiento del supuesto se da en las categorías 1 y 2, que aparecen en orden inverso; es decir las personas con mayores niveles de habilidad contestan 'frecuentemente' (2) antes que 'siempre o casi siempre' (1) en el ítem con valencia positiva y 'algunas veces' (2) antes que 'nunca o casi nunca' (1) en los dos con valencia negativa.



capítulo 5: validación mediante ESEM multigrupo y calibración

Figura 122. Medidas promedio observadas de las dimensiones

c) En tercer lugar analizamos la *función de las categorías*: cada categoría contó al menos con 10 observaciones en todas las dimensiones, de hecho todas ellas excedieron ampliamente el número mínimo de respuestas (Figura 123). Este requerimiento se debe a que la estimación de los umbrales equivale aproximadamente a la *log-ratio* de la frecuencia de categorías adyacentes, y cuando la frecuencia de la categoría es baja la estimación de los umbrales es pobre y potencialmente inestable (Linacre, 1997).

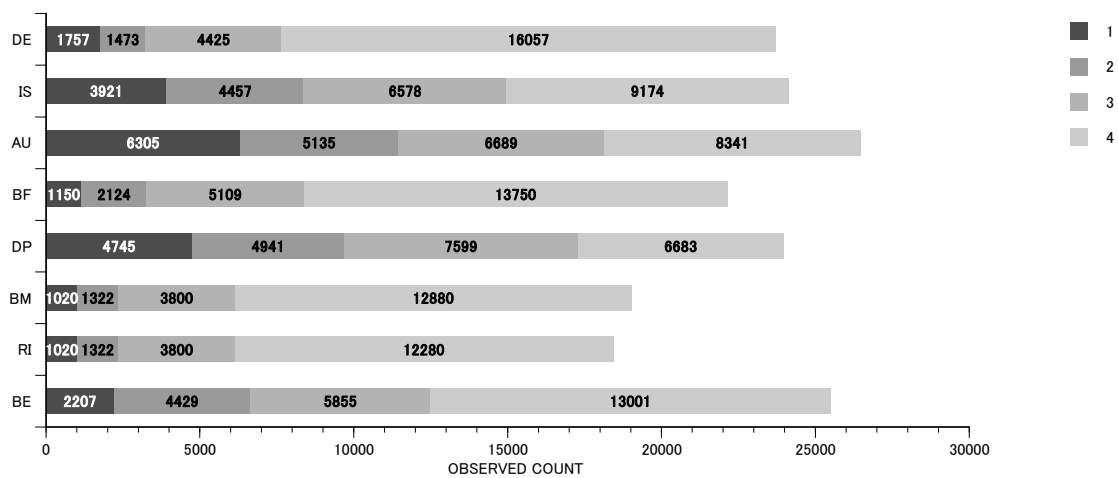


Figura 123. Frecuencias observadas de cada categoría de respuesta en las dimensiones

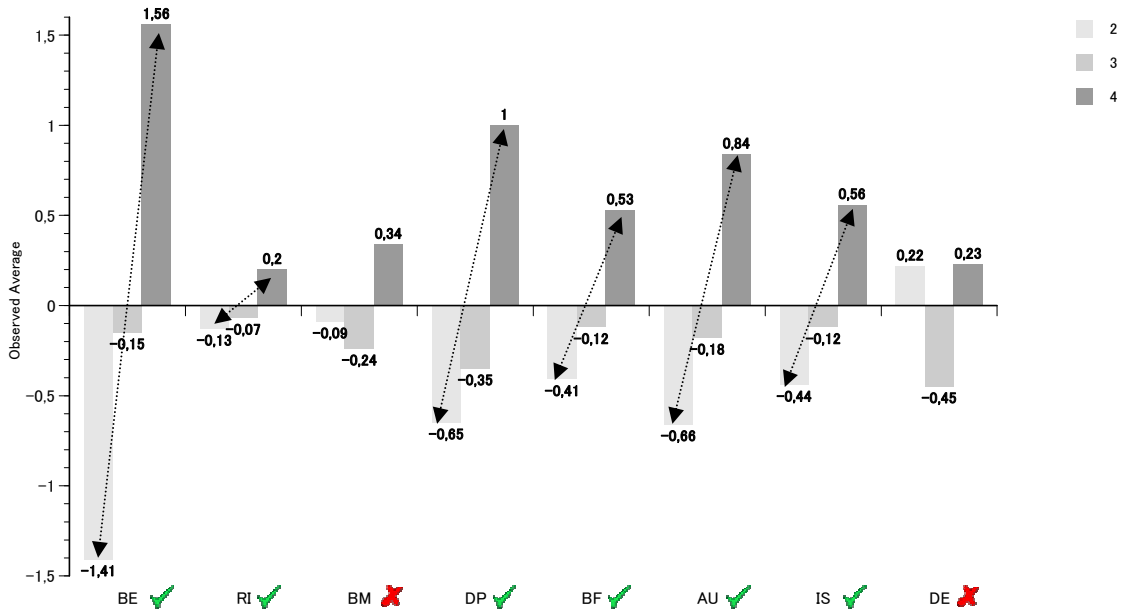


Figura 124. Progresión de las medias (logits) de cada categoría de respuesta en las dimensiones



Además, se espera que los valores observados promedio (*observed average*) sean progresivamente mayores conforme aumenta el valor de la categoría. Obviamente, la categoría inferior (1) no tiene transición anterior y por tanto la medida queda calificada como *NONE*. Este parámetro (denominado en ocasiones *Step Difficulty*, *Step Calibration*, *Rasch-Andrich threshold*, *Tau* o *Delta*, indica cuán difícil es observar una categoría, no cuán difícil es contestarla correctamente. Al comprobar si las categorizaciones funcionaban según lo esperado, como se puede apreciar en la Figura 124, observamos que las medidas promedio para las categorías avanzaban de forma creciente en todas las dimensiones excepto en Bienestar material y Derechos. En ambas, la categoría 3 resulta especialmente ruidosa.

d) Comprobamos en cuarto lugar la *cantidad de varianza explicada por las medidas* (Figura 125). En primer lugar observamos que en Relaciones interpersonales, Desarrollo personal, Autodeterminación e Inclusión social los porcentajes observados de la varianza bruta explicada por la medida incluso superan a los porcentajes esperados si los datos se ajustaran perfectamente al modelo. En las cuatro dimensiones restantes, ambos porcentajes son muy similares, lo que indica que la estimación de las medidas Rasch ha sido exitosa en todos los casos y se confirma la unidimensionalidad de la escalas.

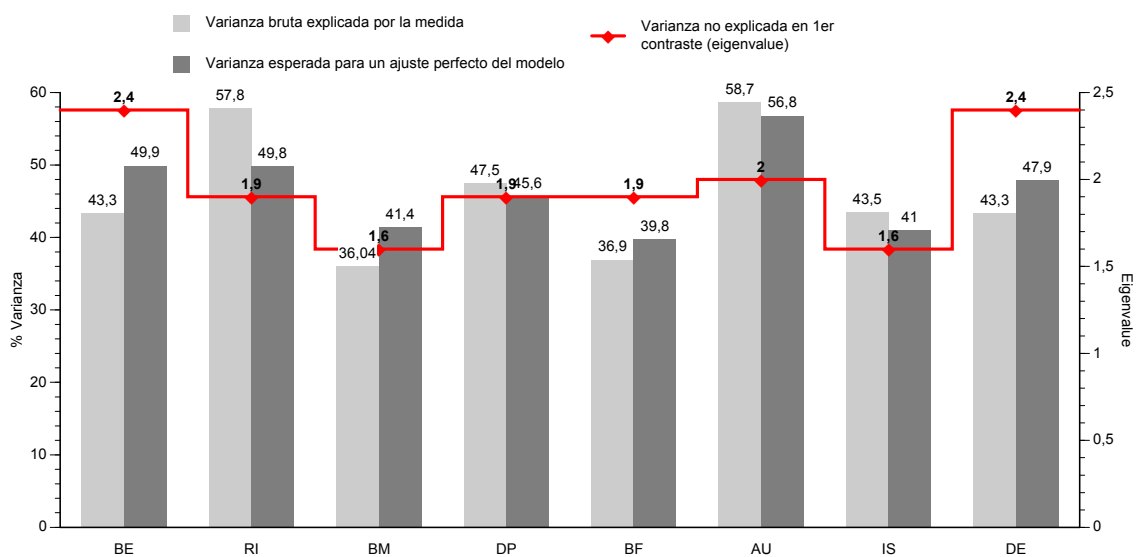


Figura 125. Varianza explicada por las medidas en las dimensiones

e) Tras la identificación de la que estructura de la escala cumpliera con los requisitos enumerados más arriba, investigamos el *desajuste de los ítems* (*item misfit*). La inspección de los estadísticos de ajuste de los ítems puede ayudar a determinar si alguno de ellos no contribuye a definir la variable latente unidimensional (cada dimensión de calidad de vida). Como se muestra en la Figura 126 y se comentará con detenimiento más adelante, casi todos los valores *INFIT MNSQ* y *OUTFIT MNSQ* se mantuvieron dentro del rango considerado como adecuado (0,5 - 2,0 según Linacre, 2002; 0,6 - 1,4 de acuerdo con las recomendaciones de Wright y Linacre, 1994), con las únicas excepciones de los ítems ‘*Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos*’ (i69) de Derechos, ‘*En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias*’ (i45) de Autodeterminación y ‘*Tiene una vida sexual satisfactoria*’ (i18) de Relaciones interpersonales que presentaron valores ligeramente superiores a 2.

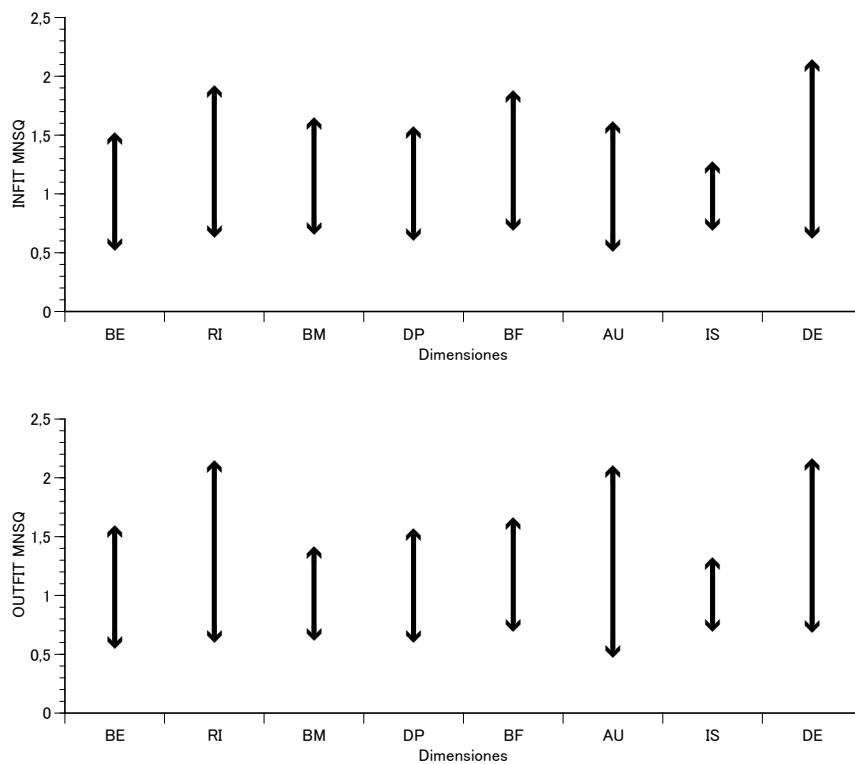


Figura 126. Rango de valores *INFIT MNSQ* y *OUTFIT MNSQ* en las dimensiones

**5. 4. 2. 2. Dimensionalidad**

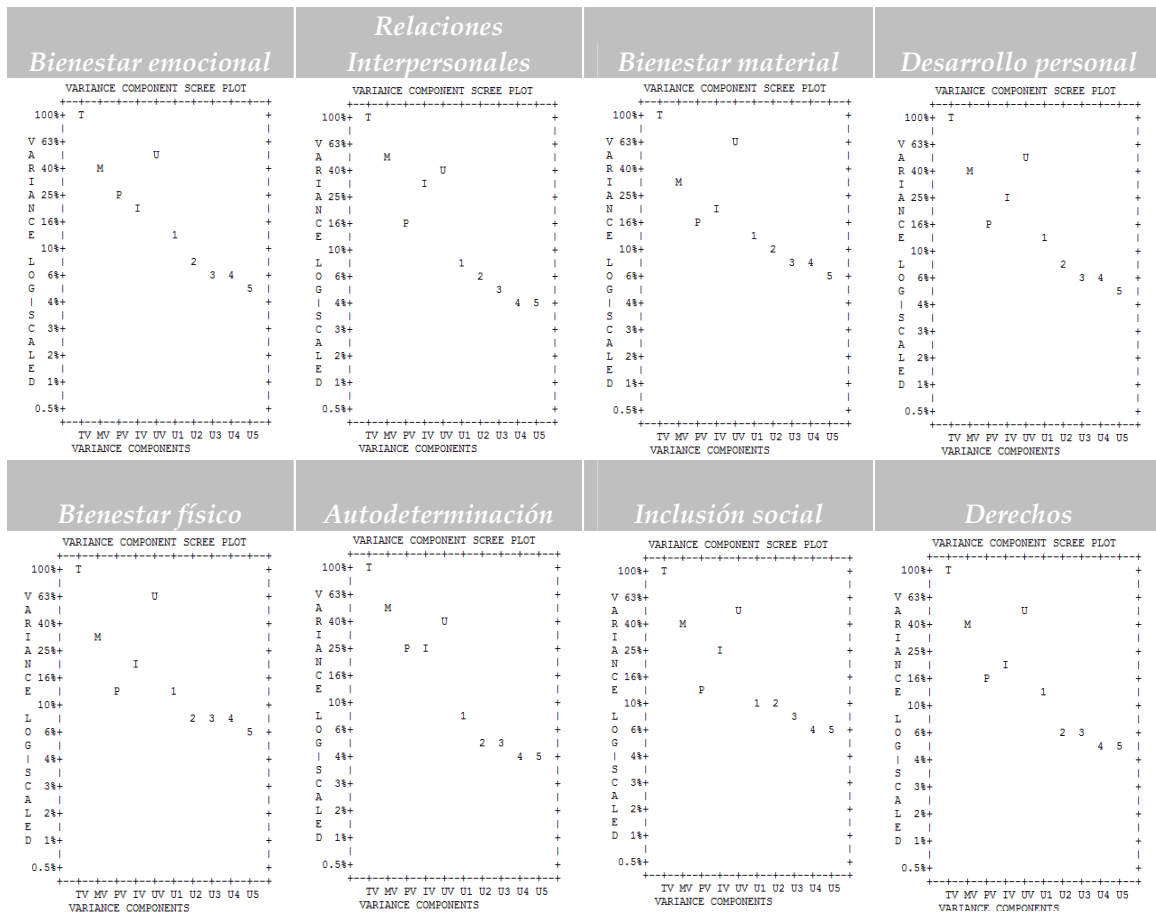
Como más arriba comentamos, una de las asunciones subyacentes al Modelo de Rasch es la unidimensionalidad. Su ausencia da lugar a unos índices de ajuste pobres. Además de por el procedimiento anteriormente comentado, comprobamos la dimensionalidad de las subescalas mediante el análisis de componentes principales de los residuales estandarizados de Rasch. El análisis de componentes principales descompone la matriz de correlación entre los ítems basándose en los residuales estandarizados (i.e., diferencias entre los valores observados y los predichos por el Modelo de Rasch) para determinar si existen o no otras dimensiones potenciales. El primer factor del análisis corresponde a la Dimensión Rasch.

En este sentido, suele considerarse como idónea una varianza explicada igual o superior al 60%, aunque en la práctica y en la mayor parte de las investigaciones que utilizan estos modelos valores en torno al 40% suelen considerarse como válidos. La segunda dimensión (o primer contraste de los residuales) indica si existen patrones en las diferencias dentro de los residuales suficientemente grandes como para sugerir que existe más de una dimensión. Si la varianza de la Dimensión de Rasch fuera escasa y a la vez fuera significativa en los sucesivos contrastes, la escala podría ser multidimensional. Suele adoptarse la regla de que la segunda dimensión deberá tener al menos 3 ítems (de acuerdo con el valor del *eigenvalue*) para poder ser considerada como una posible segunda dimensión y debería representar al menos un 5% de la varianza no explicada (Linacre, 2005).

Tabla 106. Varianza residual estandarizada en unidades 'eigenvalues'

Subescala	Varianza explicada por el Modelo de Rasch			Varianza no explicada en el 1 <sup>er</sup> contraste		Unidimensionalidad
	Medidas	Persona	Ítems	Eigenvalue	%	
<i>Bienestar emocional</i>	49,4%	26,3%	23,1%	2,0	12,7	✓
<i>Relaciones interpers.</i>	57,8%	18,9%	39,0%	1,9	8,2	✓
<i>Bienestar material</i>	36,0%	16,1%	20,0%	1,6	12,8	✓
<i>Desarrollo personal</i>	47,5%	19,7%	27,8%	1,9	12,7	✓
<i>Bienestar físico</i>	36,9%	14,3%	22,6%	1,9	14,7	✓
<i>Autodeterminación</i>	58,7%	30,1%	28,7%	2,0	9,1	✓
<i>Inclusión social</i>	43,5%	15,3%	28,2%	1,6	11,2	✓
<i>Derechos</i>	43,3%	19,7%	23,6%	2,4	13,3	✓

El análisis de componentes principales de las ocho subescalas de la Escala GENCAT (Tabla 106) muestra que entre el 36 y el 58,7% de la varianza queda explicada por los datos modelados. Dos de los porcentajes (Relaciones interpersonales y Autodeterminación) son tan solo ligeramente inferiores al recomendado del 60% y el resto supera al comúnmente utilizado del 40%. Tan sólo Bienestar físico y Bienestar material no alcanzan dicho valor pero se sitúan bastante próximos. No obstante, el primer contraste en cada análisis de componentes principales presenta valores propios (*eigenvalue*) entre 1,6 y 2,4 (inferiores al valor de 3,0 necesario para considerar una segunda dimensión). En consecuencia con lo dicho, las subescalas podrían considerarse unidimensionales. Los gráficos que representan los componentes de la varianza residual estandarizada de cada subescala se presentan la Figura 127.



Nota. TV= Varianza total de las observaciones; MV= Varianza explicada por las medidas de Rasch; PV= Varianza explicada por las habilidades de las personas; IV= Varianza explicada por la dificultad de los ítems; UV= Varianza no explicada; U1= Primer contraste (componente) de los residuales; U2= Segundo contraste (componente) de los residuales; U3= Tercer contraste (componente) de los residuales; U4= Cuarto contraste (componente) de los residuales; U5= Quinto contraste (componente) de los residuales.

Figura 127. Gráficos de componentes de la varianza residual estandarizada

Como complemento a los resultados anteriores, se ofrece en la Figura 128 los gráficos correspondientes de sedimentación de los residuales (*'residual scree plot'*) a fin de ilustrar visualmente la estructura factorial de cada una de las subescalas. En los gráficos, la Dimensión Rasch (en el eje de abscisas) se contrasta con el primer factor de contraste (en el eje de ordenadas).

Si los ítems aparecieran en grupos separados, podría pensarse que la escala no cumple el requisito de unidimensionalidad. En este sentido, el gráfico de sedimentación de los residuales estandarizados correspondiente a la subescala de Bienestar emocional es el que más firmemente podría llevarnos a considerar la existencia de dos dimensiones, dado que se aprecia claramente cómo cuatro de los ítems (*'Presenta síntomas de depresión'*, *'Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad'*, *'Tiene problemas de comportamiento'* y *'Presenta síntomas de ansiedad'*; i.e., ítems referidos a *'Ausencia de estrés y sentimientos negativos'* y *'Autoconcepto'*) ocupan la zona de saturaciones positivas (i.e., por encima de ,50), mientras los cuatro restantes (*'Se muestra satisfecho con su vida presente'*, *'Está alegre y de buen humor'*, *'Se muestra satisfecho con su vida'* y *'Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad'*; i.e. ítems relacionados con la *'Satisfacción'* y *'Ausencia de estrés y sentimientos negativos'*) ocupan la zona de saturaciones negativas situándose, además, ambos conjuntos en extremos opuestos y muy distanciados. No obstante, los valores presentados y comentados en la Tabla 106, así como el gráfico de componentes de la respectiva subescala en la Figura 127 confirman la unidimensionalidad de la escala.

Del mismo modo, llama la atención la distancia del ítem señalado en el análisis de la subescala Bienestar material con el número 7 (*'Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos'*) con respecto al resto de los ítems que conforman el subconjunto. Como en el caso anterior, aunque puede considerarse la existencia de dos dimensiones, los valores de la Tabla 106 y el gráfico correspondiente a esta subescala en la Figura 128 parecen apuntar más en la línea de la unidimensionalidad que de la multidimensionalidad.

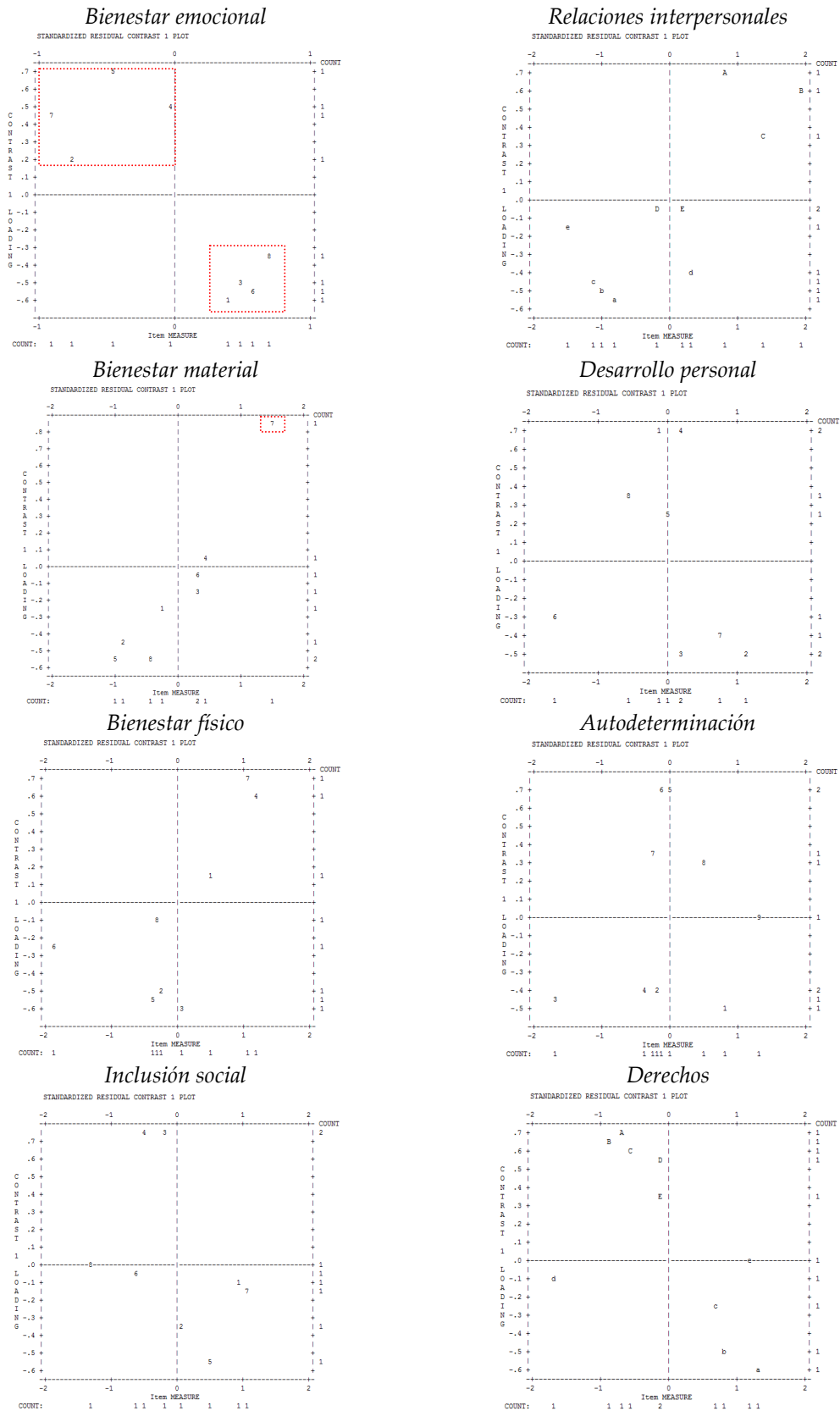


Figura 128. Gráfico de sedimentación de los residuales estandarizados (contraste 1)

### 5. 4. 2. 3. Ajuste de los datos al modelo

En los modelos encuadrados en la TRI, para obtener la medición de las personas que responden al test y la calibración de los ítems, es imprescindible que los datos obtenidos se ajusten a la predicción teórica propuesta por el modelo. Por ello, es preciso que tal ajuste se compruebe tanto en el caso de los ítems como en el de las personas. Desde la Psicometría se han desarrollado distintos procedimientos estadísticos para comprobar el ajuste de los datos, siendo los más utilizados los basados en la distribución de *Ji-Cuadrado* y los que emplean el análisis de los residuales. En este trabajo empleamos el último procedimiento citado, que comprueba el grado en el que los datos obtenidos procedentes de la administración del test a la muestra son similares a los esperados según el modelo. Para ello analiza la diferencia existente entre el valor observado y el valor esperado para una persona o ítem con una habilidad determinada en un determinado ítem (e.g., Hambleton, Swaminathan y Rogers, 1991; Linacre, 2002a; Wright y Masters, 1982). En la ejecución de este análisis se divide al continuo en  $k$ -intervalos y se evalúa, para cada intervalo, el porcentaje de respuestas correctas  $P_{jk}$  y el porcentaje de respuestas esperadas  $E(P_{jk})$  según el modelo. De esta forma se define el residual  $r_{jk}$  como:

$$r_{jk} = P_{jk} - E(P_{jk}) \quad (5.5)$$

Donde  $j$  denota el ítem y  $k$  el intervalo de habilidad.

Existen dos estadísticos que aportan información sobre el ajuste de los datos al modelo (Wright y Masters, 1982): (a) los *Residuos Cuadráticos Medios* o *MNSQ* y (b) los *Residuos Cuadráticos Medios Estandarizados* o *ZSTD*. Estos últimos tienen en consideración el error muestral y se distribuyen según una curva normal con media 0 y desviación típica 1. Para cada uno de estos estadísticos el programa informático WINSTEPS proporciona dos índices: el *infit* o ajuste interno y el *outfit* o ajuste externo.

El *infit* es un índice de ajuste entre el valor esperado y el observado sensible al comportamiento de los ítems próximos a la puntuación de las personas evaluadas. Se interpreta como una media cuadrática ponderada de residuales que es sensible a patrones de respuesta

irregulares. Este estadígrafo captura comportamientos de respuestas no esperadas (es decir ‘anomalías’ según el modelo) a ítems calibrados cerca del nivel de habilidad del sujeto.

Asimismo, el *outfit* o ajuste externo es un índice de ajuste sensible a los ítems que están lejanos de la puntuación de las personas evaluadas. Es el promedio de los residuales estandarizados derivados tanto de personas como de ítems. Este promedio no es ponderado para producir estimaciones más sensibles a respuestas no esperadas lejos de las habilidades calibradas para las personas o para las dificultades de los ítems. Su valor se interpreta como una media cuadrática no ponderada sensible a los comportamientos extremos no esperados en los patrones de respuesta, por lo que este estadígrafo de ajuste es sensible a valores extremos y aún más sensible a comportamientos no esperados que afectan a las respuestas a los ítems que se encuentran lejos del nivel de habilidad del sujeto. Debe advertirse que ambos estadísticos, *infit* y *outfit*, se obtienen de la suma de cuadrados de la diferencia entre la expectativa del modelo y los residuales (o diferencias observadas) para cada ítem y para cada persona examinada.

Cuando los datos observados coinciden con los propuestos por el modelo, los *residuales cuadráticos medios (MNSQ)* tienen valores próximos a 1. Si existe desacuerdo entre los valores observados y los esperados se obtendrán valores alejados de 1. Por ejemplo, un valor de *infit* u *outfit* de 1 indica que el 100% de la varianza de los datos empíricos son explicados por el modelo. Un valor de *infit* de 1,6 indica que hay más varianza de la esperada. Concretamente, un 60% de la varianza de los datos que no puede ser explicada por el modelo. Un valor de *outfit* de 0,64 indica que hay un  $(1 - 0,64 = 0,36)$  36% menos de variación en los datos que lo pronosticado por el modelo. Lunz, Wright y Linacre (1990) sugieren que para el análisis de los residuales cuadráticos medios, los valores que están por debajo de 1 indican que son demasiado predecibles, mientras que los valores superiores a 1 señalan que son difíciles de predecir.

En el análisis de los *residuales cuadráticos medios estandarizados (ZSTD)*, Wright y Linacre (1994) indican que los valores que están por debajo de -2 son demasiado predecibles, mientras que valores superiores a +2 señalan falta de predicción. Se considera un ajuste aceptable si los valores están comprendidos entre -2 y +2.

Para interpretar los resultados utilizamos la Tabla 107 con los valores de los residuales cuadráticos medios y estandarizados y su implicación para la medida.



Tabla 107. Características de los índices de ajuste *infit* y *outfit* (modificado a partir de Linacre, 2009)

MNSQ	Implicaciones para la medida	ZSTD	Implicaciones para la medida
> 2,0	Distorsiona la medida. Puede ser causada por una o dos observaciones. El ruido es mayor que la información útil (conviene remediar en primer lugar los desajustes grandes). Valores altos pueden representar falta de homogeneidad con otros ítems de la escala (Linacre, 2008a).	> 3	Los datos son muy inesperados y probablemente no se ajusten.
1,5-2,0	Inapropiado para la medida, aunque no distorsiona ni la medida ni el constructo. Ruido considerable fuera de la variable ('off-variable noise').	2	Los datos son notoriamente impredecibles.
0,5-1,5	Rango apropiado para la medida.	-1,9 - 1,9	Los datos presentan un ajuste apropiado.
<,05	Inapropiado para la medida, aunque no distorsiona la medida. Puede producir una alta fiabilidad y variabilidad engañosa: puede llevarnos a pensar que tenemos una medida mejor de lo que es realmente (paradoja de atenuación). Los desajustes < 1,0 sólo interesan cuando acertamos el test. Valores bajos en MNSQ pueden representar redundancia con otros ítems.	< -2	Los datos son demasiado predecibles. Otras 'dimensiones' pueden estar forzando el patrón de respuesta.

### a) Análisis del ajuste global

El análisis del ajuste global de los datos empleado para comprobar si el ajuste de todos los ítems y personas se adecuaba al modelo, se muestra en la Tabla 108 (ajuste global de las personas) y en la Tabla 109 (ajuste global de los ítems).

En estas tablas, los datos resumidos para las personas (usuarios de servicios sociales) se presentan omitiendo los casos extremos (i.e. casos 'NON-EXTREME', se descartan aquellos respondientes que contestaron con la máxima puntuación a todos los ítems o con la mínima). En este sentido, observamos que *Relaciones interpersonales* es la única subescala que no omite ningún sujeto en los análisis, mientras *Derechos* y *Bienestar material* son las que con diferencia omiten más personas ( $n > 600$ ), sobre todo a causa de puntuaciones extremas. La puntuación directa ('RAW SCORE') es el número de respuestas correctas observadas y en este caso, dado que se trata de estadísticas resumidas, se presentan la media ('MEAN') la Desviación típica ('S.D.'), la puntuación máxima ('MAX') y la mínima ('MIN').

Tabla 108. Ajuste global para las personas

Bienestar emocional

Relaciones interpersonales

SUMMARY OF 2930 MEASURED (NON-EXTREME) Personas

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIT ZSTD	MNSQ	OUTFIT ZSTD
MEAN	23.2	8.0	.82	.55	1.00	-.1	1.02	-.1
S.D.	4.8	.0	1.30	.14	.67	1.4	.73	1.4
MAX.	31.0	8.0	3.70	1.05	5.11	4.8	7.54	5.2
MIN.	9.0	7.0	-3.59	.46	.07	-3.9	.07	-3.9
REAL RMSE	.63	ADJ.SD	1.14	SEPARATION	1.81	Person RELIABILITY	.77	
MODEL RMSE	.57	ADJ.SD	1.17	SEPARATION	2.06	Person RELIABILITY	.81	
S.E. OF Persona MEAN = .02								
MAXIMUM EXTREME SCORE: 95 Personas								
MINIMUM EXTREME SCORE: 4 Personas								
VALID RESPONSES: 99.9%								

SUMMARY OF 3029 MEASURED Personas

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIT ZSTD	MNSQ	OUTFIT ZSTD
MEAN	28.2	10.0	.46	.41	.99	-.1	1.12	-.1
S.D.	4.3	.1	.70	.05	.67	1.3	1.28	1.2
MAX.	39.0	10.0	3.20	.96	5.48	5.0	9.90	6.1
MIN.	13.0	8.0	-2.07	.38	.11	-3.0	.13	-2.0
REAL RMSE	.45	ADJ.SD	.53	SEPARATION	1.17	Person RELIABILITY	.58	
MODEL RMSE	.41	ADJ.SD	.57	SEPARATION	1.39	Person RELIABILITY	.66	
S.E. OF Persona MEAN = .01								
VALID RESPONSES: 99.9%								

Bienestar material

Desarrollo personal

SUMMARY OF 2379 MEASURED (NON-EXTREME) Personas

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIT ZSTD	MNSQ	OUTFIT ZSTD
MEAN	28.0	8.0	1.58	.61	1.00	.1	.99	.1
S.D.	2.7	.1	.75	.19	.67	.9	.99	.9
MAX.	31.0	8.0	2.76	.99	4.17	4.3	9.54	5.3
MIN.	14.0	5.0	-.97	.38	.12	-3.4	.17	-2.1
REAL RMSE	.70	ADJ.SD	.29	SEPARATION	.41	Person RELIABILITY	.15	
MODEL RMSE	.64	ADJ.SD	.39	SEPARATION	.61	Person RELIABILITY	.27	
S.E. OF Persona MEAN = .02								
MAXIMUM EXTREME SCORE: 650 Personas								
VALID RESPONSES: 99.9%								

SUMMARY OF 2997 MEASURED (NON-EXTREME) Personas

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIT ZSTD	MNSQ	OUTFIT ZSTD
MEAN	21.4	8.0	.27	.47	1.03	-.1	1.02	-.1
S.D.	4.5	.1	.96	.09	.66	1.4	.75	1.2
MAX.	31.0	8.0	3.26	1.04	4.55	4.9	9.75	5.9
MIN.	10.0	6.0	-2.45	.41	.07	-3.8	.09	-3.2
REAL RMSE	.54	ADJ.SD	.79	SEPARATION	1.48	Person RELIABILITY	.69	
MODEL RMSE	.48	ADJ.SD	.83	SEPARATION	1.75	Person RELIABILITY	.75	
S.E. OF Persona MEAN = .02								
MAXIMUM EXTREME SCORE: 29 Personas								
MINIMUM EXTREME SCORE: 3 Personas								
VALID RESPONSES: 99.9%								

Bienestar físico

Autodeterminación

SUMMARY OF 2768 MEASURED (NON-EXTREME) Personas

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIT ZSTD	MNSQ	OUTFIT ZSTD
MEAN	27.4	8.0	1.55	.58	.98	.0	1.08	.1
S.D.	2.7	.1	.74	.18	.65	1.1	1.24	1.0
MAX.	31.0	8.0	2.96	1.00	3.65	3.8	9.90	6.5
MIN.	17.0	6.0	-.47	.40	.08	-3.6	.09	-2.8
REAL RMSE	.65	ADJ.SD	.36	SEPARATION	.55	Person RELIABILITY	.23	
MODEL RMSE	.60	ADJ.SD	.44	SEPARATION	.73	Person RELIABILITY	.35	
S.E. OF Persona MEAN = .01								
MAXIMUM EXTREME SCORE: 261 Personas								
VALID RESPONSES: 99.9%								

SUMMARY OF 2942 MEASURED (NON-EXTREME) Personas

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIT ZSTD	MNSQ	OUTFIT ZSTD
MEAN	23.8	9.0	.25	.48	1.03	.0	1.05	.0
S.D.	6.7	.0	1.33	.14	.60	1.2	.87	1.2
MAX.	35.0	9.0	3.29	1.03	4.77	5.2	9.90	5.8
MIN.	10.0	6.0	-3.25	.39	.10	-3.7	.14	-3.2
REAL RMSE	.56	ADJ.SD	1.21	SEPARATION	2.16	Person RELIABILITY	.82	
MODEL RMSE	.50	ADJ.SD	1.23	SEPARATION	2.45	Person RELIABILITY	.86	
S.E. OF Persona MEAN = .02								
MAXIMUM EXTREME SCORE: 82 Personas								
MINIMUM EXTREME SCORE: 5 Personas								
VALID RESPONSES: 99.9%								

Inclusión social

Derechos

SUMMARY OF 3006 MEASURED (NON-EXTREME) Personas

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIT ZSTD	MNSQ	OUTFIT ZSTD
MEAN	22.9	8.0	.53	.45	1.02	.0	1.00	.0
S.D.	3.8	.1	.73	.09	.58	1.2	.66	1.0
MAX.	31.0	8.0	2.91	1.00	3.99	3.8	8.42	4.8
MIN.	9.0	6.0	-2.87	.40	.08	-3.6	.11	-3.1
REAL RMSE	.50	ADJ.SD	.53	SEPARATION	1.05	Person RELIABILITY	.52	
MODEL RMSE	.45	ADJ.SD	.57	SEPARATION	1.26	Person RELIABILITY	.62	
S.E. OF Persona MEAN = .01								
MAXIMUM EXTREME SCORE: 23 Personas								
VALID RESPONSES: 99.9%								

SUMMARY OF 2373 MEASURED (NON-EXTREME) Personas

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIT ZSTD	MNSQ	OUTFIT ZSTD
MEAN	34.6	10.0	1.58	.54	1.00	.1	.99	.1
S.D.	3.7	.1	.81	.20	.55	.9	1.21	.9
MAX.	39.0	10.0	2.95	.98	4.34	4.3	9.90	6.0
MIN.	17.0	6.0	-1.10	.36	.12	-3.0	.14	-1.9
REAL RMSE	.62	ADJ.SD	.52	SEPARATION	.83	Person RELIABILITY	.41	
MODEL RMSE	.58	ADJ.SD	.56	SEPARATION	.97	Person RELIABILITY	.48	
S.E. OF Persona MEAN = .02								
MAXIMUM EXTREME SCORE: 656 Personas								
VALID RESPONSES: 99.9%								

Tabla 109. Ajuste global para los ítems

Bienestar emocional

Relaciones interpersonales

SUMMARY OF 8 MEASURED (NON-EXTREME) Items

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIIT ZSTD	MNSQ	ZSTD	OUTFIT ZSTD
MEAN	8887.4	3028.3	.00	.03	1.00	-.9	1.02	-.5	
S.D.	803.8	.7	.59	.00	.27	7.8	.29	8.1	
MAX.	10091.0	3029.0	.71	.03	1.48	9.9	1.55	9.9	
MIN.	7900.0	3025.0	-.92	.03	.59	-9.9	.62	-9.9	
REAL RMSE	.03	ADJ.SD	.59	SEPARATION	20.51	Item	RELIABILITY	1.00	
MODEL RMSE	.03	ADJ.SD	.59	SEPARATION	21.73	Item	RELIABILITY	1.00	
S.E. OF Item MEAN	= .22								

UMEAN=.000 USCALE=1.000  
Item RAW SCORE-TO-MEASURE CORRELATION = -1.00 (approximate due to missing data)  
23434 DATA POINTS. LOG-LIKELIHOOD CHI-SQUARE: 45191.58 with 20495 d.f. p=.0000

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIIT ZSTD	MNSQ	ZSTD	OUTFIT ZSTD
MEAN	8540.4	3026.2	.00	.02	1.06	-.4	1.13	.3	
S.D.	2378.8	3.4	1.09	.01	.34	7.3	.42	7.8	
MAX.	11354.0	3029.0	1.95	.04	1.88	9.9	2.10	9.9	
MIN.	4276.0	3017.0	-1.52	.02	.70	-9.9	.67	-9.9	
REAL RMSE	.03	ADJ.SD	1.09	SEPARATION	39.19	Item	RELIABILITY	1.00	
MODEL RMSE	.03	ADJ.SD	1.09	SEPARATION	43.42	Item	RELIABILITY	1.00	
S.E. OF Item MEAN	= .36								

UMEAN=.000 USCALE=1.000  
Item RAW SCORE-TO-MEASURE CORRELATION = -.99 (approximate due to missing data)  
30262 DATA POINTS. LOG-LIKELIHOOD CHI-SQUARE: 56186.79 with 27222 d.f. p=.0000

Bienestar material

Desarrollo personal

SUMMARY OF 8 MEASURED (NON-EXTREME) Items

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIIT ZSTD	MNSQ	ZSTD	OUTFIT ZSTD
MEAN	10923.0	3027.8	.00	.04	1.09	1.4	.99	-.1	
S.D.	893.8	1.0	.75	.01	.24	5.5	.25	5.2	
MAX.	11772.0	3029.0	1.47	.05	1.60	9.9	1.37	6.3	
MIN.	8816.0	3026.0	-1.01	.02	.73	-8.4	.69	-7.5	
REAL RMSE	.04	ADJ.SD	.75	SEPARATION	18.98	Item	RELIABILITY	1.00	
MODEL RMSE	.04	ADJ.SD	.75	SEPARATION	20.32	Item	RELIABILITY	1.00	
S.E. OF Item MEAN	= .28								

UMEAN=.000 USCALE=1.000  
Item RAW SCORE-TO-MEASURE CORRELATION = -.96 (approximate due to missing data)  
19022 DATA POINTS. LOG-LIKELIHOOD CHI-SQUARE: 27889.89 with 16634 d.f. p=.0000

SUMMARY OF 8 MEASURED (NON-EXTREME) Items

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIIT ZSTD	MNSQ	ZSTD	OUTFIT ZSTD
MEAN	8138.5	3028.0	.00	.02	1.03	-.7	1.02	-.8	
S.D.	1392.4	1.0	.79	.00	.28	8.2	.26	7.0	
MAX.	10771.0	3029.0	1.14	.03	1.53	9.9	1.52	9.9	
MIN.	5961.0	3026.0	-1.63	.02	.68	-9.9	.67	-9.9	
REAL RMSE	.03	ADJ.SD	.79	SEPARATION	30.67	Item	RELIABILITY	1.00	
MODEL RMSE	.02	ADJ.SD	.79	SEPARATION	32.92	Item	RELIABILITY	1.00	
S.E. OF Item MEAN	= .30								

Bienestar físico

Autodeterminación

SUMMARY OF 8 MEASURED (NON-EXTREME) Items

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIIT ZSTD	MNSQ	ZSTD	OUTFIT ZSTD
MEAN	10509.6	3027.6	.00	.03	1.16	.5	1.10	.1	
S.D.	1044.6	.9	.91	.02	.36	6.2	.27	5.7	
MAX.	11913.0	3029.0	1.21	.07	1.83	9.9	1.62	9.9	
MIN.	8723.0	3026.0	-1.88	.02	.76	-9.9	.77	-8.9	
REAL RMSE	.04	ADJ.SD	.91	SEPARATION	20.99	Item	RELIABILITY	1.00	
MODEL RMSE	.04	ADJ.SD	.91	SEPARATION	24.96	Item	RELIABILITY	1.00	
S.E. OF Item MEAN	= .34								

UMEAN=.000 USCALE=1.000  
Item RAW SCORE-TO-MEASURE CORRELATION = -.93 (approximate due to missing data)  
22133 DATA POINTS. LOG-LIKELIHOOD CHI-SQUARE: 35681.00 with 19356 d.f. p=.0000

SUMMARY OF 9 MEASURED (NON-EXTREME) Items

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIIT ZSTD	MNSQ	ZSTD	OUTFIT ZSTD
MEAN	8111.4	3028.1	.00	.03	1.03	-.2	1.06	-.7	
S.D.	1289.8	.0	.81	.00	.35	8.3	.44	7.6	
MAX.	10628.0	3029.0	1.34	.03	1.57	9.9	2.06	9.9	
MIN.	5866.0	3026.0	-1.71	.02	.58	-9.9	.55	-9.9	
REAL RMSE	.03	ADJ.SD	.81	SEPARATION	29.40	Item	RELIABILITY	1.00	
MODEL RMSE	.03	ADJ.SD	.81	SEPARATION	32.22	Item	RELIABILITY	1.00	
S.E. OF Item MEAN	= .29								

UMEAN=.000 USCALE=1.000  
Item RAW SCORE-TO-MEASURE CORRELATION = -1.00 (approximate due to missing data)  
26470 DATA POINTS. LOG-LIKELIHOOD CHI-SQUARE: 51024.62 with 23518 d.f. p=.0000

Inclusión social

Derechos

SUMMARY OF 8 MEASURED (NON-EXTREME) Items

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIIT ZSTD	MNSQ	ZSTD	OUTFIT ZSTD
MEAN	8712.6	3026.7	.00	.02	1.00	.1	1.00	.1	
S.D.	1607.6	.0	.76	.00	.19	7.6	.19	7.0	
MAX.	11032.0	3028.0	1.07	.03	1.24	9.9	1.28	9.9	
MIN.	6905.0	3026.0	-1.28	.02	.76	-9.9	.77	-9.9	
REAL RMSE	.02	ADJ.SD	.76	SEPARATION	31.83	Item	RELIABILITY	1.00	
MODEL RMSE	.02	ADJ.SD	.76	SEPARATION	32.90	Item	RELIABILITY	1.00	
S.E. OF Item MEAN	= .29								

SUMMARY OF 10 MEASURED (NON-EXTREME) Items

	RAW SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL ERROR	MNSQ	INFIIT ZSTD	MNSQ	ZSTD	OUTFIT ZSTD
MEAN	10843.8	3027.0	.00	.04	1.08	.6	1.05	-.1	
S.D.	984.4	1.7	.93	.02	.38	5.4	.39	3.9	
MAX.	11951.0	3029.0	1.34	.08	2.10	9.9	2.12	7.5	
MIN.	9105.0	3024.0	-1.67	.02	.69	-7.5	.73	-4.3	
REAL RMSE	.05	ADJ.SD	.93	SEPARATION	18.92	Item	RELIABILITY	1.00	
MODEL RMSE	.04	ADJ.SD	.93	SEPARATION	22.46	Item	RELIABILITY	1.00	
S.E. OF Item MEAN	= .31								

$MNSQ$  es el estadígrafo de media cuadrática de ajuste interno que según el modelo tiene una expectativa de 1. Los valores sustancialmente menores a 1 indican dependencia (determinismo) en los datos observados. Los valores sustancialmente mayores a 1 indican ruido (o demasiada estocasticidad) en los datos observados.  $ZSTD$  es el mismo estadígrafo de media cuadrática de ajuste interno pero estandarizado para aproximar una distribución con media teórica de 0 y una varianza de 1. Así, las medias de *infit* y *outfit* esperados cuando existe un ajuste perfecto para los  $ZSTD$  son de 0,0 tanto para ítems como para personas.

Tal ajuste perfecto de las personas lo observamos en el caso de *Autodeterminación* ( $\overline{INFITZSTD} = 0,0$ ;  $\overline{OUTFITZSTD} = 0,0$ ) e *Inclusión social* ( $\overline{INFITZSTD} = 0,0$ ;  $\overline{OUTFITZSTD} = 0,0$ ). Parcialmente (sólo en el caso del *infit* pero no del *outfit*, se observa en *Bienestar físico*. En el resto de las dimensiones,  $\overline{INFITZSTD}$  y  $\overline{OUTFITZSTD}$  oscilaron entre  $-1$  y  $1$ . Además, los valores de las medias de los parámetros de *infit* y *outfit* indican que su distribución está próxima a una distribución normal y, en todos los casos, encontramos valores  $MNSQ$  muy próximos a 1. De este modo concluimos que el ajuste global de las personas muestra que las respuestas se ajustan a los patrones de respuestas pronosticados por el modelo.

Los valores de  $MNSQ$  de los ítems también reflejan la existencia de ajuste de los ítems al RSM en todos los casos: (a) no existe ninguna subescala con valores por debajo de 1; (b) *Bienestar emocional* e *Inclusión social* muestran valores *infit* iguales a 1; y (c) las subescalas que superan el valor 1 no lo hacen de forma sustancial (el valor mayor es igual a 1,16). Sin embargo, en este caso, los valores correspondientes a  $\overline{INFITZSTD}$  y  $\overline{OUTFITZSTD}$  están más alejados de 0,0. Solo  $\overline{INFITZSTD}$  de *Bienestar material* supera el valor  $|1,0|$ , aunque no lo hace de modo excesivamente sustancial ( $\overline{INFITZSTD} = 1,4$ ), aun así está comprendido en el rango considerado como aceptable para un ajuste adecuado de los datos.

A la vista de estos resultados parece adecuado afirmar que existe un buen ajuste global de los datos al modelo en las distintas subescalas.

### **b) Evaluación del ajuste de los ítems**

El análisis del ajuste de los ítems de las ocho subescalas se muestra en la Tabla 110. En la columna 'MEASURE' se indica la posición –en *logits*– de cada ítem en el continuo (calibración de la dificultad del ítem) y junto a ella el error estándar de cada ítem que, como puede apreciarse, oscila entre ,02 y ,08. Dado que cuanto más se aproximan a 0 estos valores, mayor es la precisión de la medida, encontramos que las dimensiones más precisas (i.e., 'MODEL S.E.'  $\leq$  ,03) son Bienestar emocional, Desarrollo personal, Autodeterminación e Inclusión social. En cambio, los ítems menos precisos (i.e., 'MODEL S.E.'  $\geq$  ,05) son: 'El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad' ('MODEL S.E.' = ,05) y 'El lugar donde vive está limpio' ('MODEL S.E.' = ,05) de Bienestar material, 'En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma' ('MODEL S.E.' = ,07) de Bienestar físico, y 'En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos' ('MODEL S.E.' = ,05), 'El servicio respeta la privacidad de la información' ('MODEL S.E.' = ,05) y 'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos' ('MODEL S.E.' = ,08) de Derechos.

En las columnas MNSQ comprobamos que todos los valores de este índice están comprendidos en el rango considerado aceptable. Recordemos que un *infit* u *outfit* MNSQ de 1,0 es indicativo de un ajuste perfecto entre los datos y el modelo, valores sustancialmente menores a 1 indican dependencia (determinismo), mientras valores sustancialmente mayores a 1 indican ruido (aleatoriedad, varianza de error frente a información o varianza sistemática) en los datos. Valores superiores a 1,5 son indicativos de falta de ajuste (ruido o alta variabilidad aleatoria en los datos). Los valores menores a 0,6 son también indicativos de falta de ajuste ya que aparentemente ajustan demasiado bien.

En este sentido, no encontramos ningún valor por debajo del umbral 0,60 pero sí algunos sustancialmente superiores a 1,5: 'Tiene una vida sexual satisfactoria' de Relaciones interpersonales, 'Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria' y 'En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma' de Bienestar físico, 'En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias' de Autodeterminación y 'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos' de Derechos.

Finalmente, representamos mediante diagramas (Figura 128) los valores de *infit* y *outfit* MNSQ. En éste los valores de *infit* se sitúan en el eje de ordenadas mientras los valores de *outfit* están en el eje de abscisas, y donde cada número representa el ítem localizado en dicha posición. En este diagrama aparecen líneas de puntos que delimitan los criterios de  $-2$  y  $+2$  para ambos estadísticos, de tal forma que los ítems que quedan fuera muestran desajuste. Como puede observarse, todos los ítems se ubican dentro de la zona aceptable.

Los valores de las columnas *ZSTD* presentan sin embargo magnitudes fuera de lo considerado como aceptable la mayor parte de los ítems. Con todo, debemos tener en cuenta que, dado que las subescalas cuentan con un número muy reducido de ítems, esta circunstancia no resulta determinante. De hecho, *ZSTD* se considera sólo útil para salvar valores no significativos de  $MNSQ > 1,5$ , cuando la muestra es pequeña o la prueba demasiado corta (Linacre, 2005).

En la siguiente columna aparecen los valores de las *correlaciones punto-biserials* ('PT-MEASURE CORR.') de los ítems, que indica la correlación punto biserial entre cada ítem calificado dicotómicamente y la puntuación total observada para el ítem. Mientras más se incremente el valor de *CORR* mayor será la indicación de unidimensionalidad en la escala. Como puede apreciarse, casi todos los ítems presentan correlaciones positivas y elevadas. Su rango abarca desde ,32 ('Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria' de Bienestar físico) a ,82 ('Organiza su propia vida' de Autodeterminación). Excepciones a esta afirmación (*PT-MEASURE CORR.*  $< ,30$ ) son los ítems 'Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él' y 'Tiene una vida sexual satisfactoria' de Relaciones interpersonales, 'En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma' de Bienestar físico y 'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos' de Derechos.

Tabla 110. Ajuste de los ítems

Bienestar emocional

Relaciones interpersonales

ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIIT [MNSQ]	OUTFIT [ZSTD][MNSQ]	PT-MEASURE [ZSTD][CORR.]	EXACT EXP.	MATCH [OBS%]	Item [EXP%]
8	7900	3028	.71	.0311.31	9.911.31	9.91	.64	.69	44.9	50.11 108
6	8101	3029	.57	.031.79	-9.21.77	-9.81	.76	.69	58.4	50.41 106
3	8250	3029	.47	.031.59	-9.91.62	-9.91	.77	.68	66.5	51.01 103
1	8356	3029	.40	.031.77	-9.91.75	-9.91	.76	.68	59.8	51.51 104
4	8975	3029	-.03	.0311.07	2.711.16	5.41	.60	.66	54.3	53.41 104
5	9530	3025	-.46	.0311.05	1.711.08	2.61	.61	.63	56.7	55.71 105
2	9896	3028	-.75	.031.94	-2.11.94	-2.01	.63	.61	63.4	59.01 102
7	10091	3029	-.92	.0311.48	9.911.55	9.91	.47	.60	54.2	60.21 107
MEAN	8887.4	3028.3	.00	.0311.00	-9.91.02	-.51			57.3	53.81
S.D.	803.8	.7	.59	.001.27	7.81.29	8.11			6.1	3.61

ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIIT [MNSQ]	OUTFIT [ZSTD][MNSQ]	PT-MEASURE [ZSTD][CORR.]	EXACT EXP.	MATCH [OBS%]	Item [EXP%]
9	4276	3017	1.95	.0311.18	4.811.31	5.91	.38	.42	67.8	67.21 117
8	5300	3028	1.36	.0211.11	4.111.47	9.91	.39	.49	42.9	47.81 116
5	6566	3023	.83	.0211.36	9.911.36	9.91	.51	.54	24.8	35.61 113
1	7940	3028	.33	.021.78	-9.91.79	-8.91	.62	.54	42.8	35.61 109
7	8340	3027	.19	.021.70	-9.91.67	-9.91	.67	.54	46.0	35.41 115
6	9305	3029	-.19	.021.71	-9.91.73	-9.91	.56	.51	49.1	40.41 114
4	10492	3026	-.79	.021.99	-3.11.91	-2.11	.52	.44	60.8	57.51 112
2	10840	3027	-1.03	.031.95	-1.51.94	-1.41	.46	.41	66.7	65.91 110
3	10991	3029	-1.14	.031.95	-1.41.99	-1.21	.46	.40	72.6	69.81 111
10	11354	3028	-1.52	.0411.88	9.912.10	9.91	.18	.34	79.5	78.41 118
MEAN	8540.4	3026.2	.00	.0211.06	-4.11.13	.31			55.3	53.41
S.D.	2378.8	3.4	1.09	.011.34	7.31.42	7.81			16.0	15.51

Bienestar material

Desarrollo personal

ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIIT [MNSQ]	OUTFIT [ZSTD][MNSQ]	PT-MEASURE [ZSTD][CORR.]	EXACT EXP.	MATCH [OBS%]	Item [EXP%]
7	8816	3027	1.47	.0211.16	6.311.18	5.81	.63	.69	32.8	38.11 125
4	10609	3028	.46	.0311.17	4.811.29	6.31	.44	.52	52.0	55.41 122
6	10825	3028	.30	.031.85	-4.41.76	-5.71	.54	.49	63.2	57.11 124
3	10822	3026	.29	.031.73	-8.41.69	-7.51	.56	.49	65.4	57.11 121
1	11354	3028	-.24	.0411.60	9.911.37	5.81	.36	.40	78.3	72.91 119
8	11472	3027	-.41	.041.98	-4.11.90	-1.61	.41	.37	79.9	76.71 126
2	11714	3029	-.86	.0511.13	2.01.98	-.31	.33	.30	86.5	84.61 120
5	11772	3029	-1.01	.0511.11	1.61.72	-3.91	.34	.28	88.4	86.71 123
MEAN	10923.0	3027.8	.00	.0411.09	1.41.99	-.11			68.3	66.11
S.D.	899.8	1.0	.75	.011.24	5.51.25	5.21			17.8	15.81

ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIIT [MNSQ]	OUTFIT [ZSTD][MNSQ]	PT-MEASURE [ZSTD][CORR.]	EXACT EXP.	MATCH [OBS%]	Item [EXP%]
2	5961	3028	1.14	.0211.53	9.911.52	9.91	.51	.61	39.4	46.01 128
7	6678	3028	.77	.0211.23	9.511.21	7.31	.58	.61	40.6	42.51 133
4	7808	3029	.22	.021.79	-9.91.82	-7.81	.63	.60	52.5	43.11 130
3	7877	3028	.18	.021.83	-8.01.83	-7.01	.65	.60	51.0	43.91 129
5	8194	3027	.03	.021.68	-9.91.67	-9.91	.72	.59	52.4	44.21 131
1	9500	3029	-.13	.021.67	-5.91.91	-3.71	.57	.58	52.9	45.81 127
8	9319	3026	-.58	.0211.03	1.211.02	.61	.57	.56	51.8	49.11 134
6	10771	3029	-1.63	.0311.28	7.811.20	4.61	.35	.47	59.9	64.91 132
MEAN	8138.5	3028.0	.00	.0211.03	-7.11.02	-.81			50.1	47.41
S.D.	1392.4	1.0	.79	.001.28	8.21.26	7.01			6.4	6.91

Bienestar físico

Autodeterminación

ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIIT [MNSQ]	OUTFIT [ZSTD][MNSQ]	PT-MEASURE [ZSTD][CORR.]	EXACT EXP.	MATCH [OBS%]	Item [EXP%]
4	8723	3029	1.21	.021.88	-5.41.83	-6.91	.63	.59	41.4	38.61 138
7	9073	3028	1.05	.021.76	-9.91.77	-8.91	.58	.56	49.0	38.91 141
1	10130	3029	.50	.021.95	-1.81.99	-.31	.46	.48	53.0	50.11 135
3	10731	3026	.08	.031.93	-2.01.95	-1.21	.43	.41	59.1	57.71 137
2	11133	3027	-.28	.0311.25	5.911.23	4.51	.33	.36	69.9	68.31 136
8	11135	3026	-.29	.0311.83	9.911.62	9.91	.32	.36	73.7	68.41 142
5	11239	3028	-.39	.0311.02	8.111.02	7.51	.36	.34	74.2	72.21 139
6	11913	3028	-1.88	.0711.64	6.811.36	3.41	.17	.17	95.1	93.21 140
MEAN	10509.6	3027.6	.00	.0311.16	.511.10	.11			64.4	60.91
S.D.	1044.6	.9	.91	.021.36	6.21.27	5.71			16.1	17.31

ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIIT [MNSQ]	OUTFIT [ZSTD][MNSQ]	PT-MEASURE [ZSTD][CORR.]	EXACT EXP.	MATCH [OBS%]	Item [EXP%]
9	5866	3028	1.34	.0311.55	9.911.36	8.01	.66	.71	48.9	54.81 151
1	6741	3028	.81	.0211.23	8.311.30	8.21	.63	.72	47.0	49.41 143
8	7250	3029	.52	.021.58	-9.91.55	-9.91	.82	.72	64.4	49.51 150
5	8217	3028	-.03	.021.62	-9.91.62	-9.91	.79	.70	61.1	49.11 147
6	8381	3027	-.12	.021.93	-2.61.89	-3.61	.74	.70	50.9	48.41 148
2	8526	3029	-.20	.021.75	-9.91.77	-8.01	.75	.70	57.9	50.11 144
7	8562	3026	-.23	.0211.17	6.111.08	2.51	.70	.70	47.7	50.21 149
4	9832	3029	-.39	.0211.88	4.411.88	3.41	.71	.69	57.1	51.81 146
3	10628	3029	-1.71	.0311.57	9.912.06	9.91	.33	.58	54.5	68.01 145
MEAN	8111.4	3028.1	.00	.0311.03	-2.11.06	-.71			54.4	52.41
S.D.	1289.8	.0	.81	.001.35	8.31.44	7.61			5.8	5.81

Inclusión social

Derechos

ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIIT [MNSQ]	OUTFIT [ZSTD][MNSQ]	PT-MEASURE [ZSTD][CORR.]	EXACT EXP.	MATCH [OBS%]	Item [EXP%]
7	6305	3026	1.07	.0211.21	8.711.22	7.81	.46	.55	35.5	37.91 158
1	6579	3027	.95	.0211.24	9.911.22	8.31	.48	.55	32.3	38.61 152
5	7698	3028	.50	.021.76	-9.91.77	-9.91	.60	.53	46.9	37.51 156
2	8679	3026	.09	.0211.23	9.611.28	9.91	.47	.51	35.3	39.31 153
3	9355	3027	-.21	.021.90	-4.31.90	-3.61	.52	.48	46.7	42.31 154
4	9869	3026	-.47	.021.81	-7.91.80	-6.81	.52	.45	56.9	48.31 155
6	10184	3027	-.65	.021.92	-2.81.91	-2.71	.44	.43	54.6	52.11 157
8	11032	3027	-1.28	.031.91	-2.41.90	-2.21	.39	.35	72.4	69.61 159
MEAN	8712.6	3026.8	.00	.0211.00	-1.11.00	-.11			47.5	45.71
S.D.	1607.6	.0	.76	.001.19	7.61.19	7.01			12.7	10.31

ENTRY NUMBER	TOTAL SCORE	COUNT	MEASURE	MODEL S.E.	INFIIT [MNSQ]	OUTFIT [ZSTD][MNSQ]	PT-MEASURE [ZSTD][CORR.]	EXACT EXP.	MATCH [OBS%]	Item [EXP%]
4	9105	3028	1.34	.0211.01	.311.04	1.31	.65	.67	37.4	36.41 163
3	9888	3025	1.19	.021.91	-3.71.88	-3.71	.66	.65	41.2	41.61 162
7	10057	3027	.84	.0211.33	9.911.17	4.11	.55	.59	44.8	47.51 166
1	10336	3024	.66	.0311.18	5.611.16	3.51	.53	.55	45.1	49.41 160
5	11304	3028	-.13	.031.69	-7.51.76	-4.31	.48	.41	74.4	71.61 164
2	11315	3027	-.15	.031.89	-2.411.05	.81	.40	.41	70.1	71.81 161
6	11605	3029	-.56	.041.88	-2.11.81	-2.91	.38	.34	81.5	80.91 165
8	11646	3027	-.66	.051.86	-2.41.73	-3.91	.39	.33	84.4	83.01 167
9	11731	3027	-.85	.051.88	-3.41.75	-3.41	.34	.30	85.7	85.61 168
10	11951	3028	-1.67	.0612.10	9.912.12	7.51	.24	.20	95.9	93.71 169
MEAN	10843.8	3027.0	.00	.0411.08	.611.05	-.11			66.1	66.21
S.D.	984.4	1.7	.93	.021.38	5.41.39	3.91			20.7	19.51

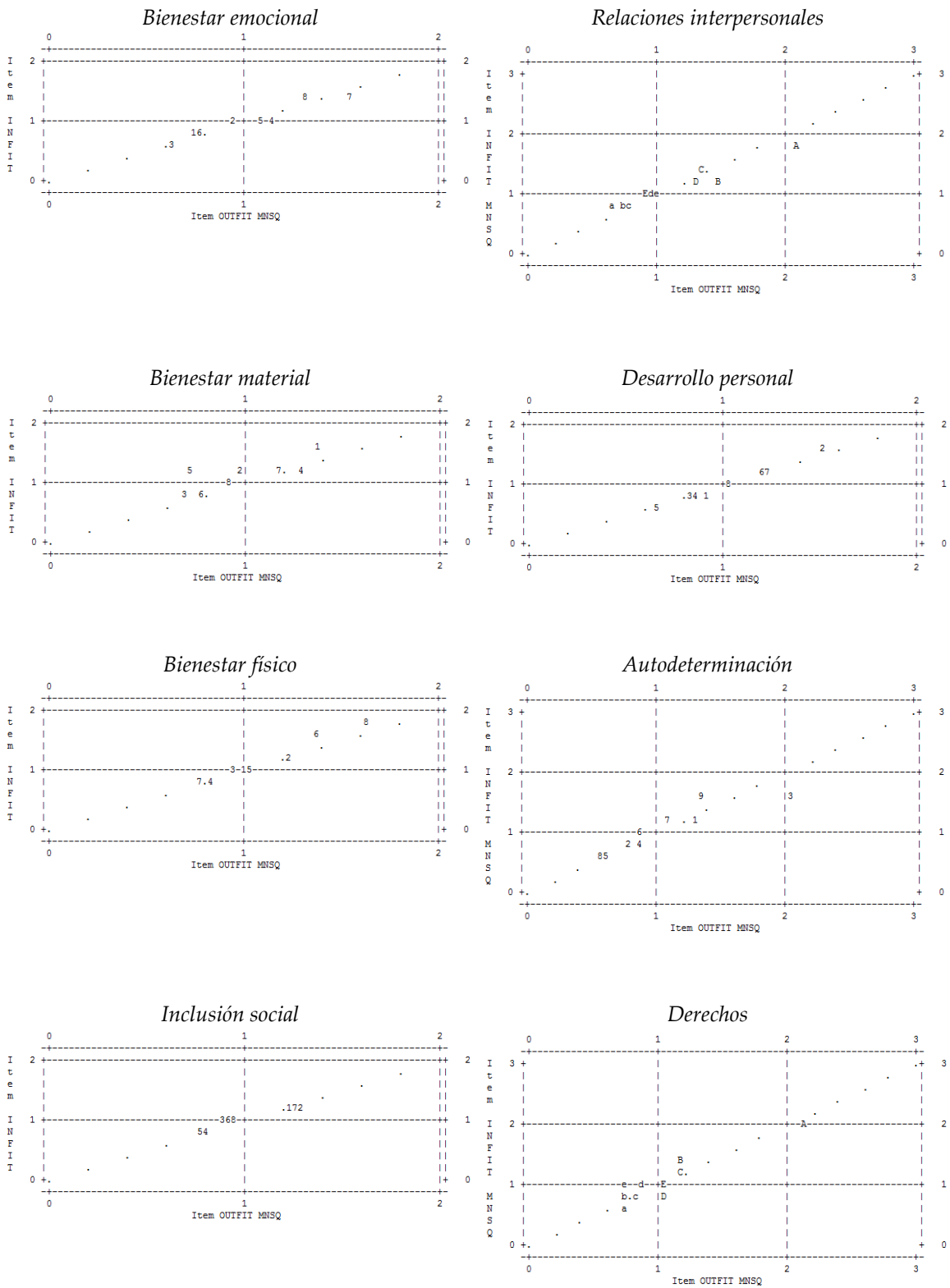


Figura 128. Ajuste global de los ítems



A continuación, en las Figuras 129-136, presentamos una representación gráfica del ajuste mediante *infit* MNSQ.

En la correspondiente a la subescala *Bienestar emocional*, encontramos que el ítem 8 (*'Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad'*) es el que presenta mayor probabilidad de adhesión al modelo, en tanto que el de adhesión más difícil es el 7 (*'Tiene problemas de comportamiento'*). Destaca que el hecho de que todos los errores estándar, cuya magnitud viene dada por el diámetro de la burbuja que representa cada ítem, son iguales y razonablemente reducidos (*'MODEL S.E.'* = 0,3). Todos los ítems se sitúan en la zona de ajuste aceptable (entre -0,5 y 1,5).

En la figura de *Relaciones interpersonales*, observamos una mayor variabilidad en cuanto al error estándar de cada ítem, de ahí el diferenciado tamaño de las burbujas que representan cada ítem. Tales errores adoptan los valores de 0,4 (i18, *'Tiene una vida sexual satisfactoria'*, que a su vez es el ítem que muestra una mayor dificultad de adhesión al modelo), 0,3 (*'Mantiene con su familia la relación que desea'* y *'Se queja de la falta de amigos estables'*) y 0,2 (todos los ítems restantes). Todos los ítems se situaron en la zona de ajuste aceptable.

En la dimensión *Bienestar material*, el ítem 25 (*'Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos'*) se revela como el más preciso (*'MODEL S.E.'* = 0,2) y el que presenta mejores probabilidades de adhesión al modelo de esta subescala. El caso contrario (i.e., *'MODEL S.E.'* = 0,5 y menor adhesión) se observa en los ítems *'Dispone de los bienes materiales que necesita'* y *'El lugar donde vive está limpio'*. Todos se sitúan en la zona de ajuste aceptable, excepto el ítem 19 (*'El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable'*).

Por su parte, aunque todos los ítems se sitúan también en la zona de ajuste aceptable, el ítem 32 (*'El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas'*) destaca entre la homogeneidad y similitud de los ítems restantes que conforman la subescala *Desarrollo personal* por su mayor error estándar (*'MODEL S.E.'* = 0,3). Solo el ítem 28 (*'Tiene acceso a nuevas tecnologías'*) se sitúa fuera del umbral de ajuste.

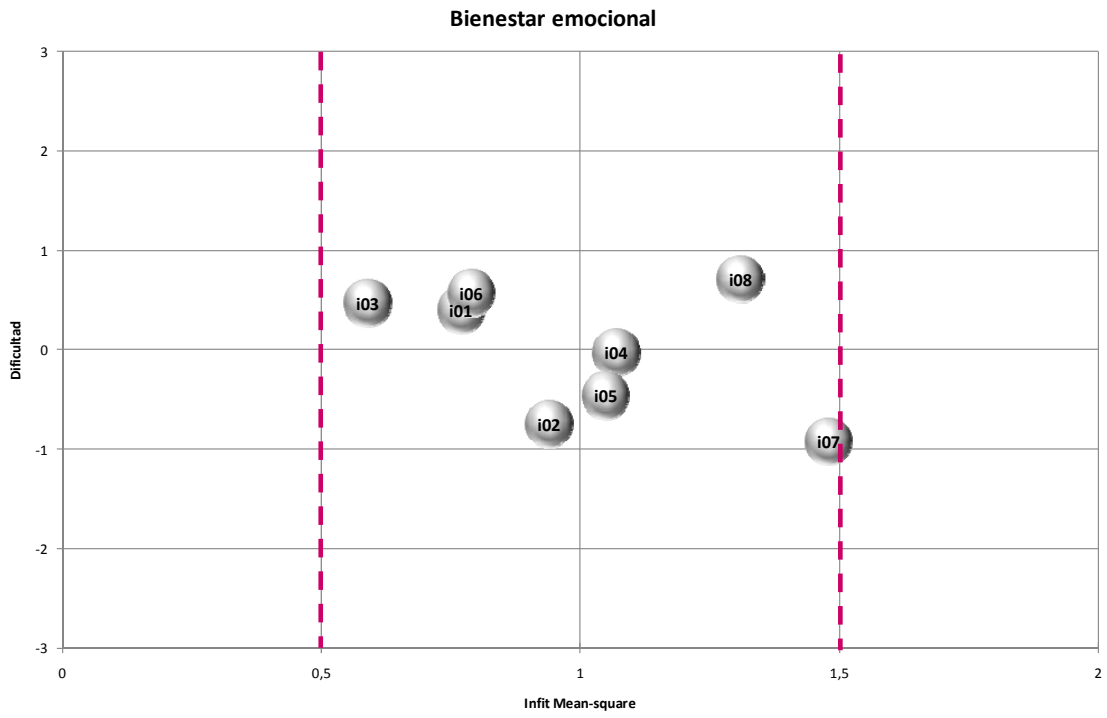


Figura 129. Distribución de los ítems de Bienestar emocional en función del valor INFIT MNSQ

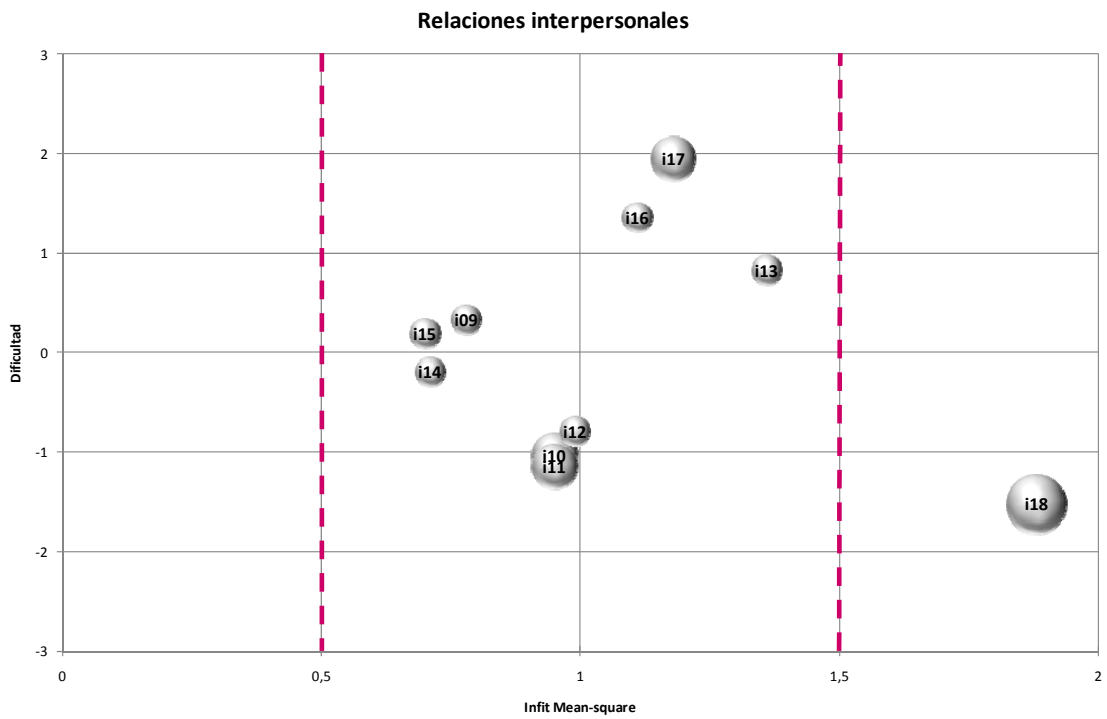


Figura 130. Distribución de los ítems de Relaciones interpersonales en función del valor INFIT MNSQ

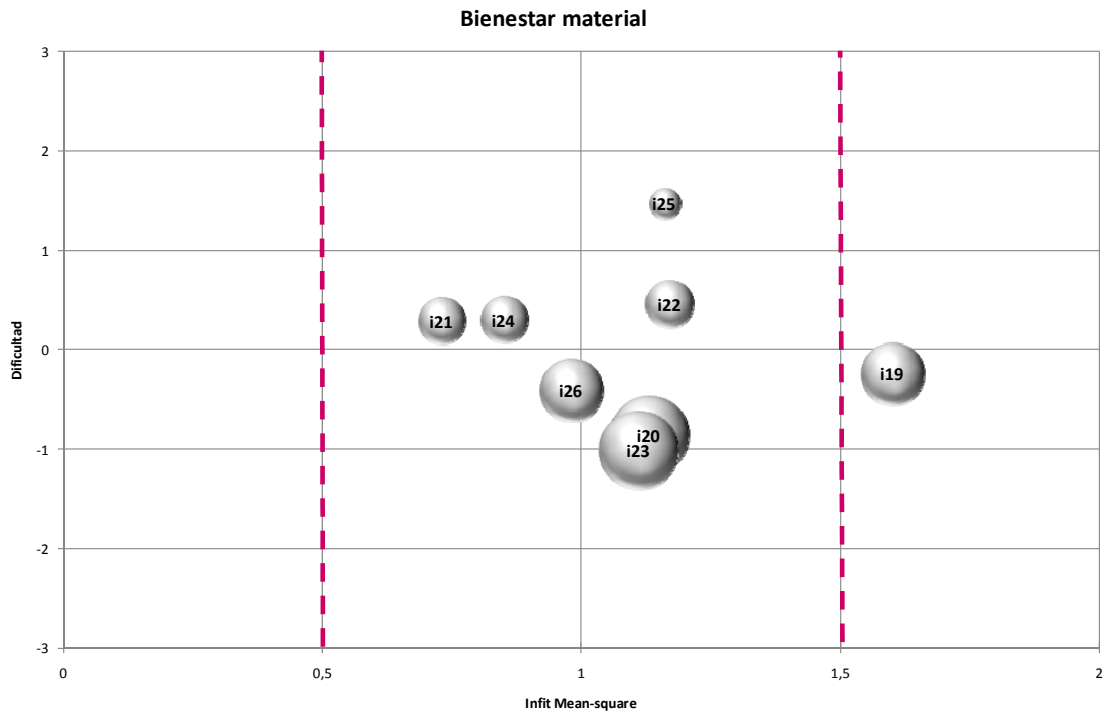


Figura 131. Distribución de los ítems de Bienestar material en función del valor INFIT MNSQ

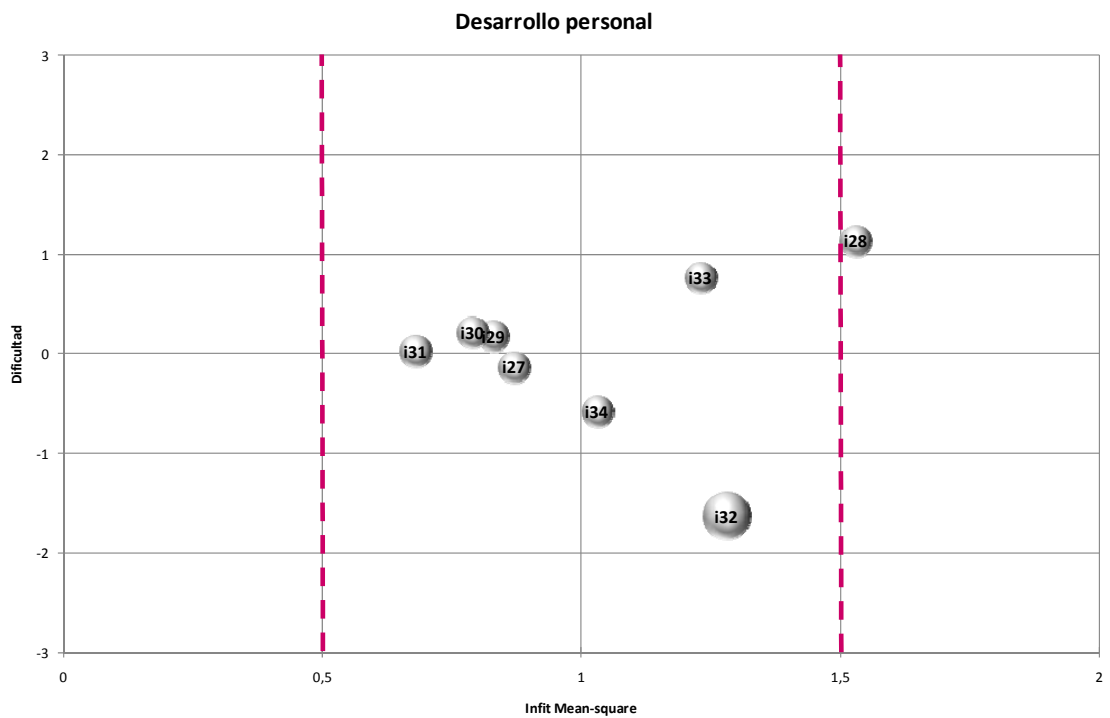


Figura 132. Distribución de los ítems de Desarrollo personal en función del valor INFIT MNSQ

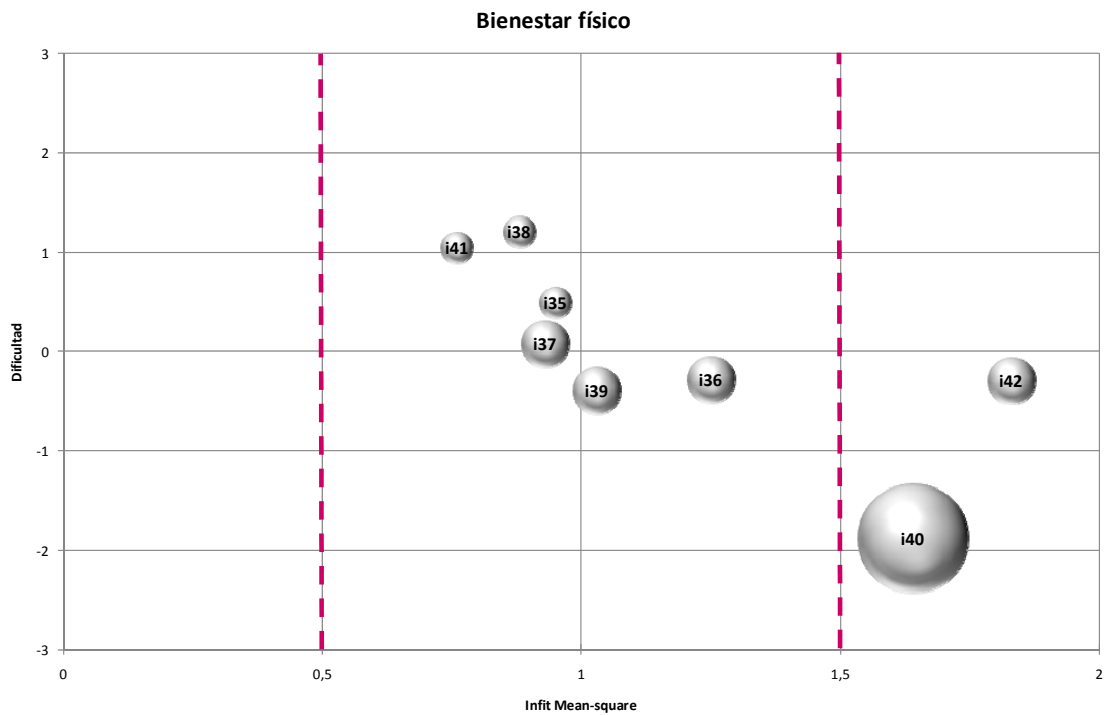


Figura 133. Distribución de los ítems de Bienestar físico en función del valor INFIT MNSQ

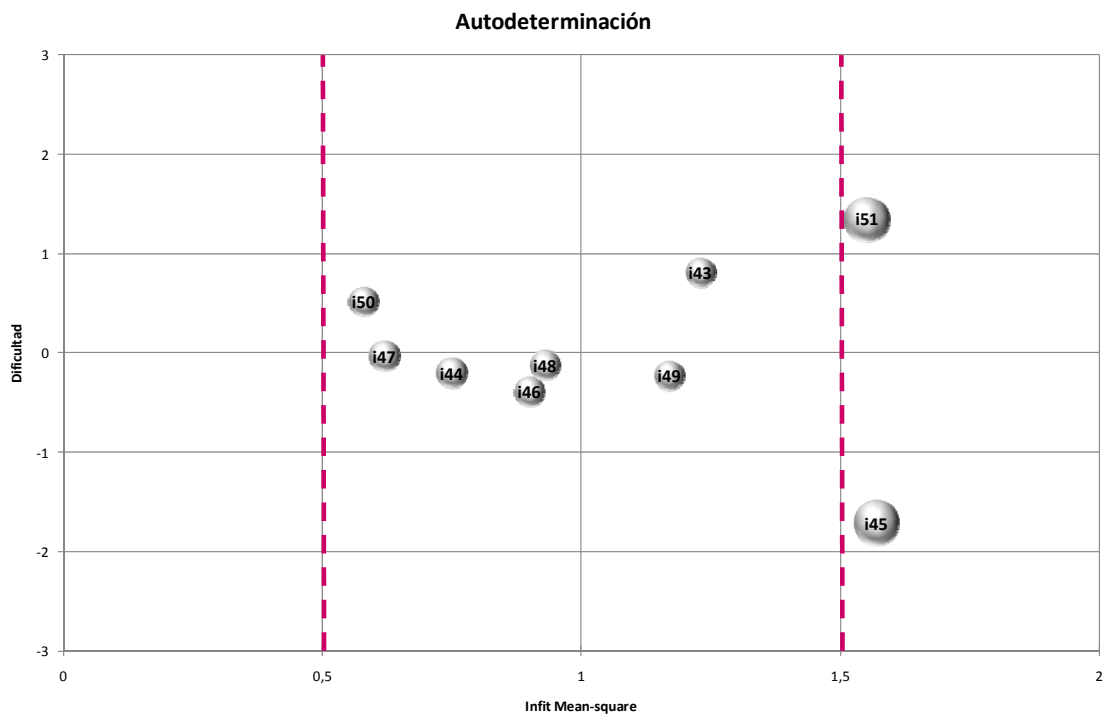


Figura 134. Distribución de los ítems de Autodeterminación en función del valor INFIT MNSQ

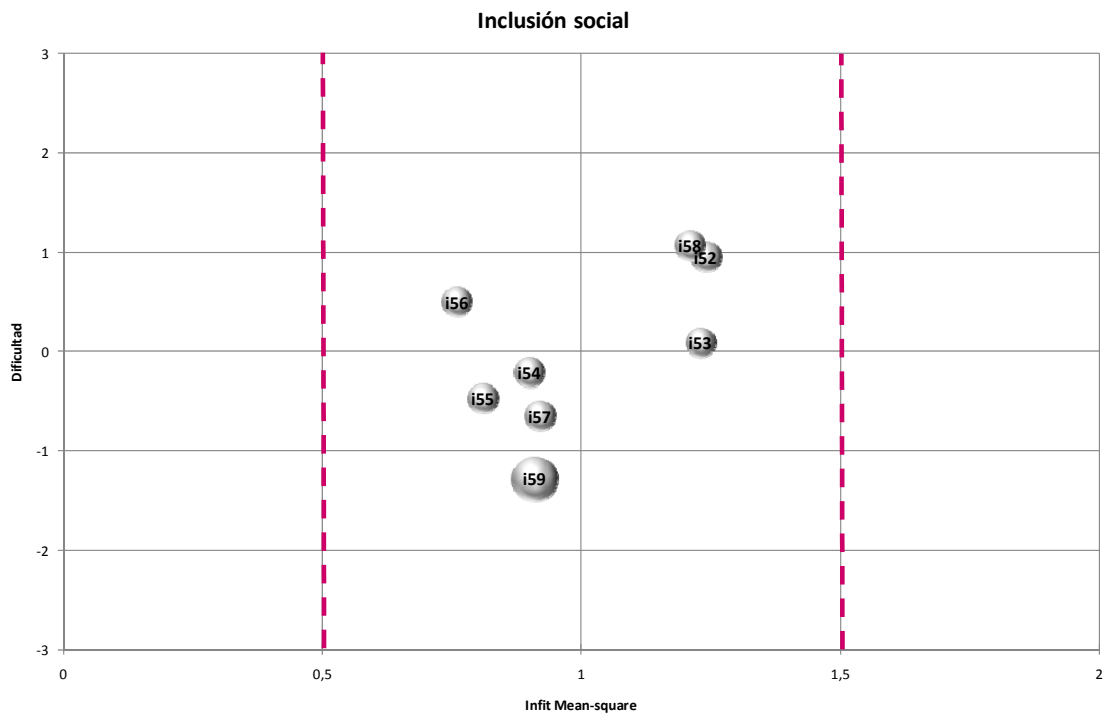


Figura 135. Distribución de los ítems de Inclusión social en función del valor INFIT MNSQ

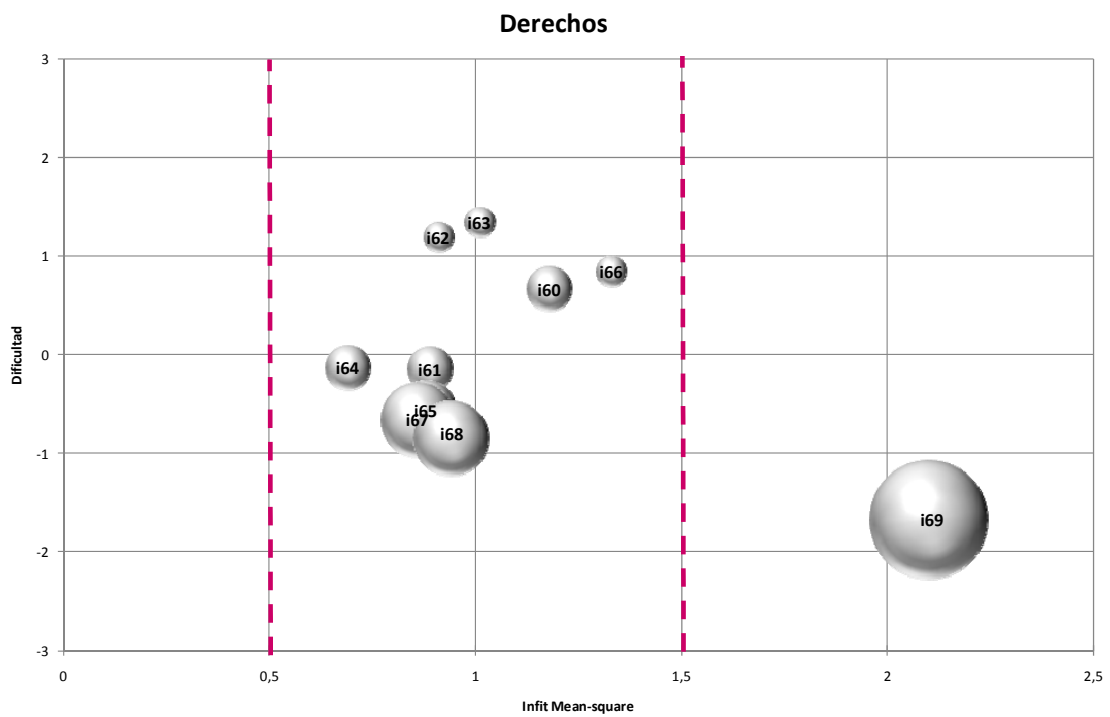


Figura 136. Distribución de los ítems de Derechos en función del valor INFIT MNSQ

En *Bienestar físico*, son los ítems 40 (*'En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma'*) y 42 (*'Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria'*) los que destacan por las mismas razones (i.e., menor precisión y se sitúan fuera del umbral de ajuste adecuado).

En cambio, en *Autodeterminación*, observamos ocho ítems con ajuste y precisiones muy similares y dos que destacan por su menor precisión y mayor cercanía a los límites utilizados para considerar el ajuste como adecuado. Éstos son *'Elige con quién vivir'* y *'En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias'*. Ambos muestran un *'MODEL S.E.'* = 0,3 pero mientras el primero muestra una mayor probabilidad de adhesión al modelo, el segundo es el que muestra más dificultades de adhesión del total de los ítems que conforman el subconjunto.

*Inclusión social* también aparece como una subescala con ítems bastante similares en cuanto a su ajuste infit y su buen nivel de precisión (*'MODEL S.E.'* = 0,2). El ítem que se muestra diferenciado, por su menor precisión (aunque de forma muy ligera) es *'Es rechazado o discriminado por los demás'* (i59), no obstante, todos se sitúan dentro de los umbrales de ajuste adecuado.

Finalmente, observamos los ítems con características más dispares y controvertidas en la subescala *Derechos*. Tres ítems muestran una precisión excelente (*'Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano'*, *'Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados'* y *'Tiene limitado algún derecho legal'*; *'MODEL S.E.'* = 0,2), mientras uno (*'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos'*) muestra la menor precisión y el peor ajuste de todos los ítems. De hecho, éste se sitúa muy alejado del límite considerado como aceptable.

A partir del análisis del ajuste de los ítems concluimos que la mayor parte de los parámetros de los ítems de la Escala GENCAT muestran un comportamiento adecuado según lo postulado por el modelo de Rasch. De este modo, podemos afirmar que el ajuste es adecuado para casi todos los ítems de las distintas subescalas, aunque el ajuste de ocho de ellos es cuestionable, sobre todo en el caso del ítem 69 (*'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos'*) perteneciente a la dimensión *Derechos*, cuyo ajuste podemos calificar de harto discutible.

#### 5. 4. 2. 4. Índices de fiabilidad y separación

Para calcular la fiabilidad en el Modelo de Rasch se utiliza *el índice de separación de ítems* (*item separation reliability*) y *el índice de separación de personas* (*person separation reliability*) (Wright y Masters, 1982). El primer coeficiente estima en qué grado las dificultades relativas de los ítems están diferenciadas a lo largo de la variable latente medida. El programa WINSTEPS determina la fiabilidad de los ítems tomando la razón de la ‘varianza verdadera de los ítems’ y la ‘varianza observada de los ítems’. El segundo es una estimación de la fiabilidad que mide el grado en el que cada puntuación de la escala diferencia a las personas en las variables medidas; equivale a los coeficientes alfa de Cronbach o KR-20. Para su cálculo, se toma la razón de la ‘varianza verdadera de las personas’ y la ‘varianza observada de las personas’. Ambos índices de fiabilidad abarcan un rango de 0 a 1, considerándose aceptables valores de ,80 o superiores (Fox y Jones, 1998).

Como se observa en la Tabla 111, el valor obtenido en nuestros datos para el índice de fiabilidad de los ítems de las ocho subescalas ha sido de 1, lo que indica que los ítems de las dimensiones que conforman la Escala GENCAT muestran una fiabilidad máxima.

Tales valores máximos contrastan con los índices de fiabilidad obtenidos para las personas. La Figura 137 ilustra la disparidad de los coeficientes observados en las distintas subescalas. En este sentido, Autodeterminación es la única que obtiene un valor indicativo de fiabilidad superior a lo considerado aceptable. Por el contrario, Bienestar material obtiene un coeficiente muy bajo que pone en entredicho la fiabilidad relativa a las personas (separación de las personas) de esta subescala.

Calculamos, además, las estimaciones de los *índices de separación* para las ocho subescalas (*separation index estimates*), que miden la amplitud de las personas o los ítems en las variables evaluadas. Proporciona una medida de la separación en unidades de error estándar y debería tener un valor mínimo de 2 para ser considerado aceptable. En nuestro estudio, el índice de separación de los ítems superó el valor 18 en todos los casos (y llegó hasta 39,19 en Relaciones interpersonales), lo que indica una excelente separación de los ítems. El índice de separación de las personas sólo superó el valor 2,00 en el caso de Autodeterminación. El menor se dio en Bienestar material y en Bienestar físico. Estos resultados son coherentes con los obtenidos en el análisis de la fiabilidad.

Tabla 111. Índices de separación de ítems y personas

	Ítems				Personas			
	Fiabilidad real	Fiabilidad modelada	Separación real	Separación modelada	Fiabilidad real	Fiabilidad modelada	Separación real	Separación modelada
BE	1,00	1,00	20,51	21,73	,77	,81	1,81	2,06
RI	1,00	1,00	39,19	43,42	,58	,66	1,17	1,39
BM	1,00	1,00	18,98	20,32	,15	,27	0,41	0,61
DP	1,00	1,00	30,67	32,92	,69	,75	1,48	1,75
BF	1,00	1,00	20,99	24,96	,23	,35	0,55	0,73
AU	1,00	1,00	29,40	32,22	,82	,86	2,16	2,45
IS	1,00	1,00	31,83	32,90	,52	,62	1,05	1,26
DE	1,00	1,00	18,92	22,44	,41	,48	0,83	0,97

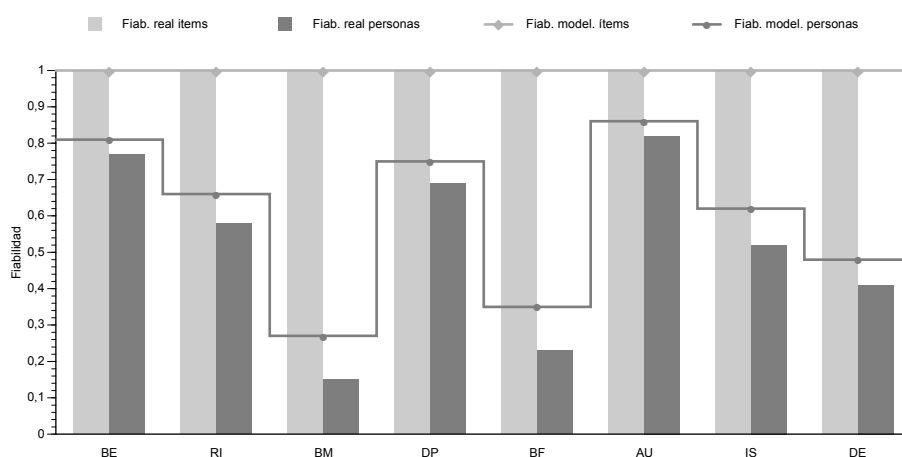


Figura 137. Comparación de los índices de fiabilidad de ítems y personas observados y esperados

#### 5. 4. 2. 5. Calibración de los ítems

En los apartados precedentes hemos analizado en qué medida la matriz de puntuaciones que los usuarios de servicios sociales han recibido en los conjuntos de ítems que conforman las subescalas de la Escala GENCAT puede ser explicada por el RSM. Con las salvedades y peculiaridades comentadas, los resultados obtenidos pueden considerarse positivos, por lo que podemos dar un paso más en el análisis y continuar con una fase posterior conocida como calibración de los ítems, consistente en conocer la localización de los ítems y de sus alternativas de respuesta en el continuo de la calidad de vida tal y como es evaluada por la Escala GENCAT.



### a) Calibración de los ítems

A continuación presentamos ocho figuras que constituyen una reproducción mejorada de la salida que proporciona el programa WINSTEPS y que proporcionan una idea precisa de la ubicación de los ítems en el continuo del constructo o dimensión de calidad de vida que evalúan cada una. Al lado de cada ítem aparece la medida que le corresponde. A la izquierda aparecen las puntuaciones en logits en el continuo ordenados de mayor puntuación a menor. En el eje central aparece la representación del continuo, sobre el que se localizan los elementos que componen el constructo o dimensión evaluada (situados a la izquierda) y que se posicionan de manera jerárquica. De este modo, aquellos que representan un alto nivel del constructo están situados en la parte superior, mientras que los ítems que representan un bajo nivel del constructo están situados en la parte inferior. Esta localización está indicando, por ejemplo, que las personas con una puntuación baja en Bienestar emocional previsiblemente serán calificadas en los ítems situados en la parte superior del continuo con las categorías más bajas, con categorías centrales en los ítems que ocupan una posición intermedia, y con las categorías altas en los ítems que se encuentran en la parte inferior del continuo. Por el contrario, se espera que aquellas con una puntuación alta sean calificadas con la máxima puntuación en los ítems situados en la parte inferior y superior del continuo.

Como puede apreciarse en la Figura 138, a 4 ítems de *Bienestar emocional* les corresponde una puntuación superior a 0,00 logits, mientras los 4 restantes tienen una puntuación inferior a 0,00 logits. El ítem con una mayor puntuación es el número 8 (*‘Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad’*, con una medida de 0,71 logits), mientras que el ítem con una menor puntuación es el número 7 (*‘Tiene problemas de comportamiento’*, con una medida de -0,92 logits). También podemos observar que hay ítems que ocupan posiciones muy próximas en el continuo (*‘Se muestra satisfecho con su vida presente’*, *‘Se muestra satisfecho consigo mismo’* y *‘Está alegre y de buen humor’*), aunque ello no quiere decir que los ítems sean redundantes, ya que el contenido sobre el que versa cada ítem es claramente diferente. Como puede deducirse del gradiente de dificultad representado en la Figura 139, la distribución de los ítems sugiere que, en general, los elementos que configuran la dimensión Bienestar emocional se ajustan a una jerarquía bien escalada, tal vez con la excepción del salto entre los ítems 4 (*‘Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad’*) y 5 (*‘Presenta síntomas de ansiedad’*), excesivamente grande en comparación con las distancias que presenta el resto de los ítems.

En las figuras correspondientes a *Relaciones interpersonales* (Figura 140 y 141), observamos que los ítems se reparten también de forma equilibrada por encima y debajo del umbral de 0,00 logits. De este modo, 5 obtienen una puntuación superior y otros 5 inferior. El ítem con una mayor puntuación es el 17 (*'La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya'*, con una medida de 1,95 logits) y el 18 (*'Tiene una vida sexual satisfactoria'*, con una medida de -1,52 logits) es el que obtiene la puntuación menor. Esta vez los ítems ocupan posiciones muy distribuidas a lo largo de todo el continuo, si bien se dan posiciones muy próximas entre *'Se queja de la falta de amigos estables'* y *'Mantiene con su familia la relación que desea'* y los mayores saltos entre los siguientes pares se producen: entre *'La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya'* y *'Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él'*, y entre *'Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja'* y *'Valora negativamente sus relaciones de amistad'*. Aún así, la distribución de los ítems representa una jerarquía bien escalada.

En *Bienestar material* (Figura 142), aunque de nuevo los ítems se distribuyen por encima y debajo del umbral 0,00 logits a partes iguales, observamos un salto muy pronunciado entre el ítem 25 (*'Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos'*; 1,47 logits), que es el que obtiene la mayor puntuación y el que le sigue (*'Se muestra descontento con el lugar donde vive'*; 0,46 logits). El ítem que obtiene la puntuación más baja es en este caso *'El lugar donde vive está limpio'* (con una medida de -1,01 logits). Como se observa en la Figura 143, tales circunstancias, junto con la proximidad de las medidas de los ítems 24 (*'Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas'*) y 21 (*'Dispone de los bienes materiales que necesita'*), hacen de esta dimensión (junto con Bienestar físico y Derechos, como veremos más adelante) la peor escalada jerárquicamente. En este caso, aunque el contenido de los ítems no es idéntico, sí puede apreciarse un cierto solapamiento o relación directa entre ambos que explica tal cercanía.

Por su parte, los ítems de *Desarrollo personal* aparecen perfectamente escalados de forma jerárquica (Figura 144 y 145), aunque esta vez 5 ítems se sitúan por encima del umbral 0,00 logits y tan solo tres ocupan un espacio por debajo. El ítem con la mejor puntuación es el relativo a *'Tiene acceso a nuevas tecnologías'* (1,14) y el que obtiene la peor puntuación *'El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas'* (-1,63). Destaca el salto pronunciado de éste último ítem con respecto a su precedente (*'Se muestra desmotivado en su trabajo'*) y la gran proximidad entre *'El trabajo que desempeña le permite el*

*aprendizaje de nuevas habilidades'* (0,18 logits) y *'Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean'* (0,22 logits).

En *Bienestar físico* (Figura 146), encontramos que *'Su estado de salud le permite llevar una actividad normal'* obtiene la puntuación superior (con una medida de 1,21 logits), frente a *'En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma'* (que obtienen una medida muy baja con -1,88). Es precisamente este ítem el que más destaca por su gran distanciamiento con el resto. Además, observamos dos ítems que casi aparecen solapados a pesar de aludir a contenidos relacionados pero muy distintos: *'Dispone de ayudas técnicas si las necesita'* (-0,28 logits) y *'Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitario'* (-0,29 logits). Como comentábamos anteriormente cuando hablamos de la subescala *Bienestar material* y como se observa en la Figura 147, esta subescala muestra una distribución de ítems que representa una jerarquía poco escalada en uno de sus tramos y con un gran salto entre los dos últimos ítems.

Este salto pronunciado lo observamos también en el último ítem (i.e., ítem con la puntuación inferior; con una medida de -1,71 logits) *'En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias'* con respecto al conjunto que conforman la dimensión *Autodeterminación* (Figura 148). En el otro extremo (i.e., ítem con la puntuación superior) encontramos *'Elige con quién vivir'* (1,34), seguido a cierta distancia de *'Tiene metas, objetivos e intereses personales'* (0,81 logits) y *'Organiza su propia vida'* (0,52 logits). Destaca, a continuación, la proximidad entre los 4 siguientes ítems: *'Otras personas deciden sobre su vida personal'* (-0,03 logits), *'Otras personas deciden sobre cómo gastar su dinero'* (-0,12 logits), *'Elige cómo pasar su tiempo libre'* (-0,20 logits) y *'Otras personas deciden a la hora a la que se acuesta'* (-0,23 logits). Este hecho apunta a la enorme relación observada entre la oportunidad que tienen estas personas para tomar decisiones y realizar elecciones en distintos ámbitos de vida. Con todo, la distribución de los ítems configura una jerarquía bien escalada (Figura 149).

En lo que respecta a la subescala *Inclusión social* encontramos una de las distribuciones mejor escalada jerárquicamente (Figura 150), con saltos muy similares entre los ítems. El salto mayor, si bien no es sustancialmente pronunciado, lo observamos de nuevo entre el ítem con la peor puntuación y el que le precede en puntuación: *'Es rechazado o discriminado por los demás'* (con una medida de -1,28 logits) y *'El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad'* (con una medida de -0,65) (Figura 151). En el extremo opuesto, con la mayor puntuación, se sitúa el ítem *'Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio'* (1,07).

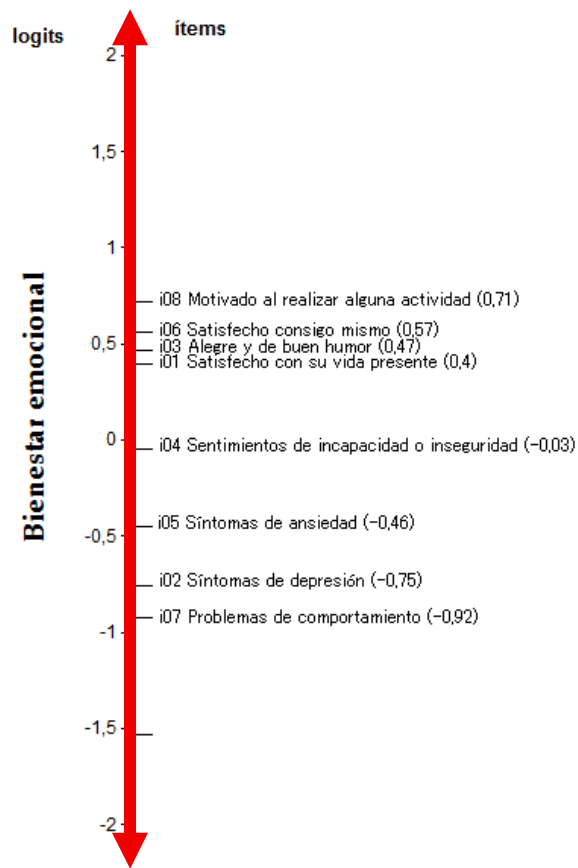


Figura 138. Mapa de ítems de Bienestar emocional

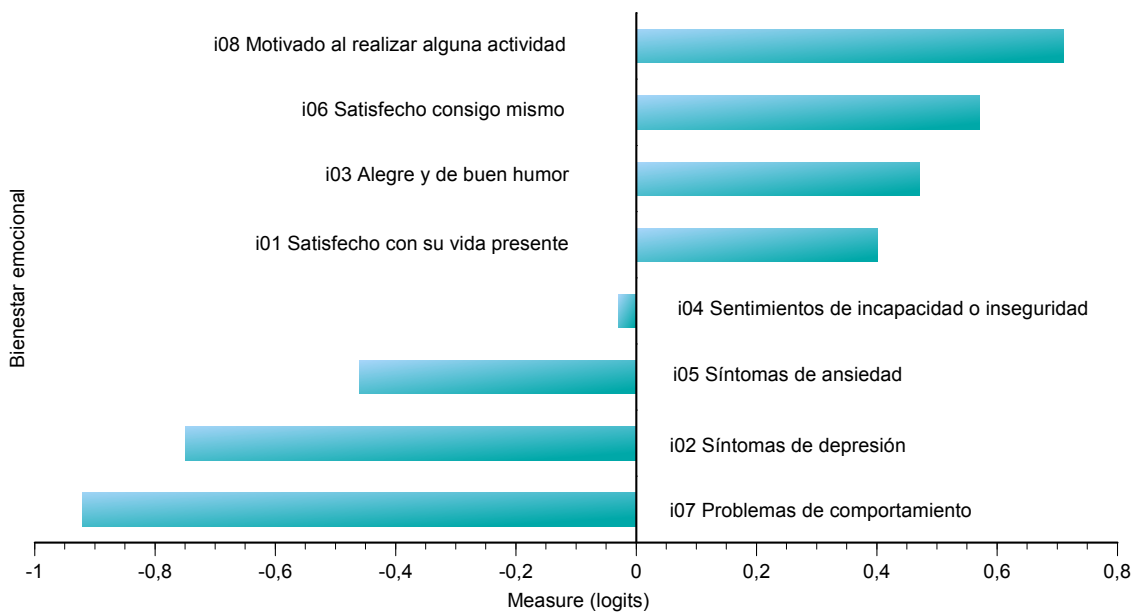


Figura 139. Gradiente de dificultad de los ítems de Bienestar emocional

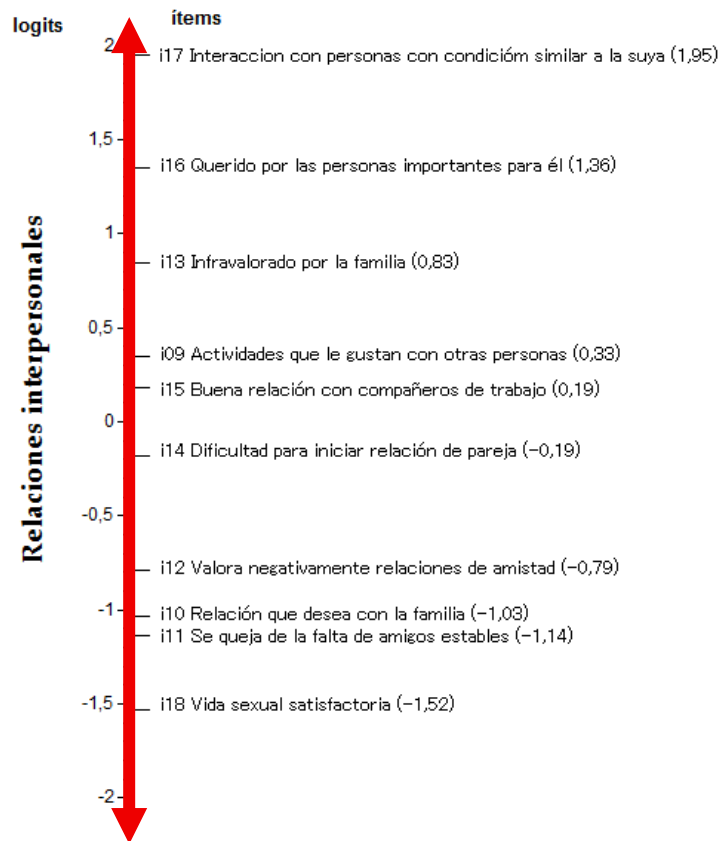


Figura 140. Mapa de ítems de Relaciones interpersonales

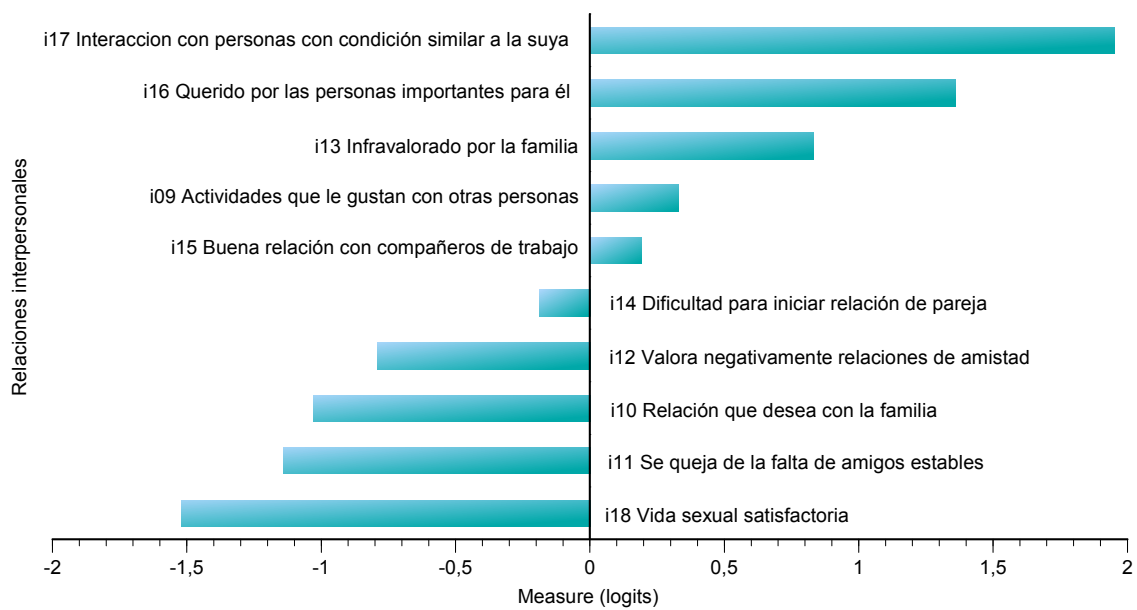


Figura 141. Gradiente de dificultad de los ítems de Relaciones interpersonales

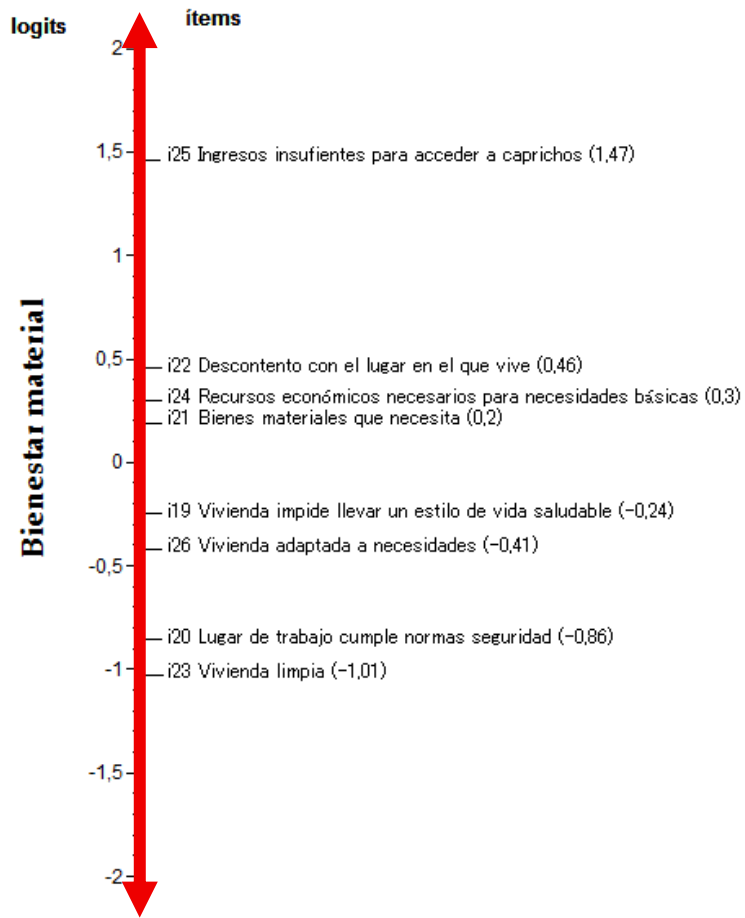


Figura 142. Mapa de ítems de Bienestar material

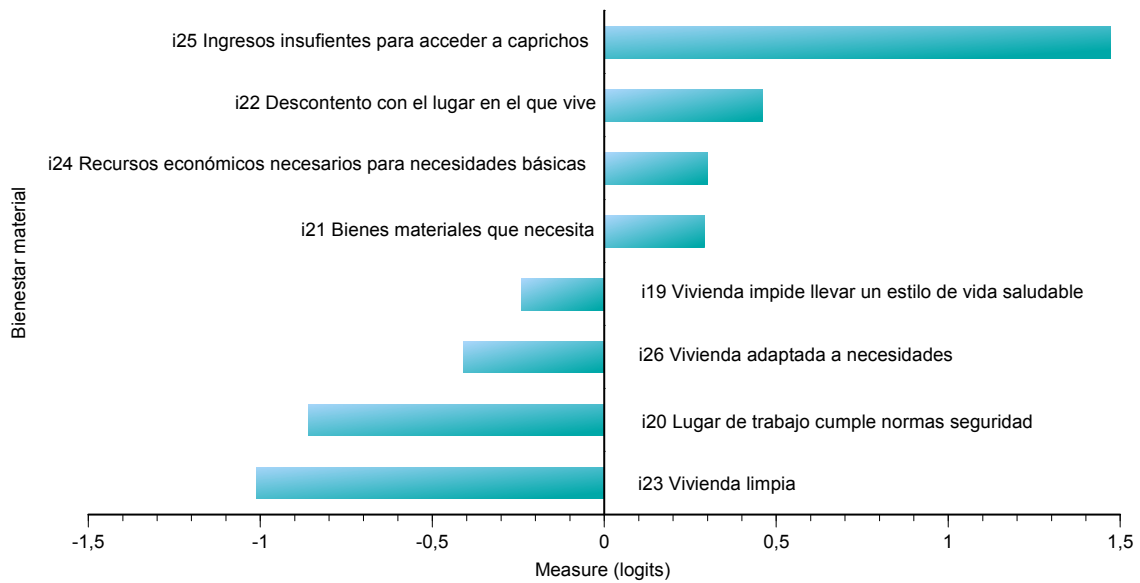


Figura 143. Gradiente de dificultad de los ítems de Bienestar material

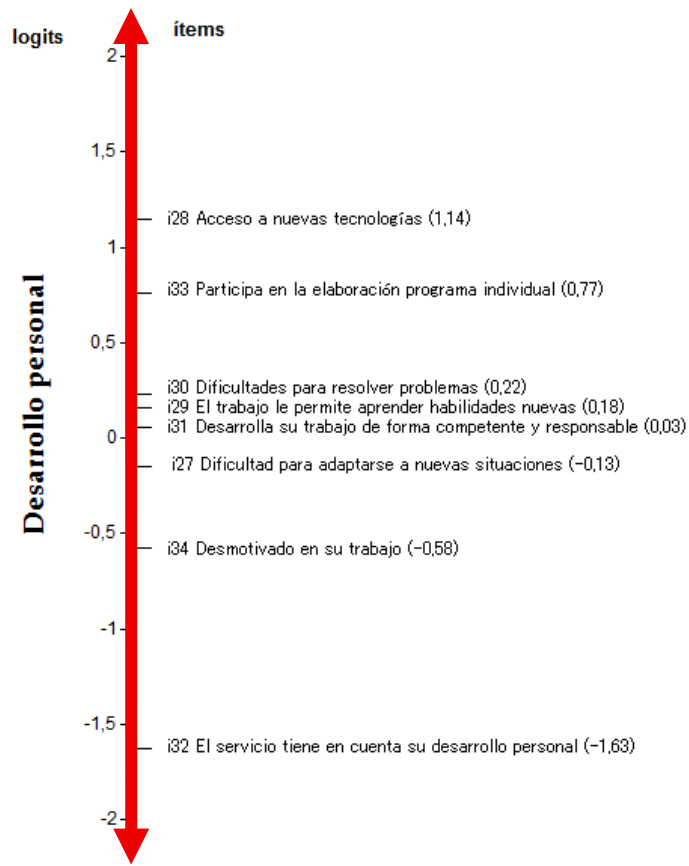


Figura 144. Mapa de ítems de Desarrollo personal

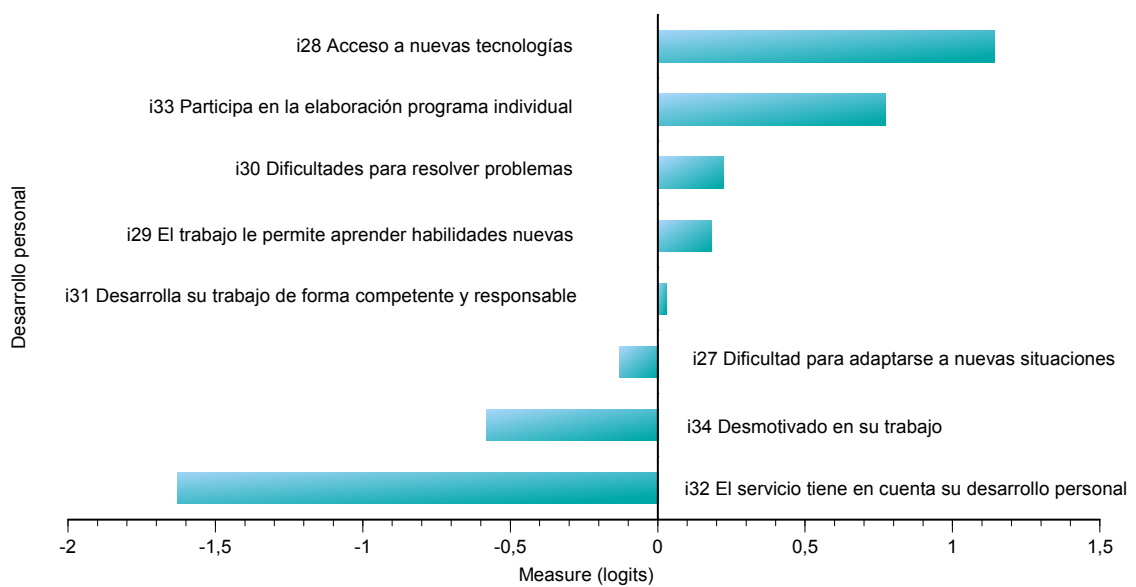


Figura 145. Gradiente de dificultad de los ítems de Desarrollo personal

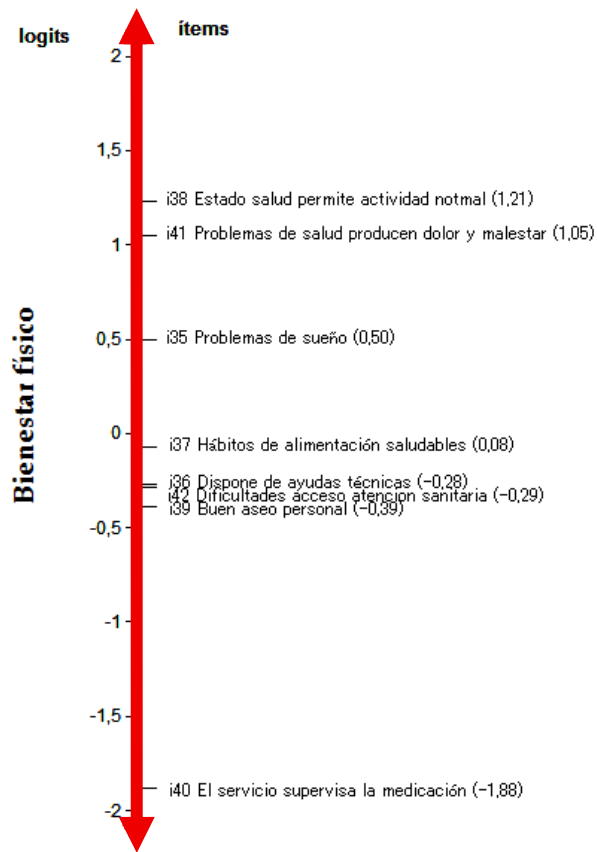


Figura 146. Mapa de ítems de Bienestar físico

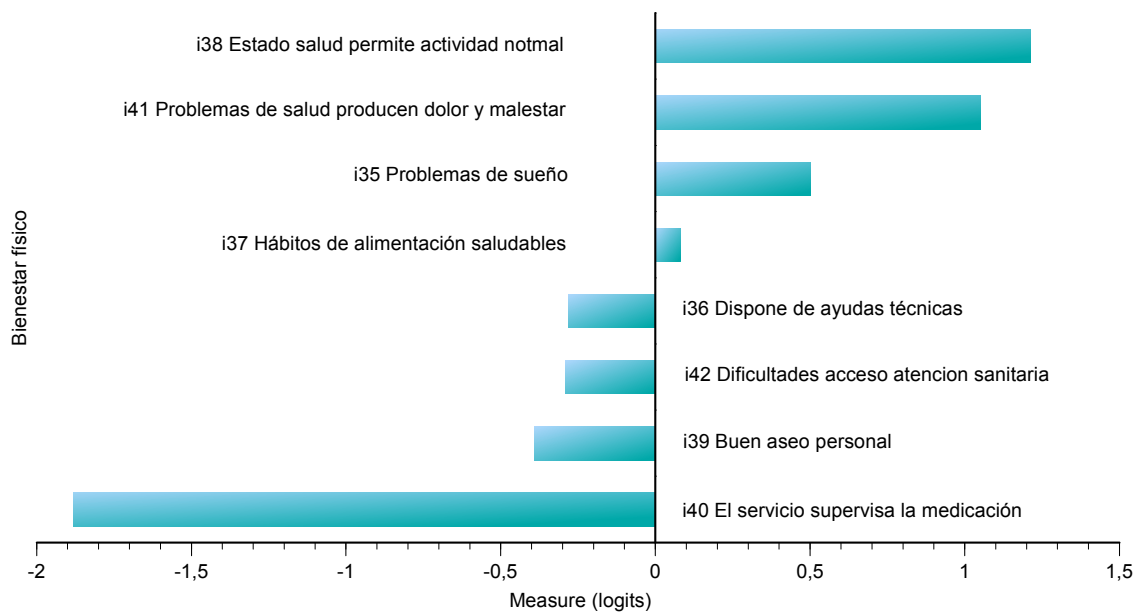


Figura 147. Gradiente de dificultad de los ítems de Bienestar físico



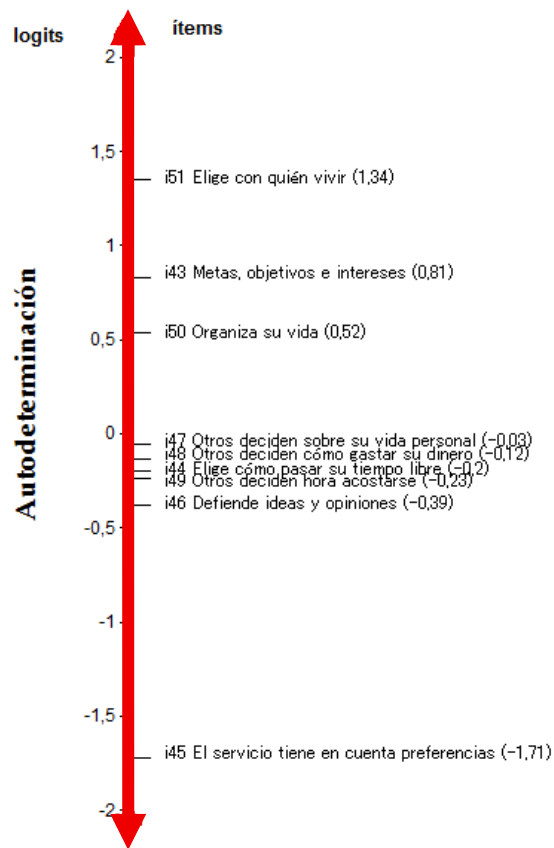


Figura 148. Mapa de ítems de Autodeterminación

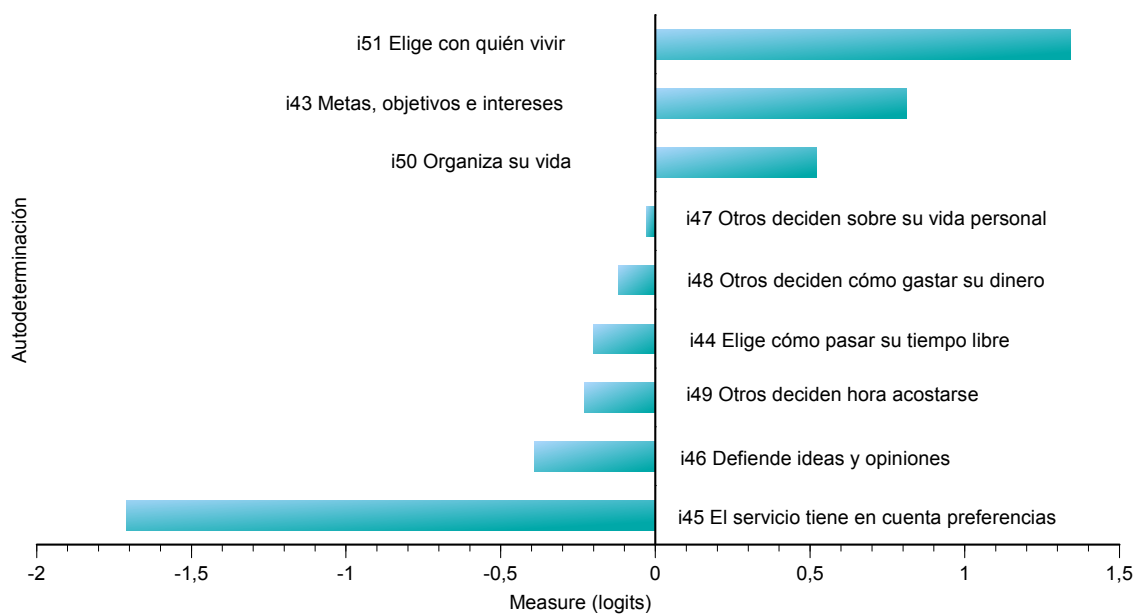


Figura 149. Gradiente de dificultad de los ítems de Autodeterminación

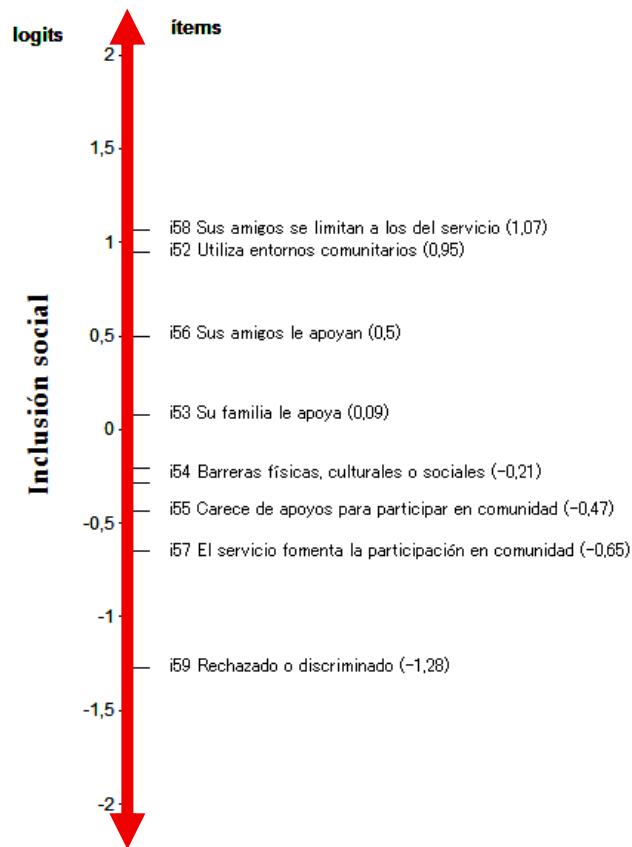


Figura 150. Mapa de ítems de Inclusión social

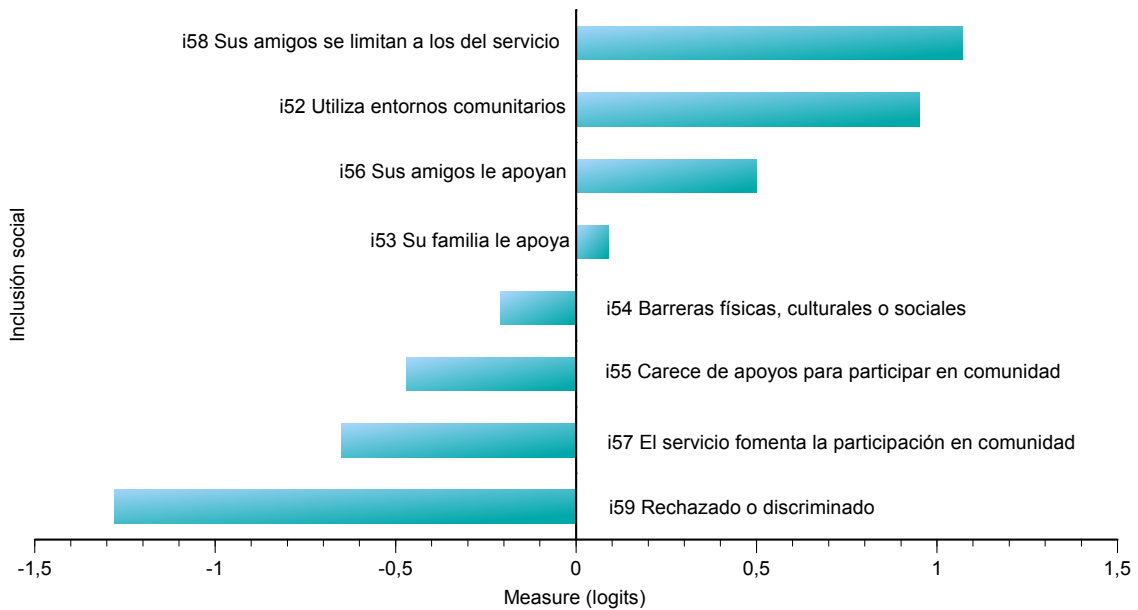


Figura 151. Gradiente de dificultad de los ítems Inclusión social

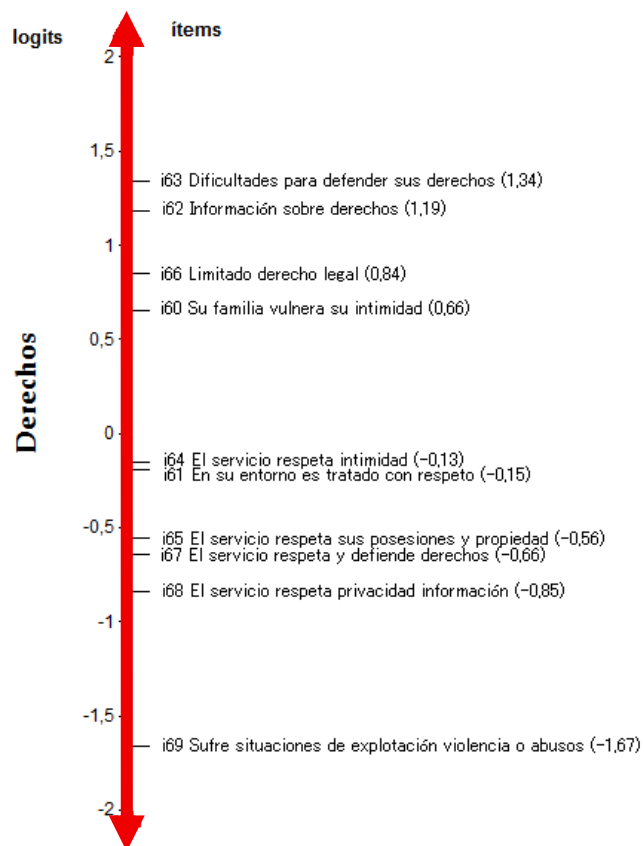


Figura 152. Mapa de ítems de Derechos

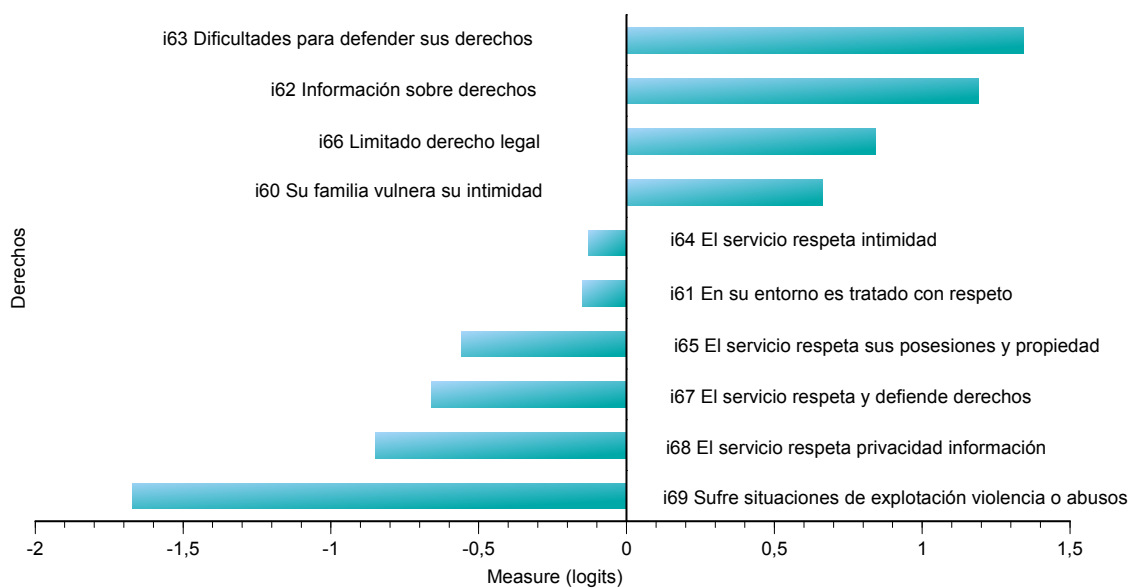


Figura 153. Gradiente de dificultad de los ítems de Derechos

Finalmente, como se aprecia en la Figura 152, en la subescala de *Derechos* observamos también un salto muy marcado en el ítem que obtiene la puntuación inferior (i.e., *'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos'*, con una medida de -1,67 logits). Antes de éste (i.e., con puntuaciones bajas y con muy poca distancia entre ellos, encontramos tres ítems referidos al servicio al que acude la persona: *'En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad'* (-0,56), *'En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos'* (-0,66) y *'El servicio respeta la privacidad de la información'* (-0,85). De hecho los cuatro mencionados junto con dos más (i.e., 6 de los 10 ítems que componen la escala) –y uno de ellos es el cuarto ítem de la subescala cuyo contenido alude al servicio al que acude la persona– se sitúan por debajo del umbral de 0,00 logits, mientras sólo 4 lo superan. Éstos cuatro ítems que superan dicho umbral son (de mejor a peor puntuación de logits): *'Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados'* (1,34), *'Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano'* (1,19), *'Tiene limitado algún derecho legal'* (0,84) y *'Su familia vulnera su intimidad'* (0,66). Todos estos aspectos pueden observarse en la Figura 153.

#### **b) Adecuación del nivel de dificultad de los ítems a la muestra**

Los mapas de personas e ítems ilustran gráficamente cómo los ítems progresivamente mayores en nivel de dificultad se van solapando con los niveles de las personas en el rasgo latente (cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida) evaluado. Dado que el modelo de Rasch utiliza la misma medida (logit), ambas métricas pueden compararse para determinar si la dificultad de los ítems es o no apropiada para la muestra. Si la muestra fuera apropiada, debería existir un solapamiento considerable en el mapa entre los parámetros de dificultad de los ítems y los niveles del rasgo latente de las personas. En las Figuras 154-156 se muestran los mapas de ítems (rangos marcados con una flecha verde) y (rangos marcados con una flecha roja) personas desde los niveles más altos a los más bajos. Por consiguiente, las personas con niveles altos en el constructo (e.g., Bienestar emocional), así como los ítems que miden mayores niveles del constructo, se sitúan en la parte alta del mapa. Además, en general (aunque con las peculiaridades que comentaremos más adelante), podemos comprobar cómo el rango de los parámetros de dificultad de los ítems se solapa con el rango de los parámetros del rasgo latente de los usuarios de servicios sociales, lo que indica que los 69 ítems han evaluado a las personas con distintos niveles de los ocho constructos que integran su calidad de vida.

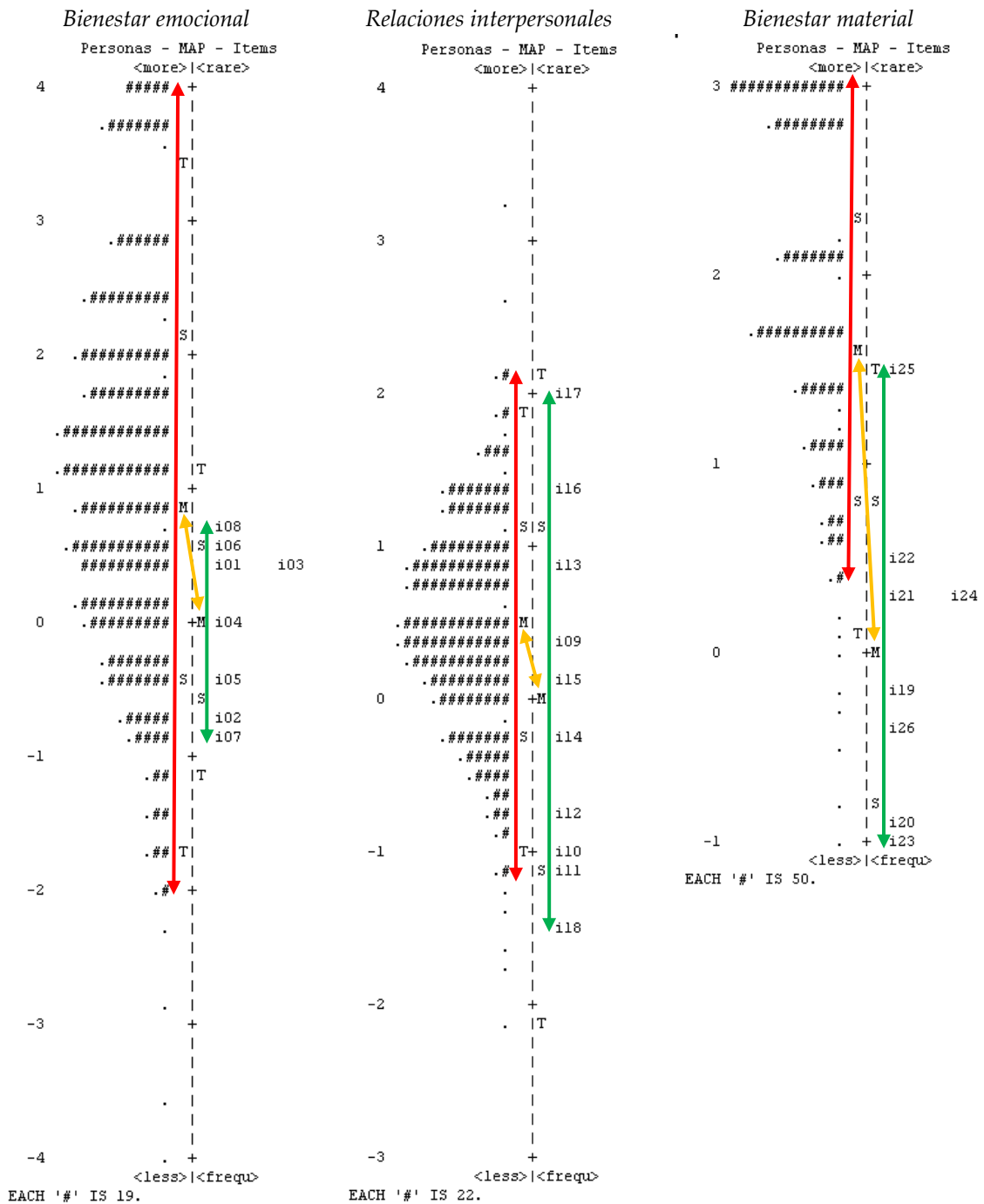


Figura 154. Mapa de ítems y de personas (Bienestar emocional, Relaciones interpersonales y Bienestar material)

En la Figura 154 observamos que mientras se da un solapamiento total entre ítem y personas en Bienestar emocional y casi perfecto en Relaciones interpersonales (obsérvese la cercanía de sus medias, señaladas con una flecha anaranjada), en Bienestar material ambas distribuciones coinciden tan solo en un pequeño tramo del continuo, de tal modo que se observa que los ítems parecen excesivamente fáciles para la muestra.

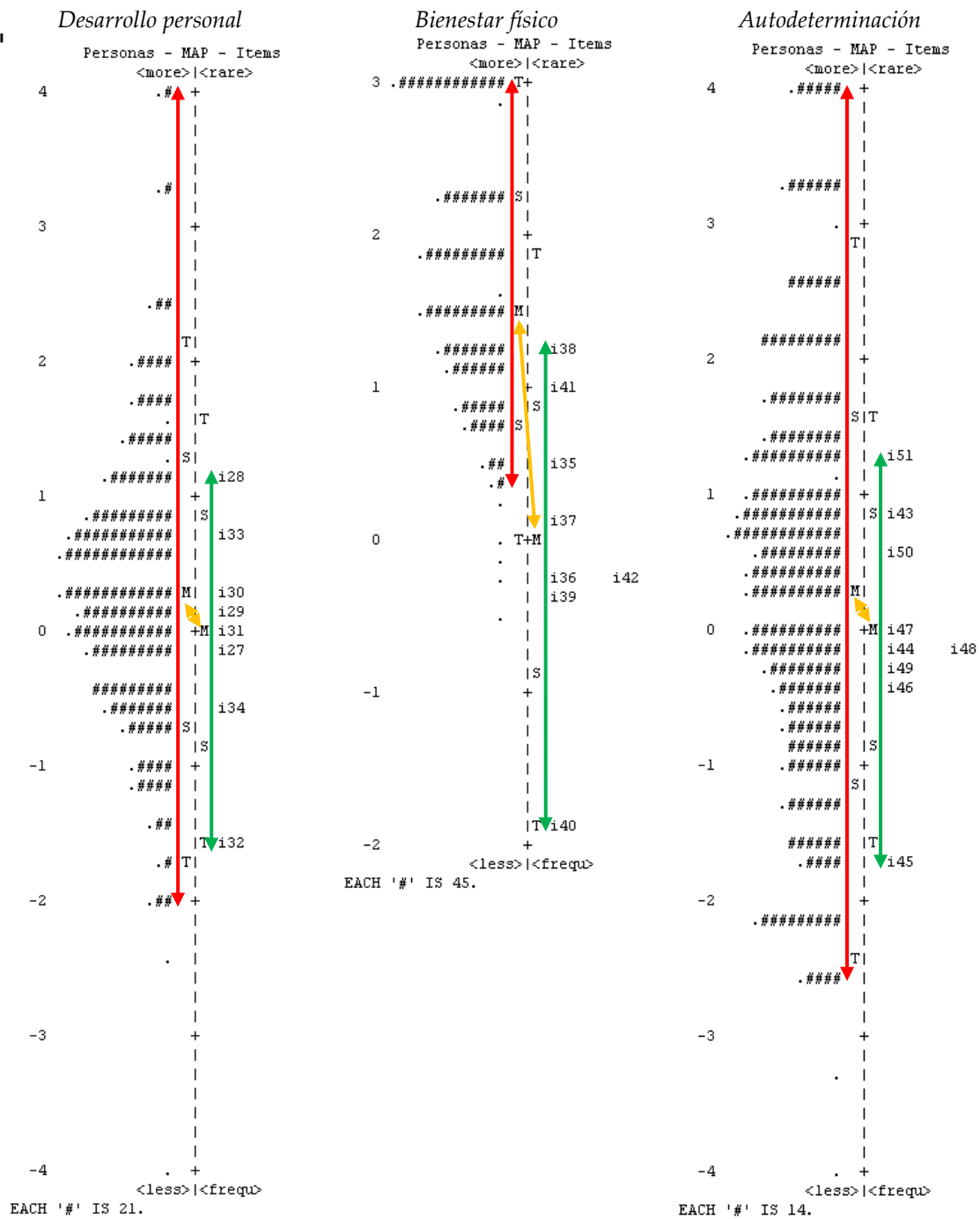


Figura 155. Mapa de ítems y de personas (Desarrollo personal, Bienestar físico y Autodeterminación)

La misma situación se observa en Bienestar físico (i.e., facilidad de los ítems para la muestra), mientras en Autodeterminación y Desarrollo personal observamos un solapamiento total y una gran proximidad entre las medias de las distribuciones de ítems y personas (Figura 155), si bien es cierto que faltan ítems para evaluar los niveles más altos de habilidad.

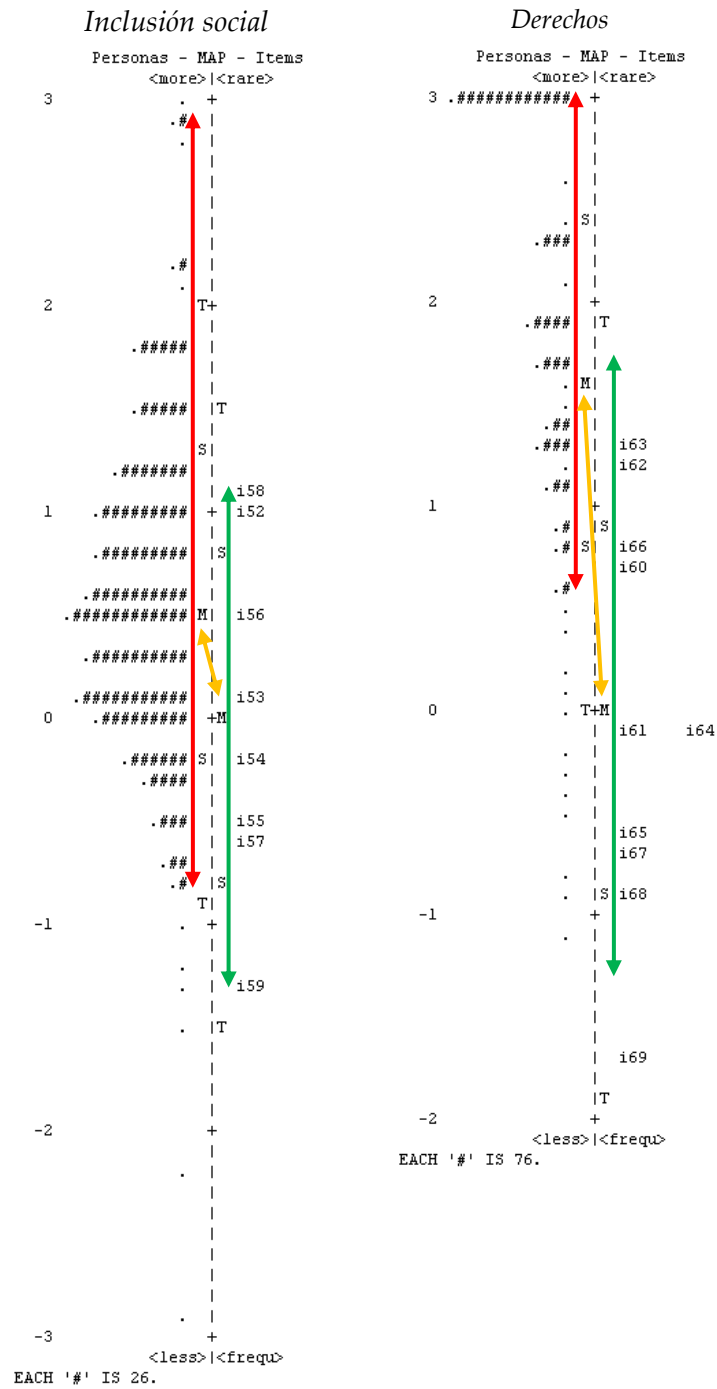


Figura 156. Mapa de ítems y de personas (Inclusión social y Derechos)

Finalmente, la Figura 156 pone de manifiesto de nuevo la facilidad de los ítems para los participantes que conforman la muestra en el caso de Derechos, en que la media de su distribución se ubica en una posición mucho más alta que la de la distribución de los ítems. En Inclusión social, en cambio, se da un gran solapamiento (si bien no es total) entre ambas distribuciones. A modo de resumen, toda esta información se presenta en la Figura 157.

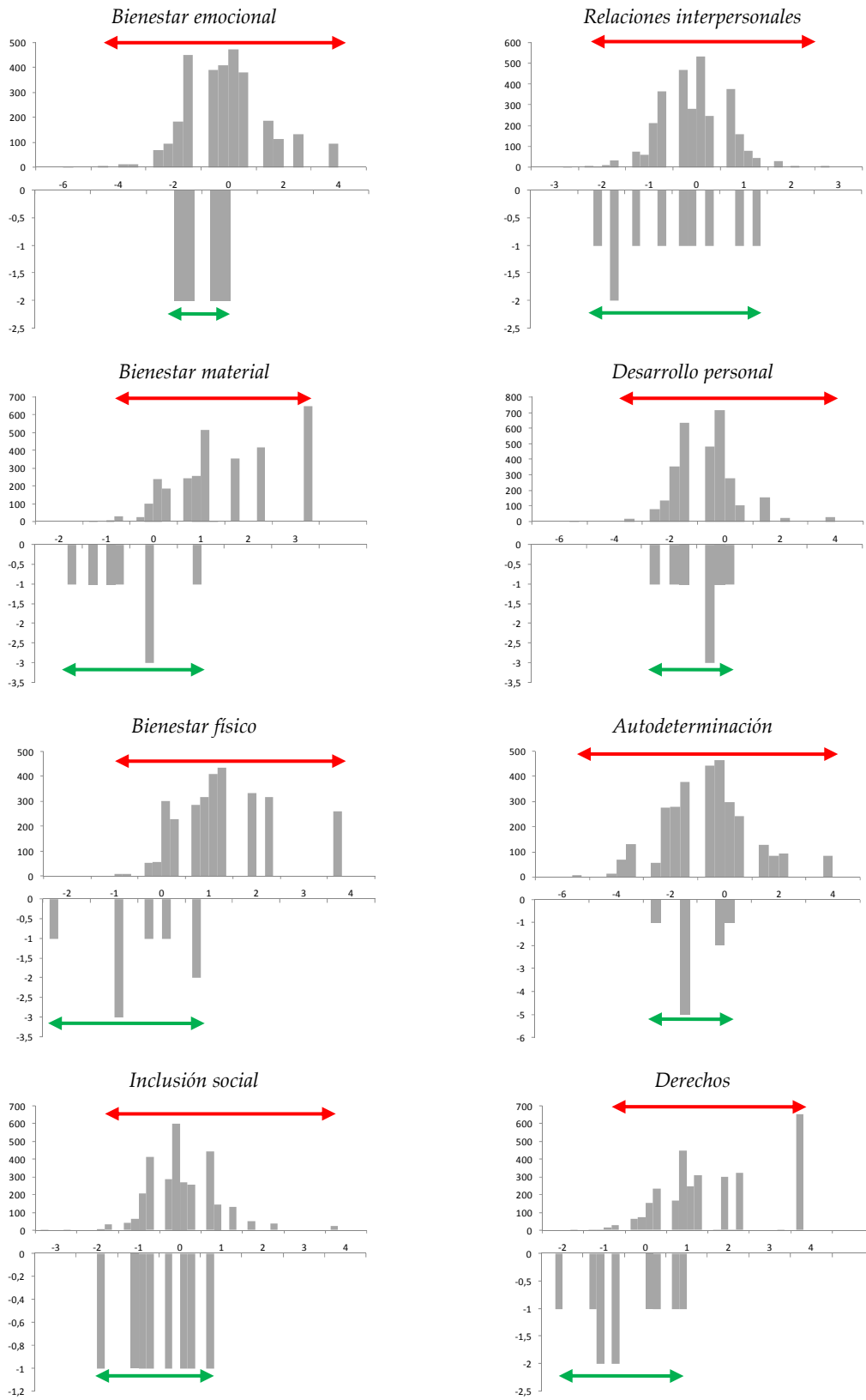


Figura 157. Mapa de ítems (abajo) y de personas (arriba)



### c) Adecuación de las categorías de respuesta a la muestra

A continuación, analizamos las clasificaciones de cada ítem a fin de determinar si las categorías de respuesta funcionaban según lo esperado. Si trazamos las curvas características de las categorías de respuestas (CCCR) podrá apreciarse con más claridad cuál es la categoría de respuesta más probable a lo largo del continuo. La CCCR relaciona la probabilidad de respuesta a un ítem con su nivel en el constructo medido con el test, siendo útil en la evaluación de las propiedades de los ítems.

En la Figura 158, los puntos de intersección entre las categorías de respuestas coinciden con los parámetros de umbral de la medida o localización ( $\tau$ ) para un ítem tipo cuya localización está situada en 0,0 logits. A su vez, estos puntos definen en el continuo las regiones de respuestas más probables. En líneas generales, podemos apreciar que los parámetros de umbral de las categorías se encuentran ordenados, de tal modo que desde la categoría 'A veces', la transición más probable que se produce es a la categoría 'Frecuentemente'. En otras palabras, la puntuación más probable otorgada a un usuario en un ítem que sobrepasa el umbral de la categoría 'nunca o casi nunca' es 'algunas veces' y desde la categoría 'algunas veces' la transición más probable que se produce es a la categoría 'frecuentemente'. Esto es así en cinco de las ocho subescalas: *Bienestar emocional*, *Desarrollo personal*, *Bienestar físico*, *Autodeterminación e Inclusión social*. En sus gráficos correspondientes, hemos señalados los umbrales y las regiones con objeto de facilitar la interpretación al lector. De este modo, podemos concluir que en estas subescalas las categorías son adecuadas para la muestra, si bien es mucho más probable la elección de las categorías extremas ('siempre o casi siempre' y 'nunca o casi nunca'), que las intermedias. Entre éstas, la opción 'algunas veces' es mucho menos probable en todos los casos que 'frecuentemente' (i.e., en los ítems de valencia positiva).

En las tres dimensiones restantes (i.e., *Relaciones interpersonales*, *Bienestar material y Derechos*) las CCCR no funcionan según lo esperado. En este caso, las puntuaciones son mucho más extremas, de tal modo que la transición más probable una vez superado el umbral 'nunca o casi nunca' es a la categoría 'frecuentemente', por lo que concluimos que la categoría 'algunas veces' (o 'frecuentemente' en los ítems de valencia negativa) no es una opción demasiado adecuada para esta muestra en tales dimensiones.

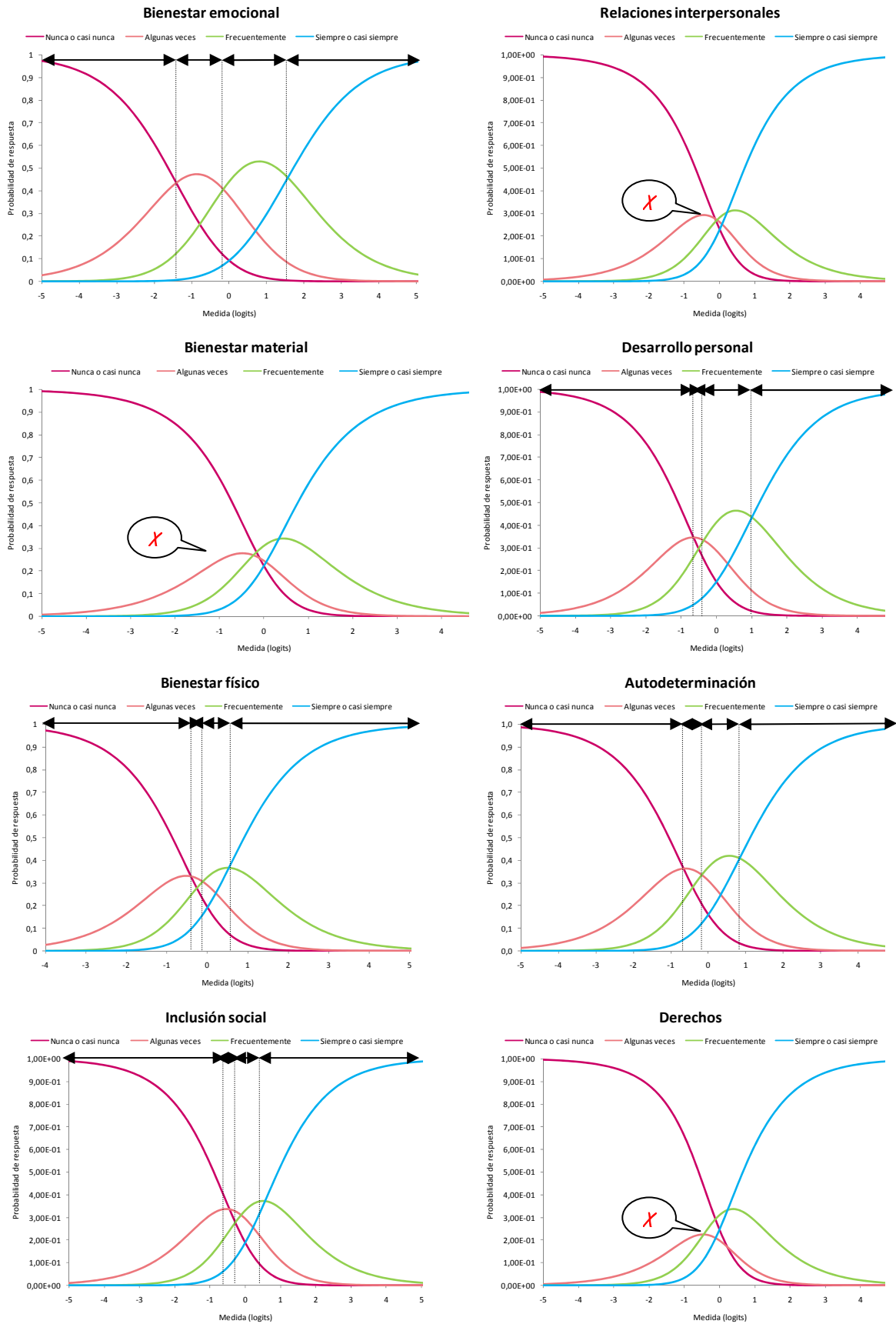


Figura 158. Curvas características de las categorías de respuesta

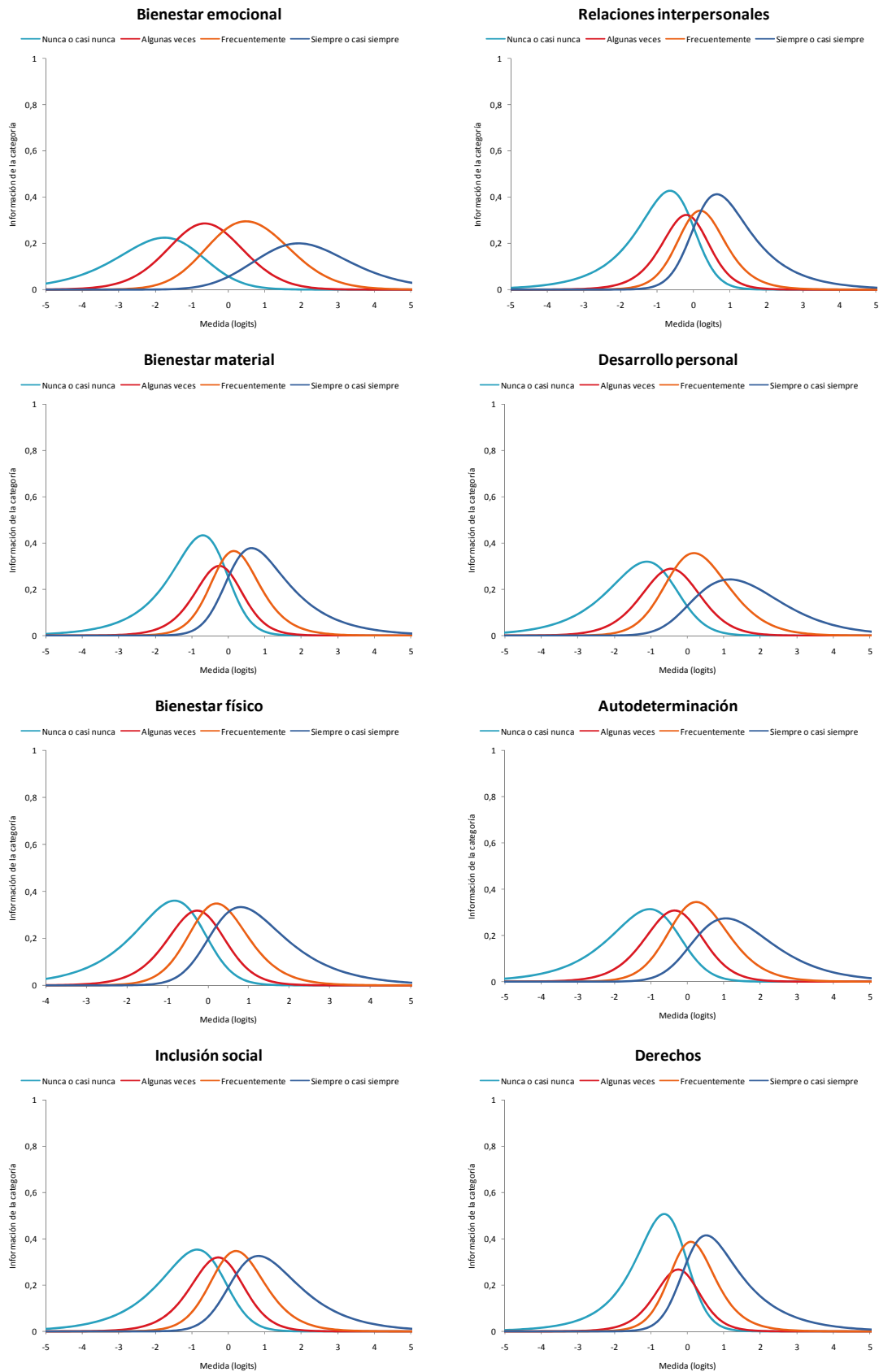


Figura 159. Curvas de información de las categorías

Corroborando los anteriores resultados, las curvas de información de las categorías (Figura 159) muestran la información del ítem repartida de acuerdo a la probabilidad de observar cada una de las cuatro categorías ('nunca o casi nunca', 'algunas veces', 'frecuentemente' o 'siempre o casi siempre'). Como puede observarse en la Figura 160, las categorías que aportan más información en *Relaciones interpersonales*, *Bienestar material* y *Derechos* son, en primer lugar, la categoría 'nunca o casi nunca' y, en segundo lugar 'siempre o casi siempre', seguidas de 'frecuentemente' y, finalmente, 'algunas veces'.

*Bienestar emocional* es la única subescala en la que las dos categorías de respuesta intermedias aportan más información que las extremas.

En cambio, *Autodeterminación* y *Desarrollo personal* coinciden en el orden de sus categorías de respuesta, de tal modo que de mayor a menor información encontramos 'frecuentemente', 'nunca o casi nunca', 'algunas veces' y 'siempre o casi siempre'.

Finalmente, en *Inclusión social* y *Bienestar físico*, la categoría que proporciona más información es 'nunca o casi nunca' y la que aporta menos es 'algunas veces'. Se diferencian ambas subescalas en las categorías que aportan información entre estos límites: 'frecuentemente' aporta más información que 'siempre o casi siempre' en *Inclusión social*, mientras se da la situación contraria en *Bienestar físico*.

#### 5.4.2.6. Precisión de la medida

El concepto de precisión de las mediciones planteado por la TRI difiere del concepto de fiabilidad definido por la TCT. Mientras en esta última la precisión de la medida venía dada por la fiabilidad del test de forma global, en la TRI, que centra su análisis en el ítem y en la ejecución de las personas en él, no existe el concepto de fiabilidad o error típico de medida del test como tal, sino que se interesa por la precisión de cada ítem para medir los distintos niveles de habilidad. Para ello, utiliza el concepto de *función de información*. Ésta aporta información sobre el grado de precisión con que un ítem –o el test– mide cada nivel del constructo. A continuación, describimos la función de información de los ítems y de los tests.

**a) Función de información de los ítems**

La función de información de un ítem ( $I_i(\theta)$ ) muestra los niveles en el continuo del constructo donde el ítem es más preciso; es decir, indica en qué niveles de dicho continuo el ítem es más informativo y, por lo tanto, más adecuado para estimar el nivel del constructo. La función de información depende de dos aspectos: (a) la discriminación del ítem, representada por la pendiente en el punto en  $\theta$ , de modo que a mayor pendiente, mayor información; y (b) el error típico del ítem en  $\theta$ , de modo que a menor varianza mayor información. Por ello, cuanto mayor sea la función de información de un ítem  $I_i(\theta)$  para un nivel de  $\theta$ , más precisa es la medida correspondiente. Al representar gráficamente la información del ítem para todos los valores de  $\theta$ , obtenemos la *Función de Información del Ítem* (IIF, 'Item Information Function'). La IIF es una herramienta fundamental en el análisis de los ítems, puesto que nos permite conocer qué ítems resultan los más adecuados para estimar un determinado nivel de habilidad. A continuación, en las Figuras 160-167 aparecen las curvas de información de los ítems. Como puede apreciarse, adoptan forma de campana para indicar la localización del ítem en el continuo del constructo (cada una de las dimensiones de calidad de vida) y cuyo pico o valor más alto se corresponde con el valor en el que es máxima la información aportada por el ítem.

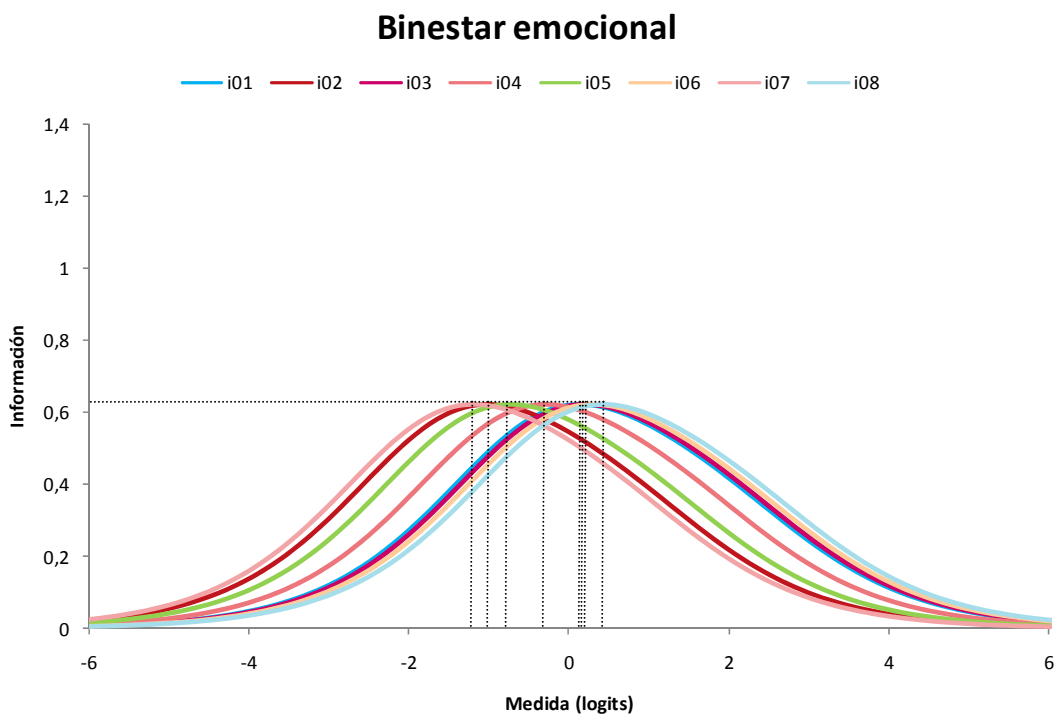


Figura 160. Función de información de los ítems de Bienestar emocional

### Relaciones interpersonales

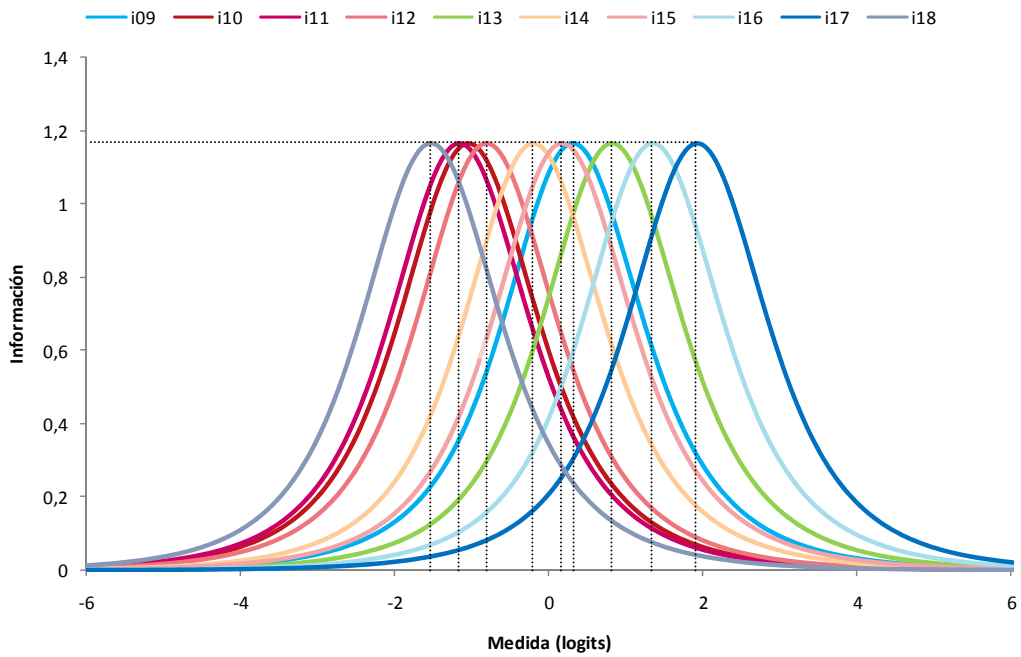


Figura 161. Función de información de los ítems de Relaciones interpersonales

### Binestar material

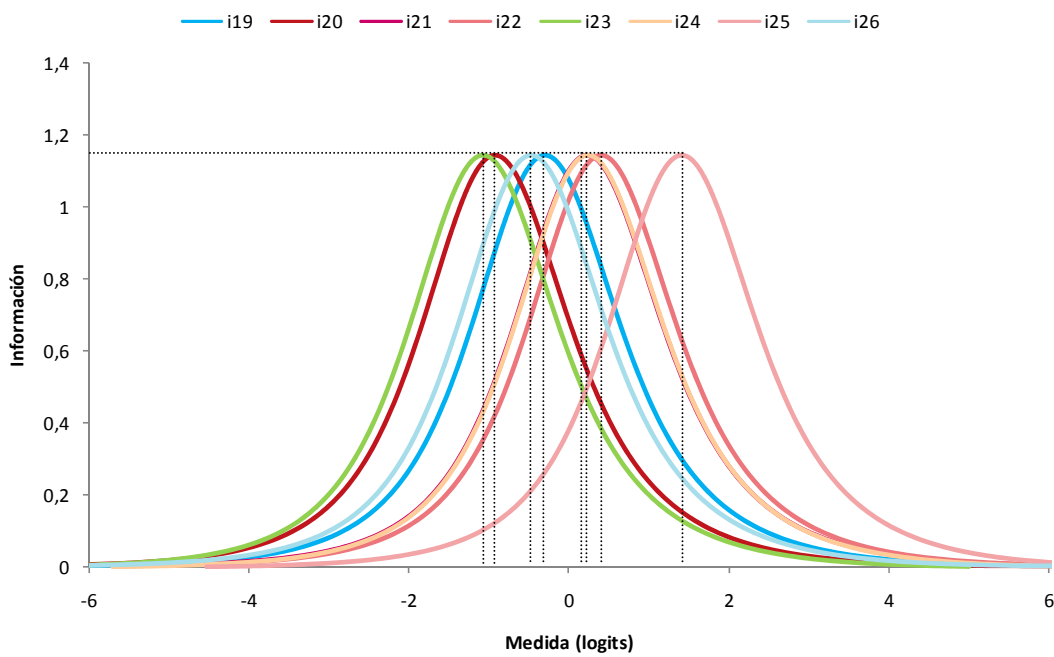


Figura 162. Función de información de los ítems de Bienestar material

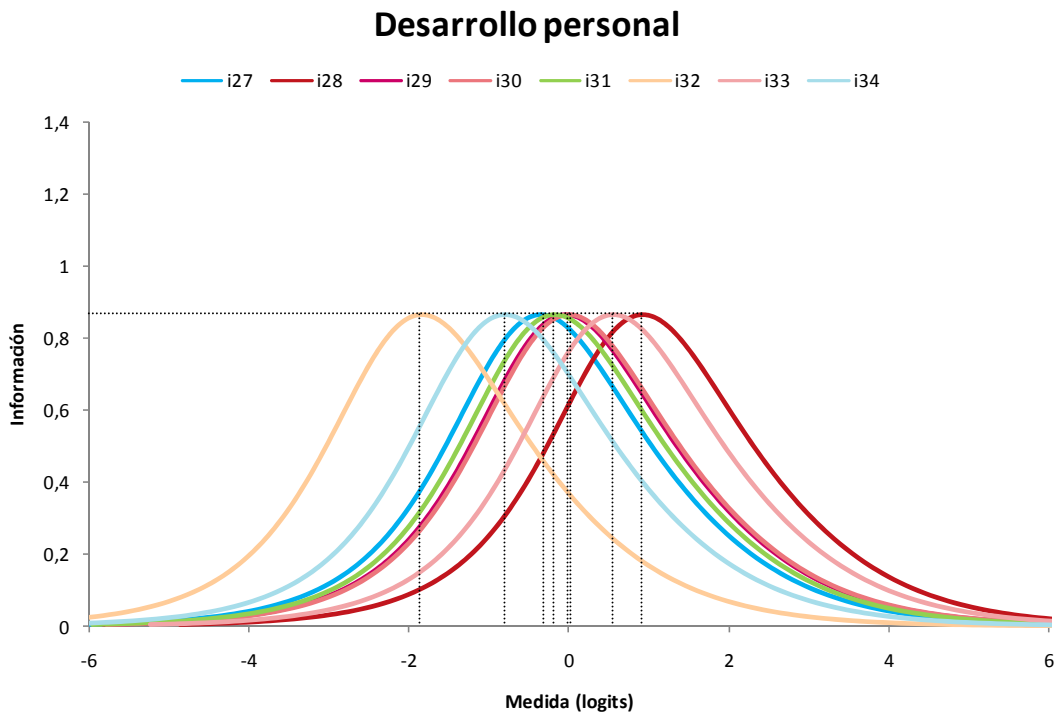


Figura 163. Función de información de los ítems de Desarrollo personal

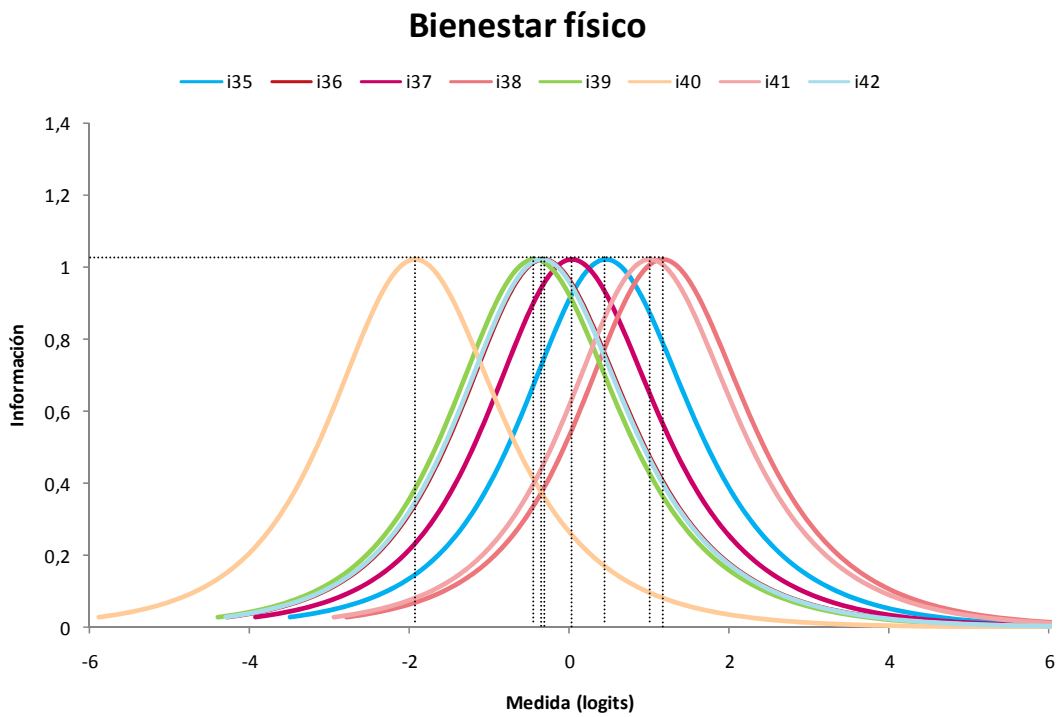


Figura 164. Función de información de los ítems de Bienestar físico

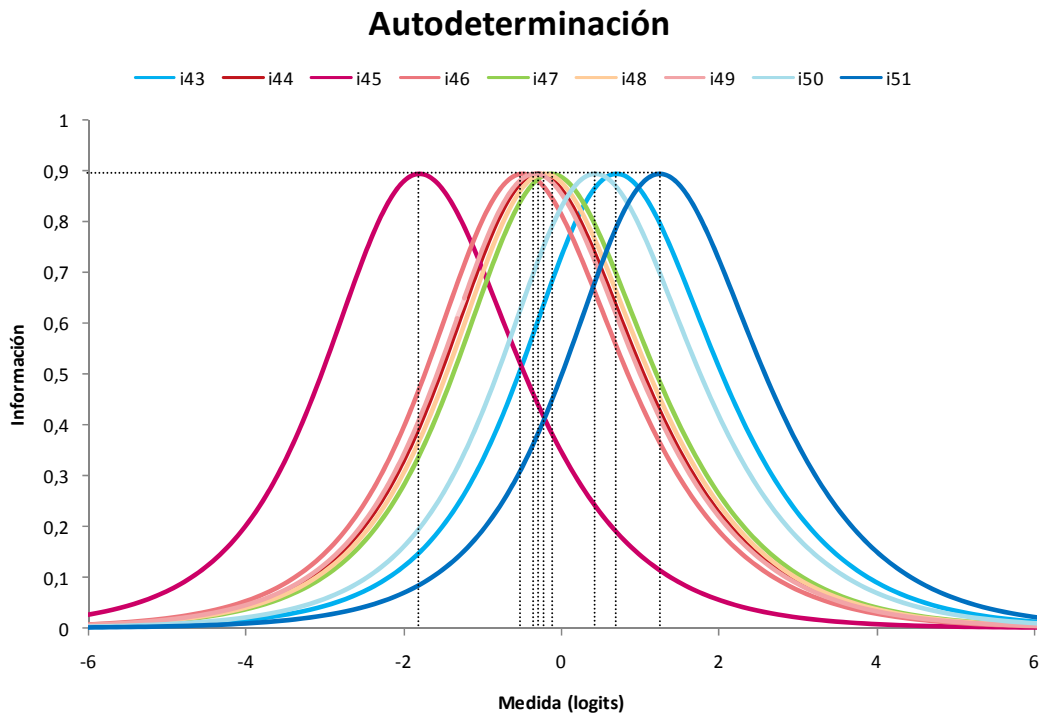


Figura 165. Función de información de los ítems de Autodeterminación

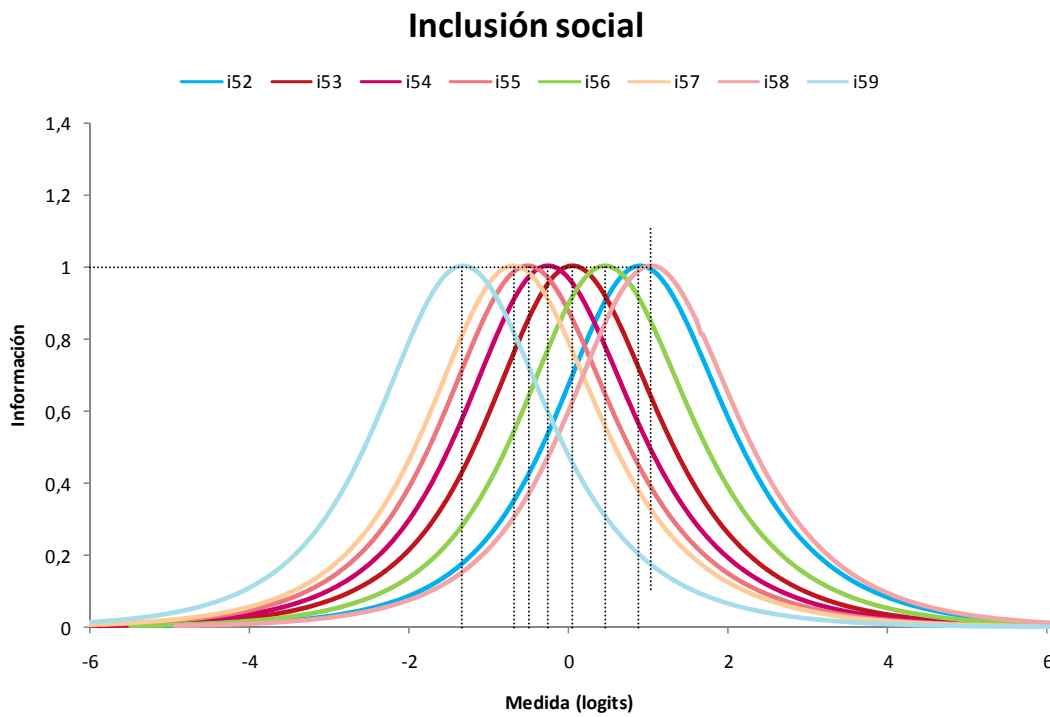


Figura 166. Función de información de los ítems de Inclusión social



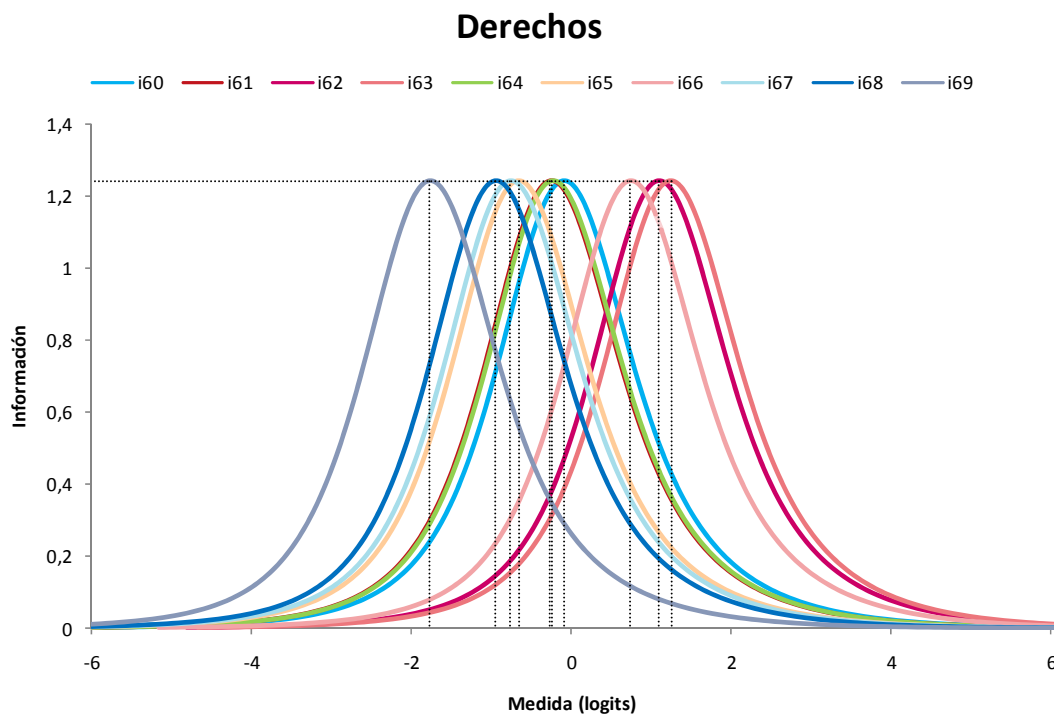


Figura 167. Función de información de los ítems de Derechos

En las Figuras anteriores, si atendemos al nivel máximo de información, podemos comprobar que dentro de cada subescala, los ítems son igualmente informativos. En cambio, el nivel de medida varía en cada ítem en función del valor del constructo donde nos situemos. De este modo, las representaciones gráficas son de gran utilidad a la hora de conocer cómo se distribuye la cantidad de información aportada por los ítems a lo largo del continuo, que viene dada por el apuntamiento de las distribuciones.

Si comparamos el nivel de información donde se sitúa el punto máximo de información de los ítems en cada una de las escalas, nos damos cuenta, además, de que aquellas que alcanzan su punto máximo en el mayor nivel de información son: *Derechos*, *Bienestar material*, *Relaciones interpersonales* y *Bienestar físico* (> 1,00). *Autodeterminación* y *Desarrollo personal* alcanzan su punto máximo de información en un nivel más intermedio ( $\approx ,90$ ), mientras *Bienestar emocional* alcanza su punto máximo de información en el menor nivel de información en comparación con el resto de las subescalas ( $\approx ,60$ ).

## **b) Función de información de los tests**

La función de información del test muestra los niveles de los constructos (i.e., dimensiones de calidad de vida) donde el test es más preciso. Por ello, se podría decir que la función de información del test es una propiedad en la TRI equivalente al concepto de fiabilidad de la TCT. En cambio, la primera tiene la ventaja de que estima la precisión de la medida en cada uno de los niveles del constructo deseado.

Al igual que ocurre con la función de información de los ítems, cuando se representa gráficamente la función de información del test se obtiene una curva con forma de campana. Puesto que en  $\theta =$  entre -0,5 y 0,0 aproximadamente es donde el test proporciona la máxima información sobre la medida de *Relaciones interpersonales*, *Bienestar material* y *Derechos*, es justo en estos puntos donde se sitúa el pico más alto de las curvas de campana. No obstante, estas tres subescalas difieren en su nivel máximo de puntuación situándose en *Relaciones interpersonales* y *Bienestar material* aproximadamente en 7, mientras la región de máxima información de *Derechos* alcanza casi el valor 8.

De nuevo, y de forma coherente con los resultados obtenidos en el análisis de las funciones de información de los ítems, encontramos con niveles máximos de información en un valor de información  $\approx 6$ , las dimensiones de *Autodeterminación*, *Inclusión social*, *Bienestar físico* y *Desarrollo personal*. Estas subescalas proporcionan, además, su máxima información en los niveles de la medida comprendidos entre aproximadamente -0,02 y 0,02.

Finalmente, la región de máxima información de la subescala *Bienestar emocional* se sitúa aproximadamente entre -0,04 y 0,01, mientras que el punto máximo de información coincide con el valor 4,75.

Las curvas correspondientes a la función de información de las ocho subescalas de la Escala GENCAT se agrupan en la Figura 168.

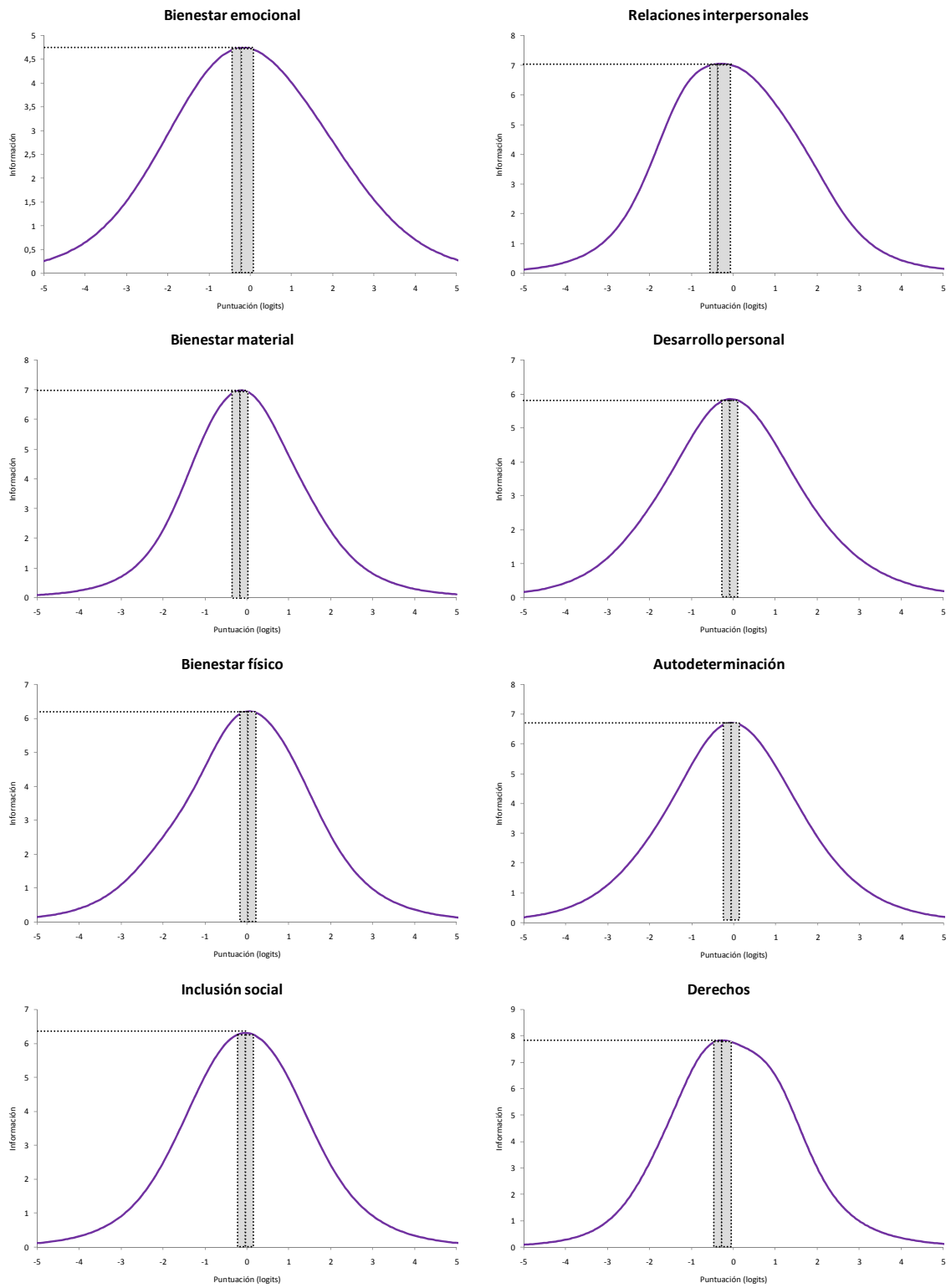


Figura 168. Función de información de los tests

### c) *Curvas características de los ítems y de los tests*

En las Figuras 169-176 se muestran las curvas características de los ítems (CCI) de los ítems de las ocho subescalas de la Escala GENCAT. Estas curvas muestran la relación funcional entre la proporción de respuestas ‘correctas’ a un ítem y el nivel de atributo. En ellas se puede observar, en primer lugar, que tal relación no es lineal, sino que tiene forma de ojiva en S, lo que expresa que la probabilidad de las respuestas en cada categoría es una función creciente de la habilidad. De este modo, en las figuras puede observarse, entre otros aspectos, cómo las personas con niveles más altos de adhesión (próximos a 4) tienen mayor probabilidad de responder al ítem correctamente que los que tienen niveles más bajos (próximos a 1).

Además, en las Figuras 169-176 podemos apreciar la *dificultad* del ítem; es decir, dónde está situado el ítem en la escala o qué cantidad de aptitud requiere el ítem para ser resuelto con éxito. Se trata, por tanto, de un índice de la posición o *localización* de los ítems en la escala de medida del rasgo o aptitud ( $\theta$ ). Por otro lado, la *discriminación* de los ítems, nos indica hasta qué punto éstos permiten diferenciar entre personas que tienen una aptitud inferior a la posición del ítem (dificultad) y aquellos que tienen una aptitud superior. Es decir, la discriminación refleja la tasa de cambio en la probabilidad de éxito según aumenta la aptitud. Esta tasa está relacionada con la pendiente de la curva o inclinación: cuanto más vertical sea la curva, mayor será el cambio en la probabilidad (ordenada) como resultado de los cambios en la aptitud (abscisa). De este modo, las curvas con mayor pendiente, corresponden a ítems que discriminan mejor, mientras las curvas más planas corresponden a ítems que discriminan peor.

En nuestro caso, como es lógico, los ítems dentro de cada subescala presentan un mismo nivel de discriminación y se distinguen por su nivel de dificultad. Así, podemos interpretar cada figura observando los ítems situados más a la izquierda (los más fáciles), intermedios (dificultad media) y los situados más a la derecha (ítems más difíciles). Pero, además, podemos comparar los índices de discriminación de los ítems de las distintas subescalas. De este modo, observamos que los ítems pertenecientes a Bienestar material, Bienestar físico y Derechos, son los que presentan mayor pendiente y, por ello, discriminan mejor.

Una interpretación similar puede realizarse ya no por ítem sino para las subescalas en conjunto en la Figura 177.

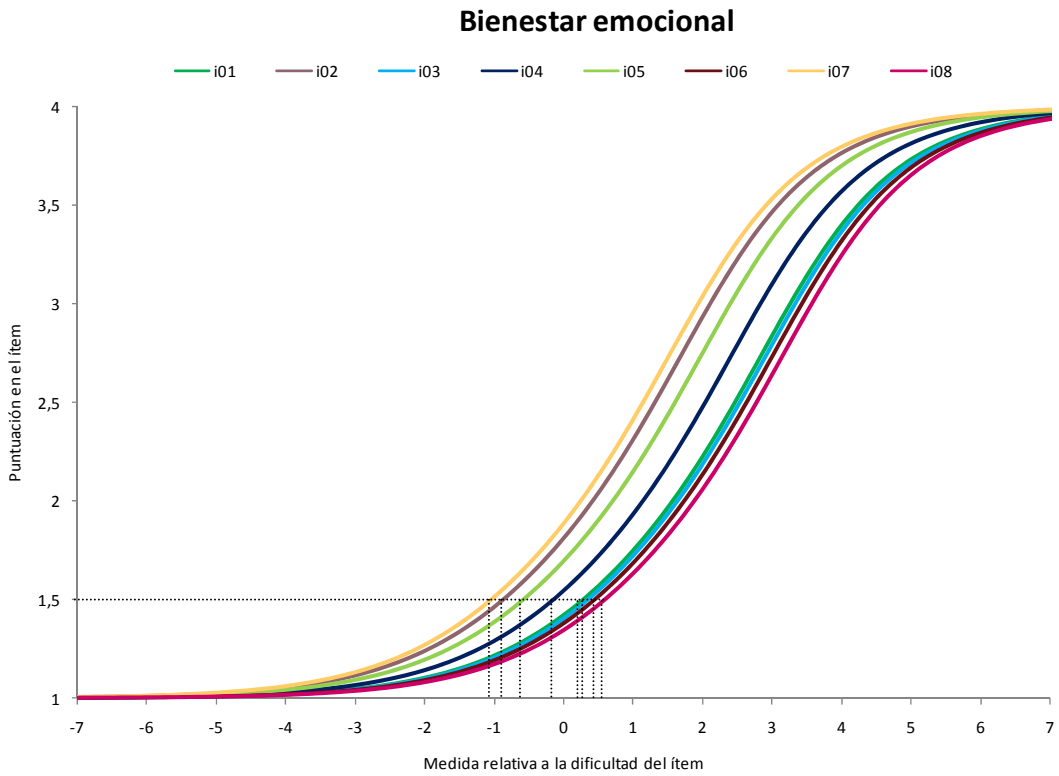


Figura 169. Curvas características de los ítems de Bienestar emocional

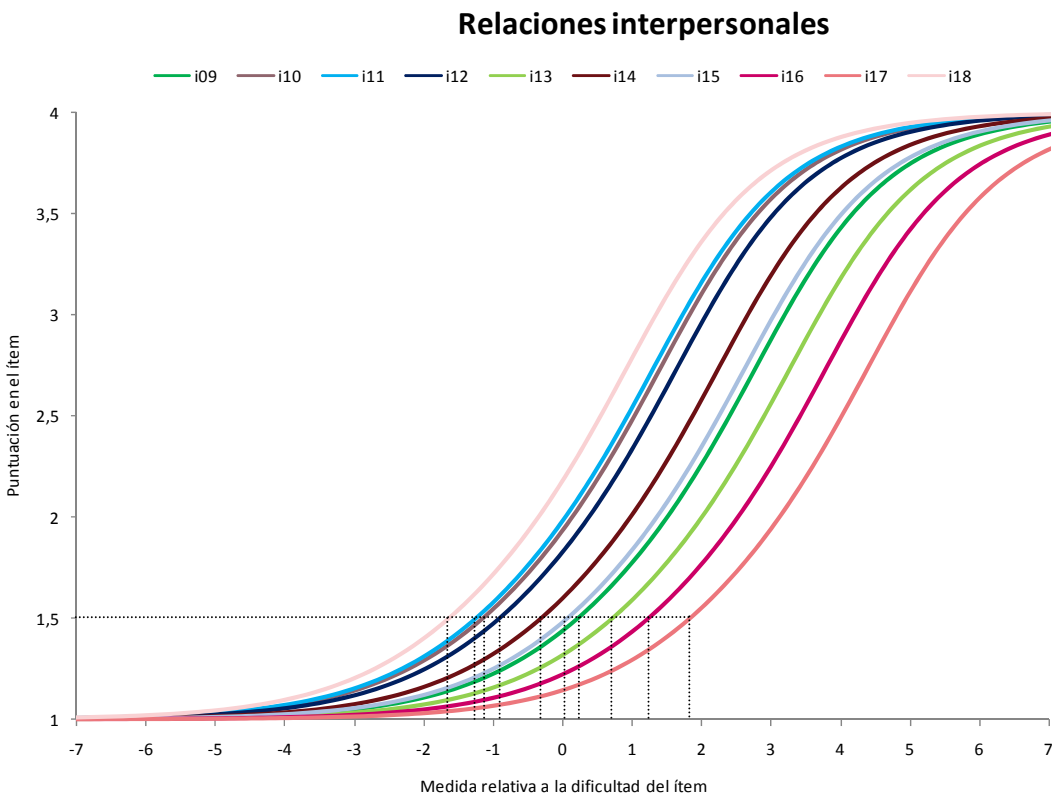


Figura 170. Curvas características de los ítems de Relaciones interpersonales

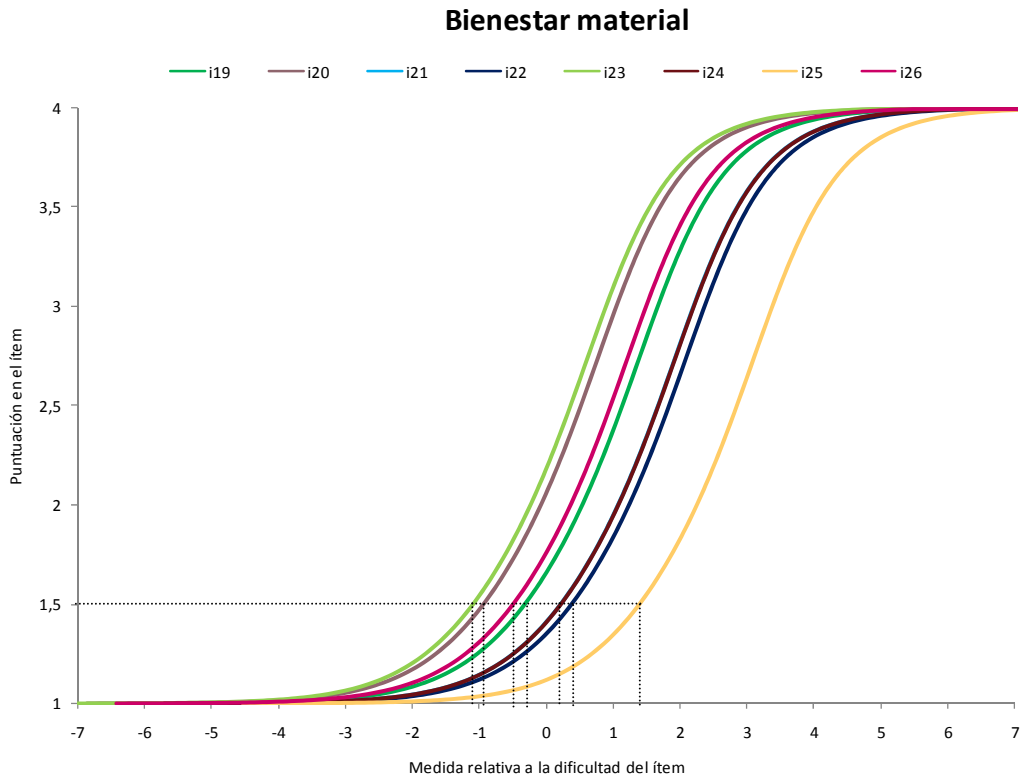


Figura 171. Curvas características de los ítems de Bienestar material

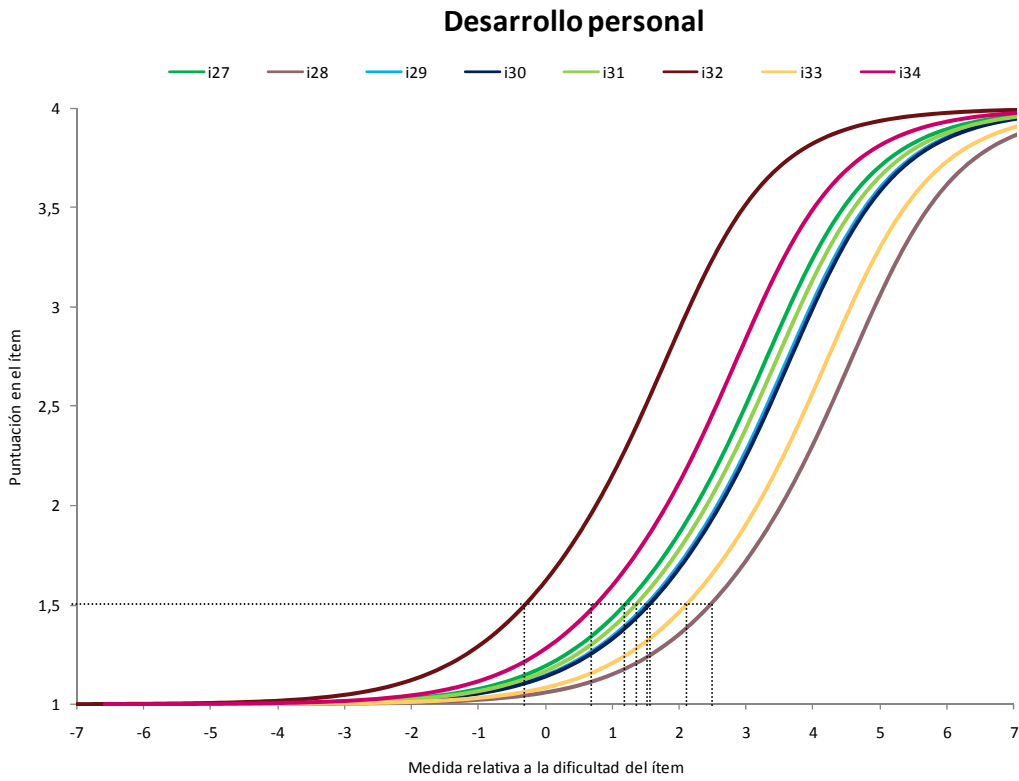


Figura 172. Curvas características de los ítems de Desarrollo personal

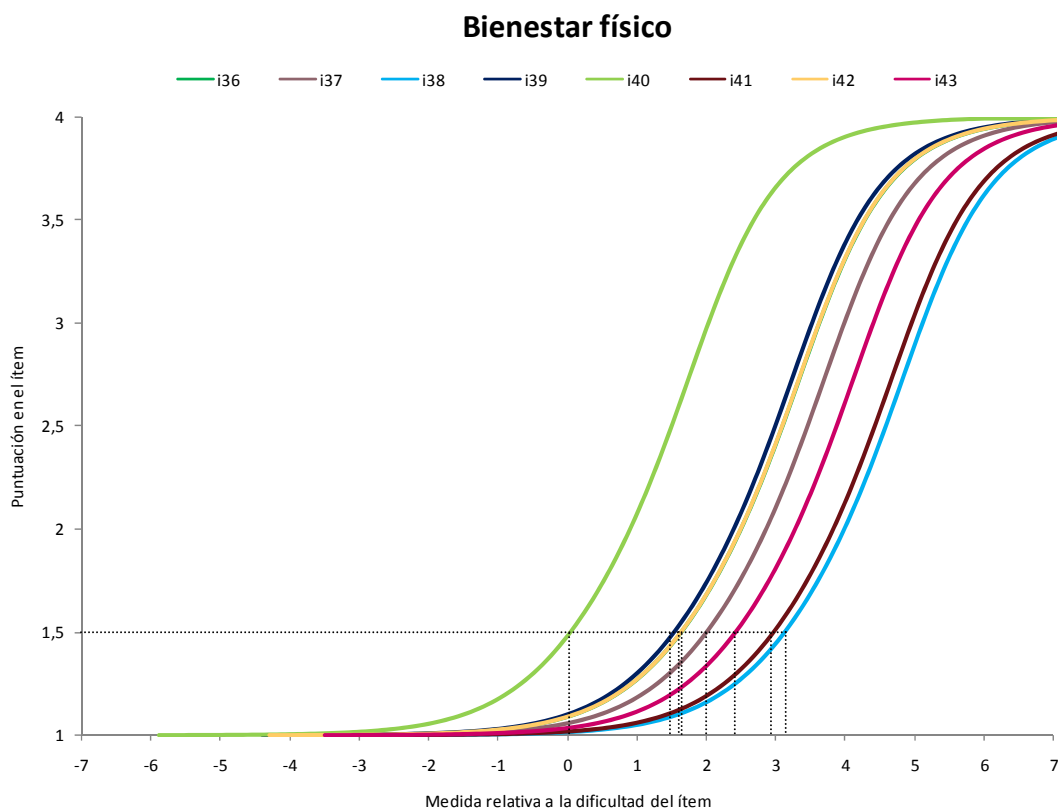


Figura 173. Curvas características de los ítems de Bienestar físico

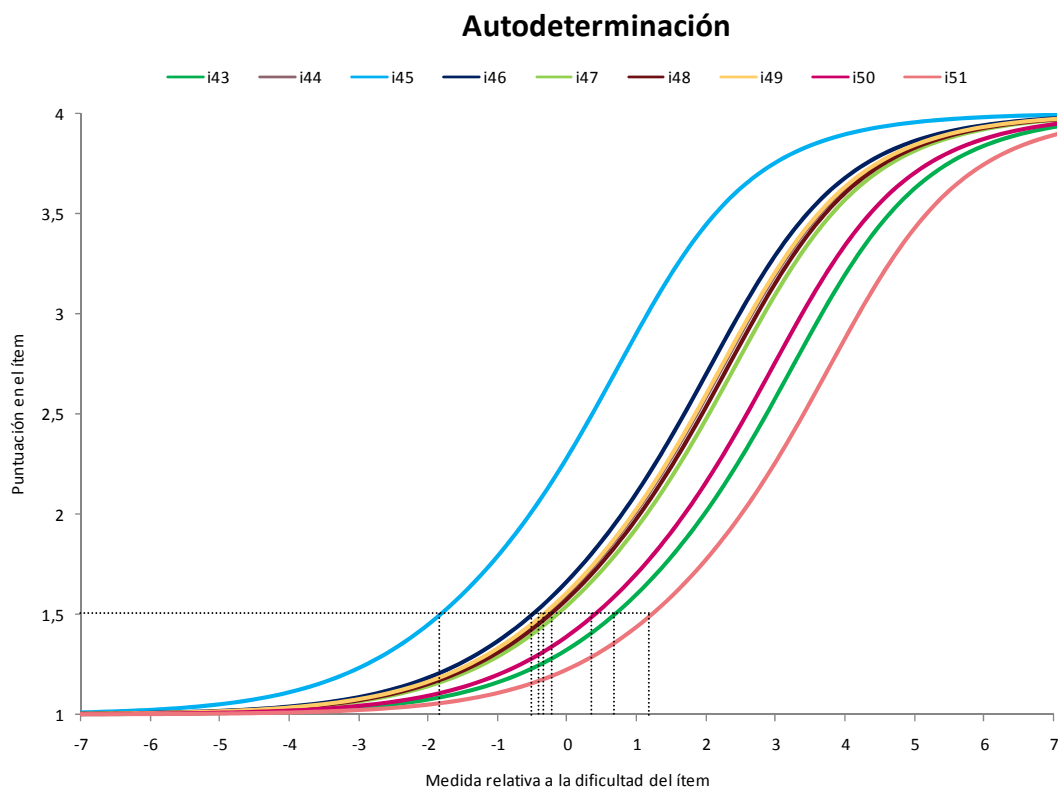


Figura 174. Curvas características de los ítems de Autodeterminación

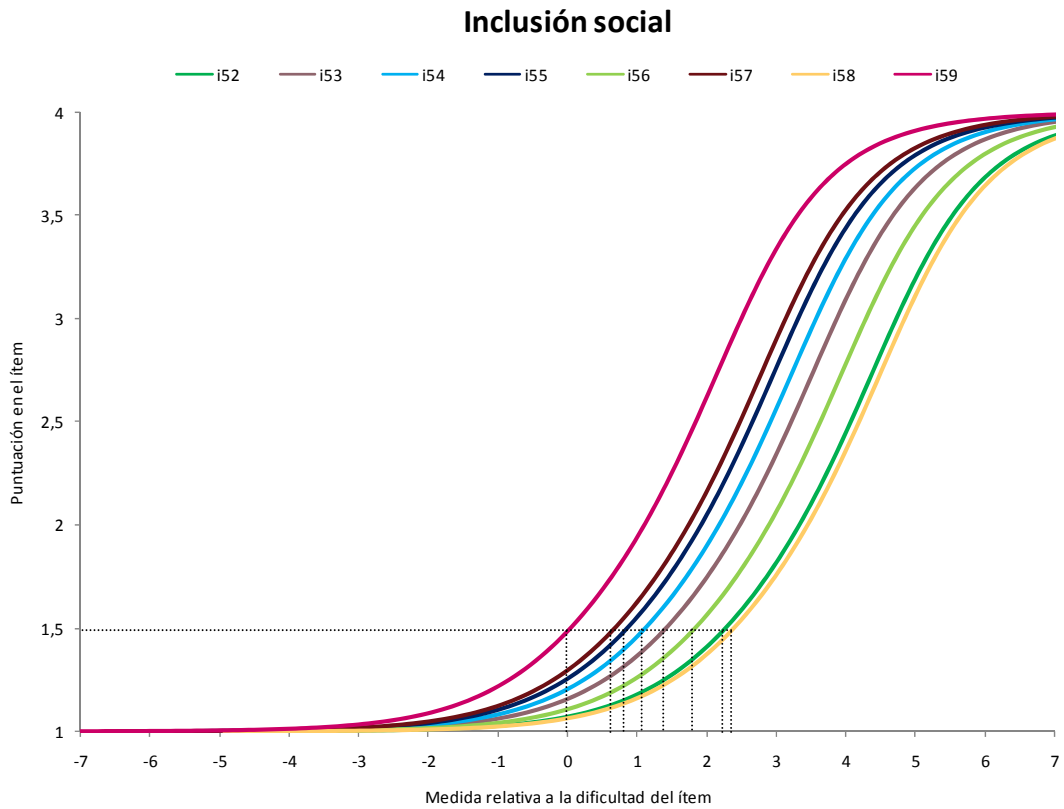


Figura 175. Curvas características de los ítems de Inclusión social

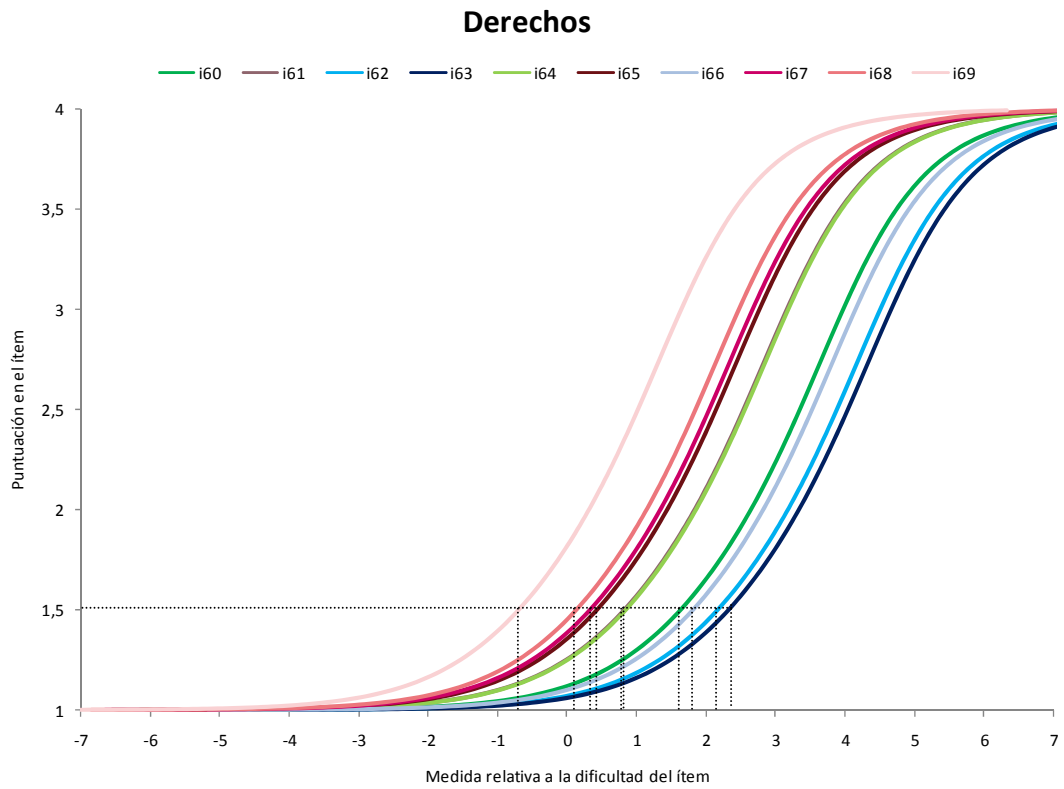


Figura 176. Curvas características de los ítems de Derechos



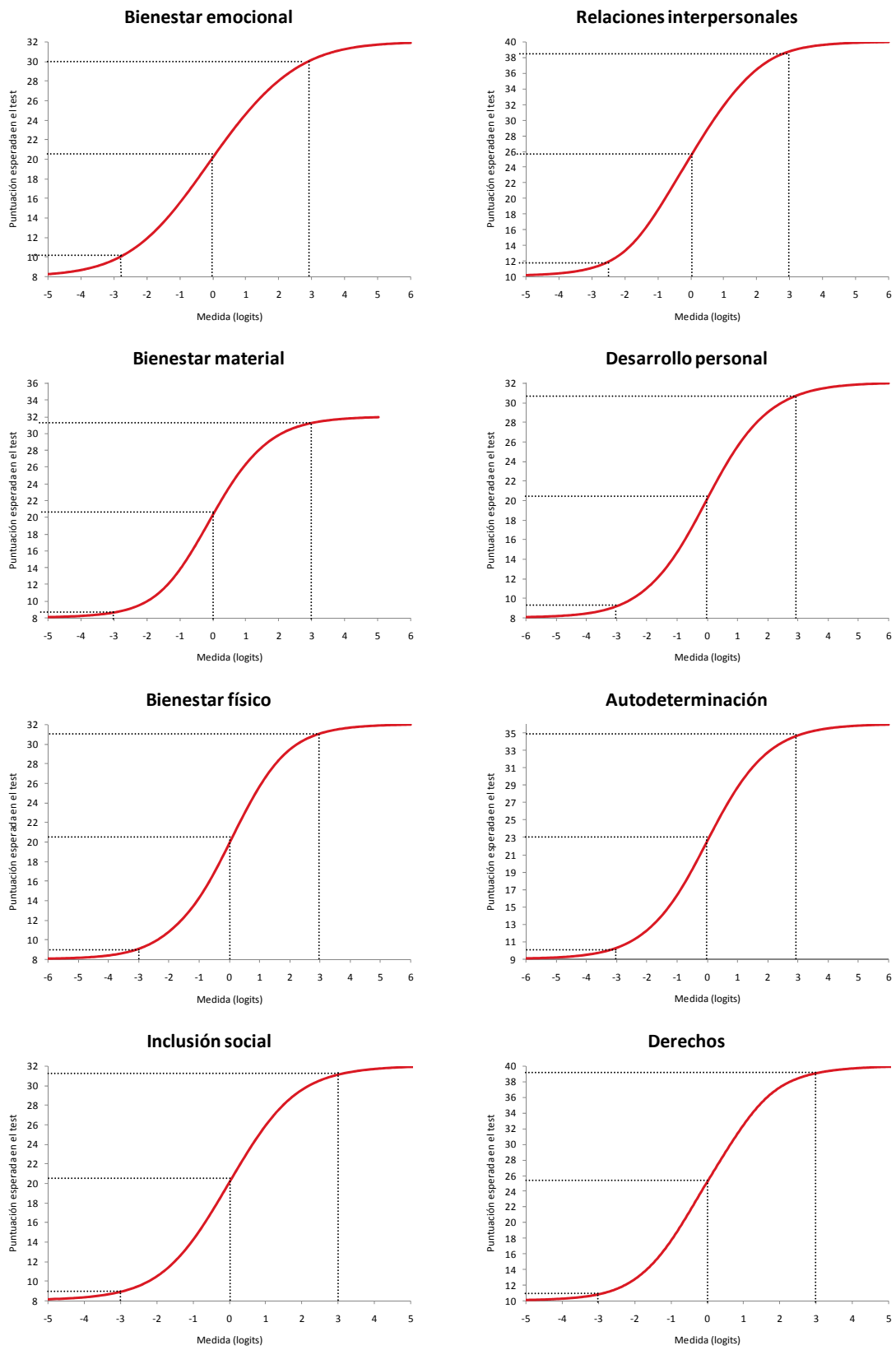


Figura 177. Curvas características de los tests

#### **5. 4. 2. 7. Análisis de la invarianza**

Un paso final en el análisis de la calidad de la medida consiste en comparar las estimaciones en dos o más grupos de interés (e.g., varones frente a mujeres, o grupos diferenciados por cualquier variable sociodemográfica), al objeto de analizar si los ítems tienen significados notoriamente diferentes para los distintos grupos (i.e., si existe funcionamiento diferencial del ítem o DIF). En nuestro caso, dados los resultados obtenidos con la TCT descritos en el capítulo anterior, consideramos relevante el estudio de la invarianza en dos variables concretas: el género (i.e., mujeres y varones;  $n = 1.656$  y  $n = 1.317$ , respectivamente) y el tipo de colectivo (i.e., personas mayores y personas en situación de desventaja social;  $n = 1.619$  y  $n = 1.410$ , respectivamente). Entre éstos, el primer grupo aludiría a aquellos participantes mayores que recibían servicios en residencias y centros de día, mientras el segundo aglutinaba a las personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad física, personas con problemas de salud mental, personas con drogodependencias y personas con VIH o SIDA.

##### **a) Análisis de la invarianza por género**

Con ánimo de estudiar la invarianza de los ítems de la Escala GENCAT entre hombres y mujeres presentamos a continuación para cada una de las ocho subescalas dos figuras y una tabla que nos permitirán extraer más adelante las conclusiones más apropiadas. En las figuras en las que se comprueba la invarianza propiamente dicha comprobaremos que parecen existir algunos ítems que funcionan de forma diferente en mujeres y varones (resultado que entra en conflicto con otros estudios de calidad de vida en los que se defiende que no existen diferencias entre los dos géneros y que podrían llevarnos a considerar un posible sesgo). En tales gráficos, la línea oblicua de puntos representa la relación modelada de Rasch que se requiere para que exista invarianza, mientras las dos líneas exteriores rojas, basadas en los errores típicos, señalan los límites de la invarianza al 95%. Se espera que los ítems que presenten invarianza estén dentro de dichos márgenes de confianza. En consecuencia, 12 de los 69 ítems que conforman la escala parecen no presentar invarianza entre hombres y mujeres: i02 y i07 de Bienestar emocional, i09, i15 y i17 de Relaciones interpersonales, i28 de Desarrollo personal, i38 y i39 de Bienestar físico; i52, i53 y i56 de Inclusión social, y i66 de Derechos (vid., Figuras 178-185). Más adelante ahondamos sobre ello mediante el estudio del funcionamiento diferencial de los ítems (DIF).

Como sabemos, una escala bien construida debe funcionar del mismo modo independientemente del momento de aplicación o del grupo que se evalúe. En este sentido, resulta importante examinar el DIF o funcionamiento diferencial del ítem (que tiene lugar cuando los niveles de dificultad de los ítems varían sistemáticamente con determinadas características de la muestra –e.g., el género–, lo que puede contribuir a la falta de unidimensionalidad). Dicho en otros términos, se constata la presencia de DIF cuando respondientes con niveles similares en  $\theta$  tienen distinta probabilidad de responder a un ítem determinado. Las escalas que contienen ítems con DIF ven reducida su validez de cara a las comparaciones inter-grupo, toda vez que sus puntuaciones están influenciadas por atributos distintos a los que se investigan (Teresi, 2001). En las Tablas 112-119, se muestra el funcionamiento diferencial del ítem ‘pairwise’ atendiendo al género de los usuarios. En estas tablas, se ofrece la probabilidad y el tamaño del DIF. Habitualmente el investigador busca una probabilidad tan pequeña que es muy poco probable que el efecto DIF sea meramente debido al azar, o un tamaño tan grande que el efecto DIF tenga un impacto sustantivo sobre las puntuaciones o medidas del test. Debe ponerse de manifiesto, sin embargo, que las pruebas de significación (e.g., las pruebas DIF) son de dudoso valor en el contexto de los análisis Rasch, debido a que las diferencias pueden ser estadísticamente significativas, pero demasiado pequeñas como para tener un impacto real sobre el significado o el uso práctico de las medidas. En consecuencia, necesitamos tanto una significación estadística como una diferencia sustantiva antes de tomar decisiones al respecto (e.g., eliminación de ítems de la escala). Debemos tomar en consideración asimismo que los resultados DIF están considerablemente influenciados por el tamaño de la muestra.

En las Tablas 112-119 (nótese que cada línea se repite dos veces con los valores de ‘CLASS’ invertidos) la información más importante se muestra en la columna ‘DIF CONTRAST’, que no es sino la diferencia en dificultad de cada ítem en los dos grupos. Su magnitud debería ser de al menos 0,5 logits para considerar el DIF como importante. ‘Prob’ muestra la probabilidad de observar el valor anterior por azar, cuando no existe un sesgo sistemático en el ítem (consideramos, como es habitual, que existe significación en el DIF de un ítem cuando ‘Prob’ < ,05). En las figuras que se presentan más adelante se puede apreciar visualmente qué ítems con DIF han resultado más fáciles y más difíciles para hombres y mujeres en las diferentes subescalas.

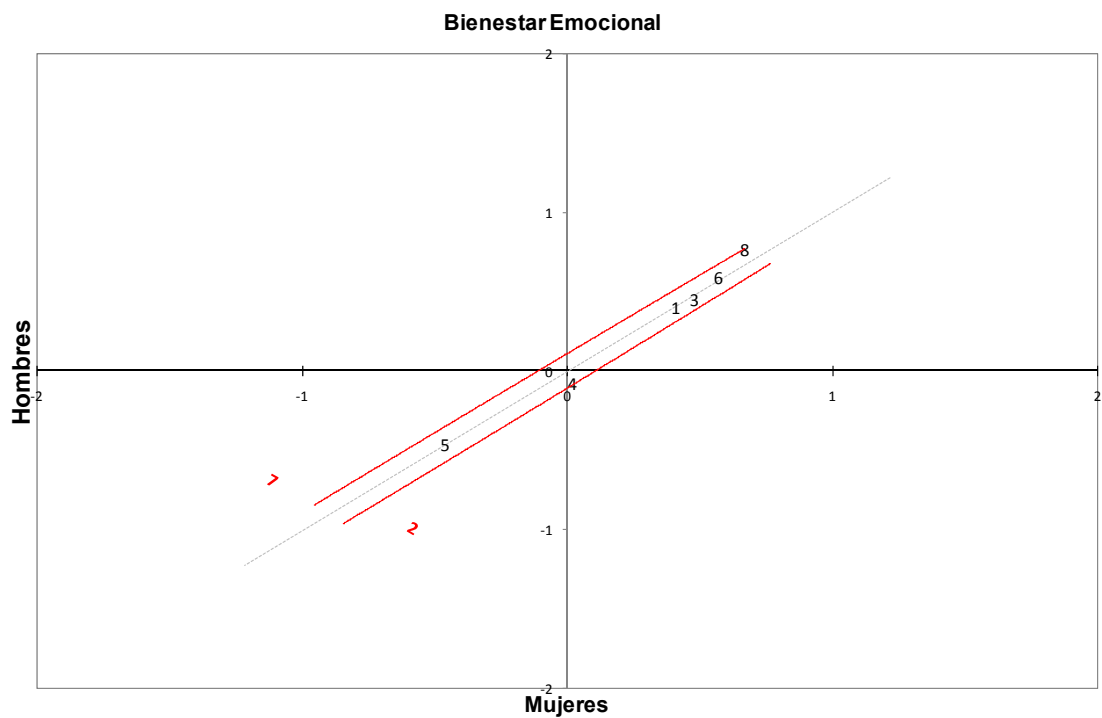


Figura 178. Invarianza por género en Bienestar emocional

En la Figura 178, podemos observar cómo dos de los ocho ítems que conforman la subescala *Bienestar emocional* fuera de los límites de la invarianza a un nivel del 95%: '*Presenta síntomas de depresión*' y '*Tiene problemas de comportamiento*'. Mientras el primero parece más fácil para los hombres, el segundo parece serlo para las mujeres (vid., Figura 179). Aunque tales resultados son coherentes con lo esperado (los síntomas depresivos son más frecuentes en las mujeres y los problemas de comportamiento lo son más en los hombres), el estudio del DIF (Tabla 112) de los ítems revela que tales diferencias no son significativas y que no existe por tanto funcionamiento diferencial de los ítems, puesto que ninguno de los valores de '*DIF CONTRAST*' supera el valor 0,50, si bien su valor es el mayor en comparación con el resto de los ítems y  $p$  es significativo a un nivel de confianza del 95%.

Tabla 112. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en Bienestar emocional

Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
											Prob.	Size	
M	,40	,04	H	,40	,04	,00	,05	,00	INF	1,000	,9169	,00	i01
H	,40	,04	M	,40	,04	,00	,05	,00	INF	1,000	,9169	,00	
M	-,60	,04	H	-,96	,05	,37	,06	6,08	INF	,0000	,0000	,38	i02
H	-,96	,05	M	-,60	,04	-,37	,06	-6,08	INF	,0000	,0000	-,38	
M	,47	,04	H	,44	,04	,04	,05	,67	INF	,5012	,2764	,10	i03
H	,44	,04	M	,47	,04	-,04	,05	-,67	INF	,5012	,2764	-,10	
M	,02	,04	H	-,08	,04	,09	,05	1,71	INF	,0870	,0298	,12	i04
H	-,08	,04	M	,02	,04	-,09	,05	-1,71	INF	,0870	,0298	-,12	
M	-,46	,04	H	-,46	,04	,00	,06	,00	INF	1,000	,7101	-,01	i05
H	-,46	,04	M	-,46	,04	,00	,06	,00	INF	1,000	,7101	,01	
M	,57	,04	H	,57	,04	,00	,05	,00	INF	1,000	,4513	-,05	i06
H	,57	,04	M	,57	,04	,00	,05	,00	INF	1,000	,4513	,05	
M	-1,12	,04	H	-,67	,04	-,46	,06	-7,50	INF	,0000	,0000	-,32	i07
H	-,67	,04	M	-1,12	,04	,46	,06	7,50	INF	,0000	,0000	,32	
M	,67	,03	H	,75	,04	-,08	,05	-1,50	INF	,1337	,2265	-,06	i08
H	,75	,04	M	,67	,03	,08	,05	1,50	INF	,1337	,2265	,06	

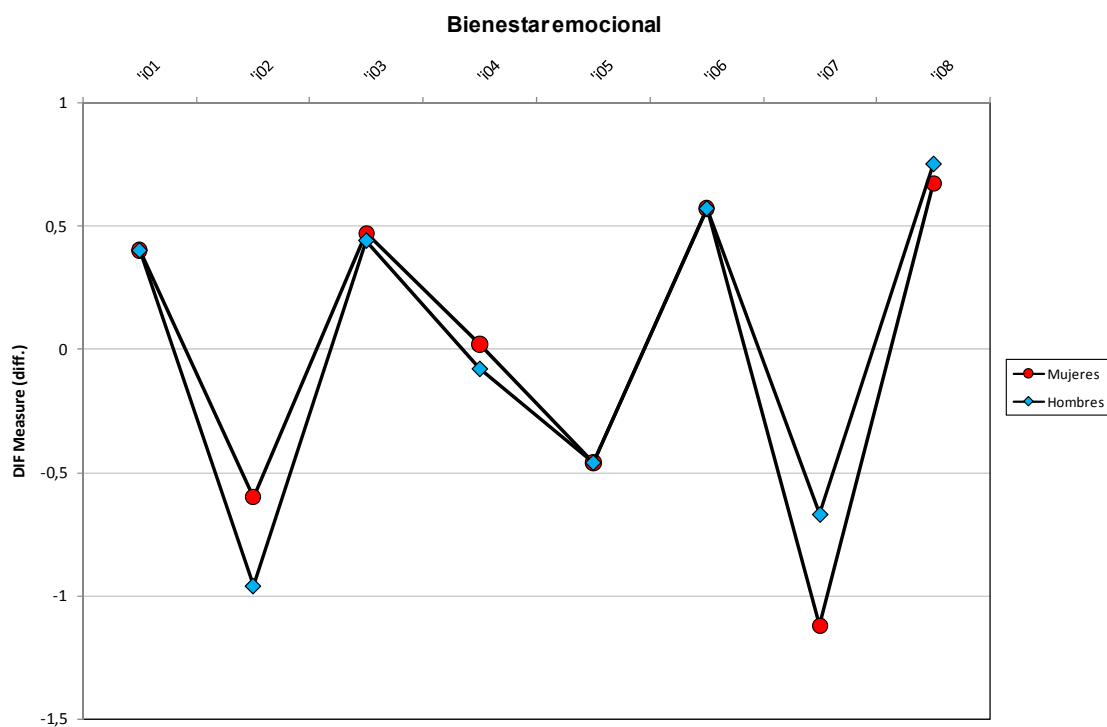


Figura 179. Valores DIF por género en Bienestar emocional

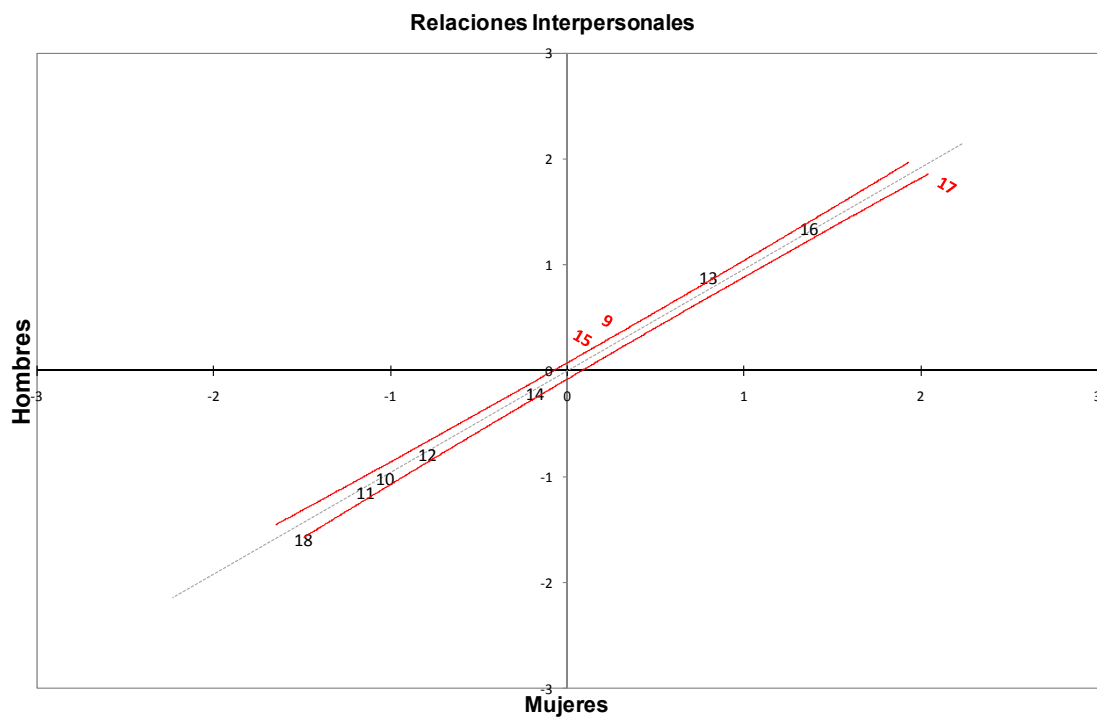


Figura 180. Invarianza por género en Relaciones interpersonales

Algo similar a lo que ocurría en la dimensión anterior encontramos en el análisis de la invarianza de los ítems de *Relaciones interpersonales*. Como se observa en la Figura 180, tres son los ítems que caen fuera de los límites de la invarianza: ‘Realiza actividades que le gustan con otras personas’ (i09), ‘Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo’ (i15) y ‘La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya’ (i17). Mientras los dos últimos parecen ser más fáciles para los hombres, el primero lo es para las mujeres, si bien las diferencias entre ambos no son muy marcadas (Figura 181). De hecho, el análisis del DIF revela que no existe un comportamiento diferencial de tales ítems para varones y mujeres (Tabla 113).

Tabla 113. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en Relaciones interpersonales

Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
											Prob.	Size	
M	,25	,03	H	,44	,03	-,19	,04	-4,87	INF	,0000	,0000	-,22	i09
H	,44	,03	M	,25	,03	,19	,04	4,87	INF	,0000	,0000	,22	
M	-1,03	,04	H	-1,03	,04	,00	,06	,00	INF	1,000	,7571	,06	i10
H	-1,03	,04	M	-1,03	,04	,00	,06	,00	INF	1,000	,7571	-,06	
M	-1,12	,04	H	-1,14	,04	,03	,06	,42	INF	,6726	,5073	,07	i11
H	-1,14	,04	M	-1,12	,04	-,03	,06	-,42	INF	,6726	,5073	-,07	
M	-,79	,03	H	-,79	,04	,00	,05	,00	INF	1,000	,4306	-,02	i12
H	-,79	,04	M	-,79	,03	,00	,05	,00	INF	1,000	,4306	,02	
M	,83	,03	H	,85	,03	-,02	,04	-,57	INF	,5708	,4686	,00	i13
H	,85	,03	M	,83	,03	,02	,04	,57	INF	,5708	,4686	,00	
M	-,16	,03	H	-,23	,03	,07	,04	1,69	INF	,0906	,0494	,09	i14
H	-,23	,03	M	-,16	,03	-,07	,04	-1,69	INF	,0906	,0494	-,09	
M	,11	,03	H	,29	,03	-,18	,04	-4,51	INF	,0000	,0000	-,26	i15
H	,29	,03	M	,11	,03	,18	,04	4,51	INF	,0000	,0000	,26	
M	1,39	,03	H	1,32	,03	,07	,04	1,51	INF	,1307	,3360	,02	i16
H	1,32	,03	M	1,39	,03	-,07	,04	-1,51	INF	,1307	,3360	-,02	
M	2,16	,04	H	1,71	,04	,46	,06	8,27	INF	,0000	,0000	,50	i17
H	1,71	,04	M	2,16	,04	-,46	,06	-8,27	INF	,0000	,0000	-,50	
M	-1,47	,05	H	-1,59	,05	,11	,07	1,55	INF	,1202	,3800	,11	i18
H	-1,59	,05	M	-1,47	,05	-,11	,07	-1,55	INF	,1202	,3800	-,11	
M	,25	,03	H	,44	,03	-,19	,04	-4,87	INF	,0000	,0000	-,22	i09
H	,44	,03	M	,25	,03	,19	,04	4,87	INF	,0000	,0000	,22	

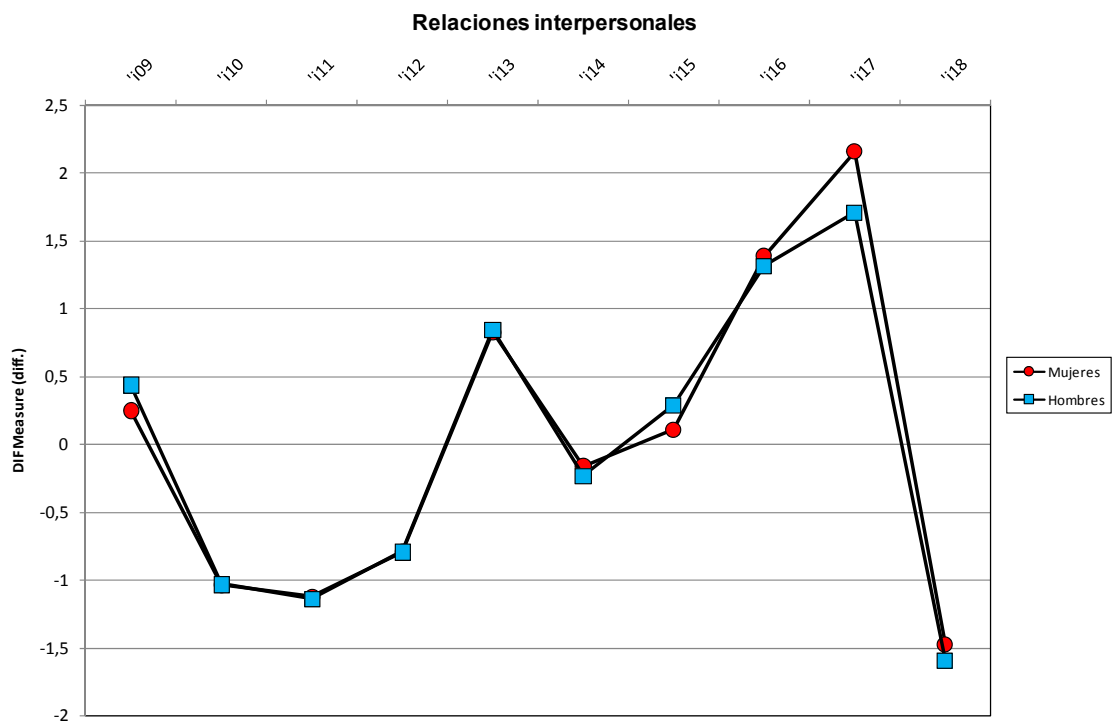


Figura 181. Valores DIF por género en Relaciones interpersonales

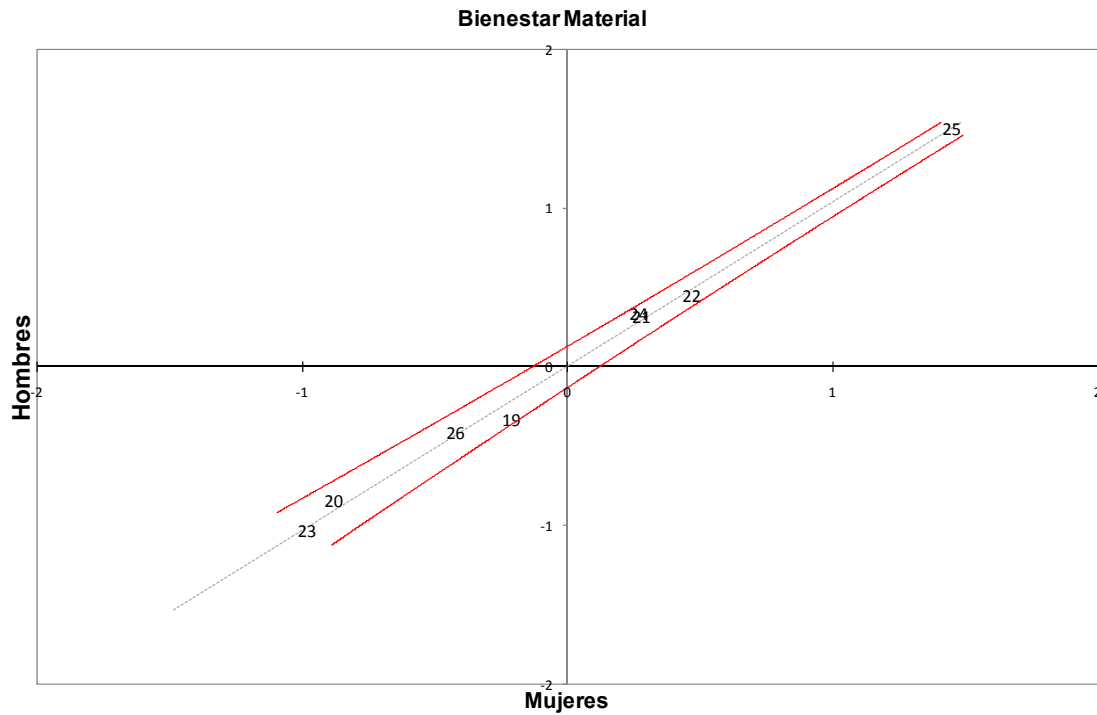


Figura 182. Invarianza por género en Bienestar material

En *Bienestar material*, en cambio, el análisis de la invarianza de los ítems no dio lugar a ningún ítem ubicado fuera de los límites de confianza (Figura 182). En la Figura 183 puede comprobarse también las mínimas diferencias arrojadas por los ítems entre hombres y mujeres que, en la mayor parte de los ítems, alcanzan valores tan similares que los puntos se solapan. El estudio del funcionamiento diferencial de los ítems (Tabla 114), confirma estos resultados con valores ‘*DIF CONTRAST*’ por debajo de 0,50 y  $p > ,05$ .



Tabla 114. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en Bienestar material

Person Class	DIF		Person Class	DIF		DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
	Meas.	S.E.		Meas.	S.E.						Prob.	Size	
M	-,21	,05	H	-,32	,06	,11	,07	1,49	INF	,1353	,1940	,20	i19
H	-,32	,06	M	-,21	,05	-,11	,07	-1,49	INF	,1353	,1940	-,20	
M	-,88	,07	H	-,82	,07	-,06	,10	-,62	INF	,5335	,6260	-,10	i20
H	-,82	,07	M	-,88	,07	,06	,10	,62	INF	,5335	,6260	,10	
M	,29	,04	H	,32	,04	-,03	,06	-,45	INF	,6562	,4596	-,11	i21
H	,32	,04	M	,29	,04	,03	,06	,45	INF	,6562	,4596	,11	
M	,46	,04	H	,46	,04	,00	,05	,00	INF	1,000	,7381	,01	i22
H	,46	,04	M	,46	,04	,00	,05	,00	INF	1,000	,7381	-,01	
M	-,98	,07	H	-1,01	,08	,02	,11	,22	INF	,8253	,3883	,00	i23
H	-1,01	,08	M	-,98	,07	-,02	,11	-,22	INF	,8253	,3883	,00	
M	,30	,04	H	,34	,04	-,05	,06	-,78	INF	,4325	,2432	-,02	i24
H	,34	,04	M	,30	,04	,05	,06	,78	INF	,4325	,2432	,02	
M	1,47	,03	H	1,47	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,8481	-,01	i25
H	1,47	,03	M	1,47	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,8481	,01	
M	-,41	,05	H	-,41	,06	,00	,08	,00	INF	1,000	,8743	-,11	i26
H	-,41	,06	M	-,41	,05	,00	,08	,00	INF	1,000	,8743	,11	

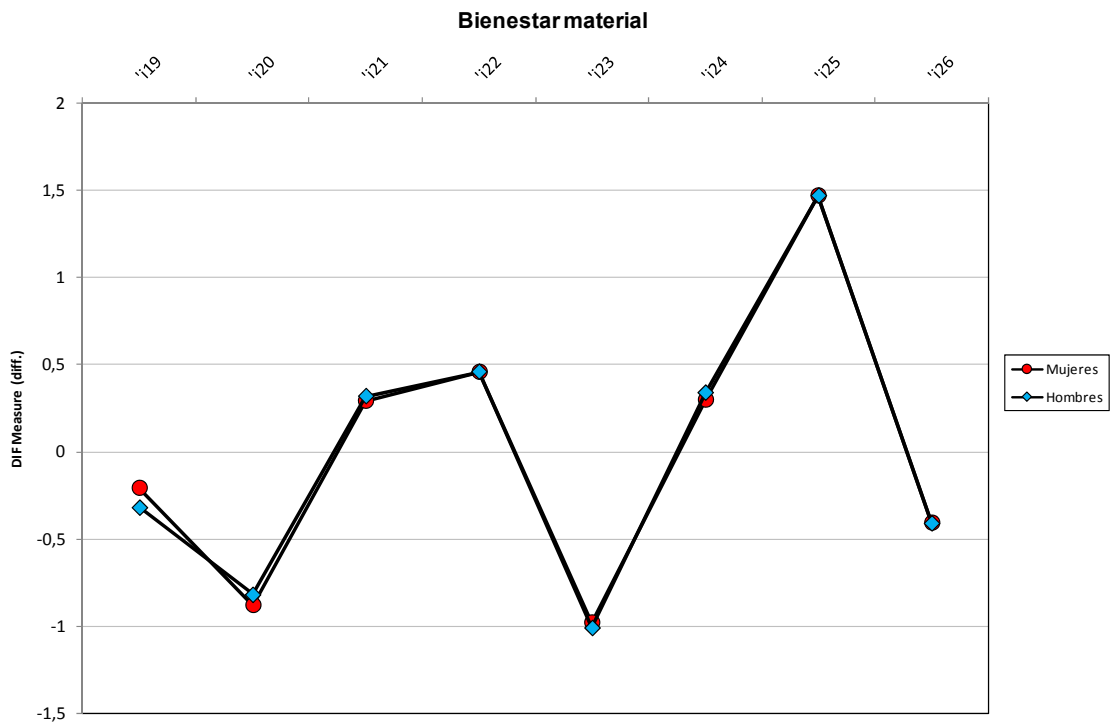


Figura 183. Valores DIF por género en Bienestar material

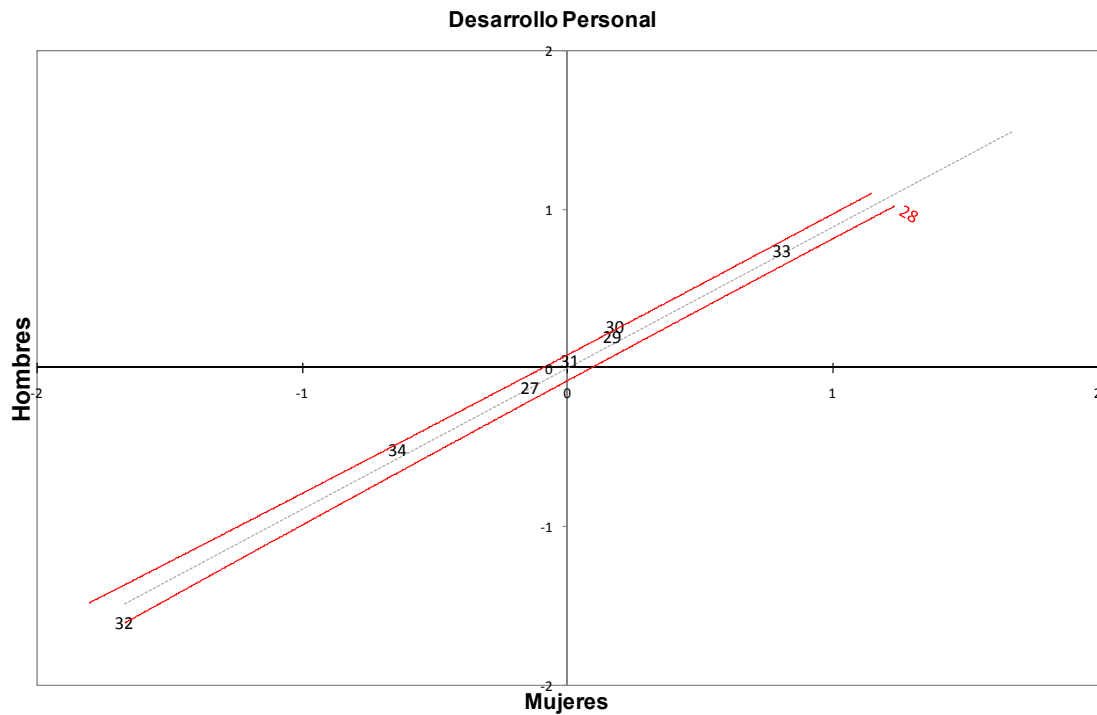


Figura 184. Invarianza por género en Desarrollo personal

En la subescala *Desarrollo personal*, como se aprecia en la Figura 184, aparece claramente fuera del intervalo de covarianza de la invarianza un ítem: ‘*Tiene acceso a nuevas tecnologías (internet, teléfono móvil, etc.)*’ (i28). La representación gráfica proporcionada en la Figura 185 pone de relieve que este ítem resulta más difícil para las mujeres que para los varones. No obstante, el estudio del DIF (Tabla 115) no confirma que exista funcionamiento diferencial en ninguno de los ítems de esta subescala, si bien es cierto que aunque  $p$  es menor que ,05, el valor de ‘DIF CONTRAST’ no supera el umbral considerado como adecuado para que tales diferencias sean consideradas como substanciales.

Tabla 115. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en Desarrollo personal

Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
											Prob.	Size	
M	-,13	,03	H	-,13	,03	,00	,05	,00	INF	1,000	,7393	-,02	i27
H	-,13	,03	M	-,13	,03	,00	,05	,00	INF	1,000	,7393	,02	
M	1,28	,03	H	,97	,03	,31	,05	6,48	INF	,0000	,0000	,23	i28
H	,97	,03	M	1,28	,03	-,31	,05	-6,48	INF	,0000	,0000	-,23	
M	,18	,03	H	,18	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,2754	-,05	i29
H	,18	,03	M	,18	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,2754	,05	
M	,18	,03	H	,27	,03	-,09	,04	-2,00	INF	,0457	,0233	-,07	i30
H	,27	,03	M	,18	,03	,09	,04	2,00	INF	,0457	,0233	,07	
M	,03	,03	H	,05	,03	-,02	,05	-,53	INF	,5943	,0485	-,10	i31
H	,05	,03	M	,03	,03	,02	,05	,53	INF	,5943	,0485	,10	
M	-1,65	,04	H	-1,59	,05	-,06	,06	-,96	INF	,3348	,9687	-,04	i32
H	-1,59	,05	M	-1,65	,04	,06	,06	,96	INF	,3348	,9687	,04	
M	,80	,03	H	,74	,03	,05	,05	1,16	INF	,2458	,2924	,00	i33
H	,74	,03	M	,80	,03	-,05	,05	-1,16	INF	,2458	,2924	,00	
M	-,63	,03	H	-,50	,04	-,13	,05	-2,56	INF	,0104	,0130	-,07	i34
H	-,50	,04	M	-,63	,03	,13	,05	2,56	INF	,0104	,0130	,07	

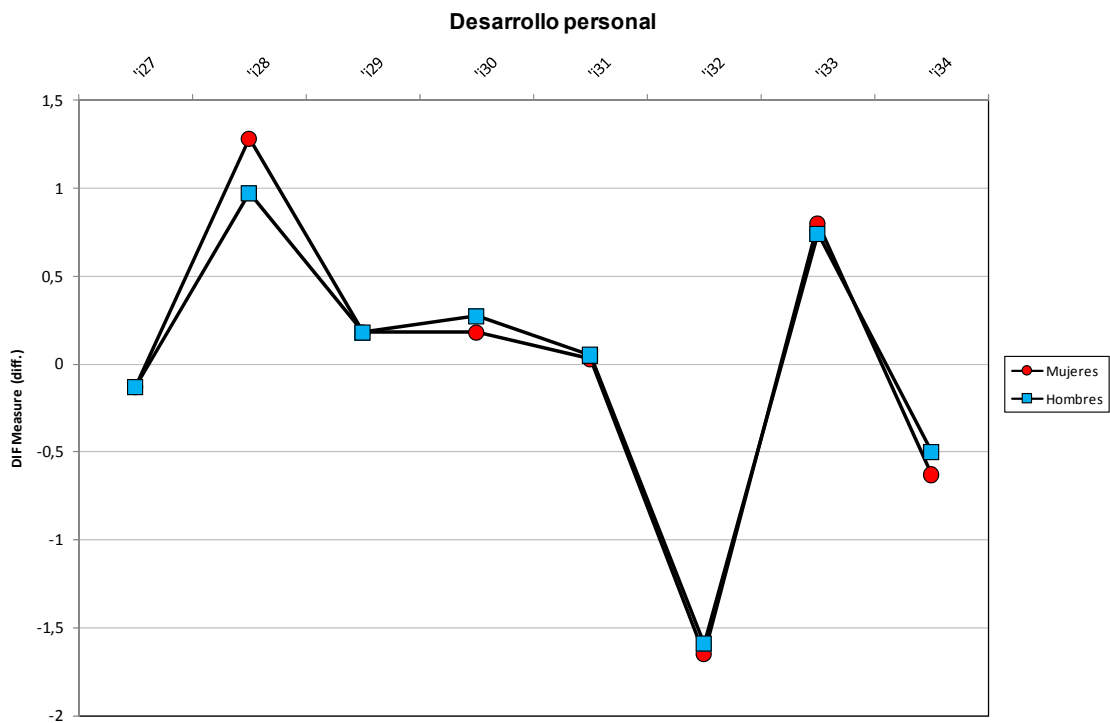


Figura 185. Valores DIF por género en Desarrollo personal

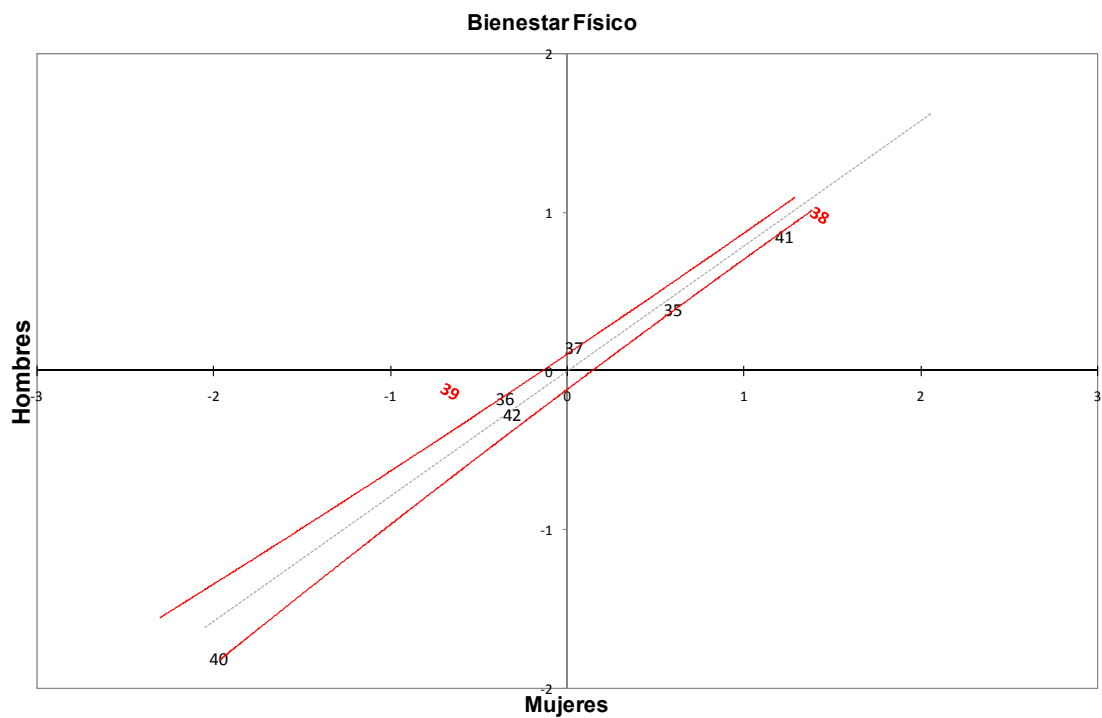


Figura 186. Invarianza por género en Bienestar físico

La Figura 186 revela la no invarianza en dos de los ítems de *Bienestar físico*: ‘*Su estado de salud le permite llevar una actividad normal*’ (i38) y ‘*Tiene un buen aseo personal*’ (i39). La Figura 187, además, pone de manifiesto que las diferencias en ambos ítems se dan en la siguiente dirección: en el primer ítem las mujeres obtienen peores puntuaciones y en el segundo son los hombres los que obtienen puntuaciones inferiores. Ahondando en tales resultados (Tabla 116), realizamos el estudio del DIF de los ocho ítems que componen la subescala y observamos que tan solo existe funcionamiento diferencial en el ítem 39 (‘*Tiene un buen aseo personal*’) y no en el i38 (‘*Su estado de salud le permite llevar una actividad normal*’). No obstante, atendiendo al contenido del ítem, no podemos asumir que se trate de un ítem sesgado que favorezca a un género u otro.

Tabla 116. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en Bienestar físico

Person Class	DIF		Person Class	DIF		DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
	Meas.	S.E.		Meas.	S.E.						Prob.	Size	
M	,53	,03	H	,45	,04	,08	,05	1,63	INF	,1024	,0704	,16	i35
H	,45	,04	M	,53	,03	-,08	,05	-1,63	INF	,1024	,0704	-,16	
M	-,38	,05	H	-,12	,05	-,26	,07	-4,01	INF	,0001	,0005	-,22	i36
H	-,12	,05	M	-,38	,05	,26	,07	4,01	INF	,0001	,0005	,22	
M	,00	,04	H	,20	,04	-,21	,06	-3,65	INF	,0003	,0002	-,25	i37
H	,20	,04	M	,00	,04	,21	,06	3,65	INF	,0003	,0002	,25	
M	1,32	,03	H	1,05	,03	,27	,04	6,13	INF	,0000	,0000	,31	i38
H	1,05	,03	M	1,32	,03	-,27	,04	-6,13	INF	,0000	,0000	-,31	
M	-,68	,05	H	-,08	,05	-,60	,07	-8,70	INF	,0000	,0000	-,67	i39
H	-,08	,05	M	-,68	,05	,60	,07	8,70	INF	,0000	,0000	,67	
M	-1,96	,10	H	-1,79	,11	-,17	,14	-1,18	INF	,2377	,3464	-,21	i40
H	-1,79	,11	M	-1,96	,10	,17	,14	1,18	INF	,2377	,3464	,21	
M	1,13	,03	H	,92	,03	,21	,04	4,78	INF	,0000	,0000	,33	i41
H	,92	,03	M	1,13	,03	-,21	,04	-4,78	INF	,0000	,0000	-,33	
M	-,34	,04	H	-,22	,05	-,12	,07	-1,78	INF	,0744	,1372	-,11	i42
H	-,22	,05	M	-,34	,04	,12	,07	1,78	INF	,0744	,1372	,11	

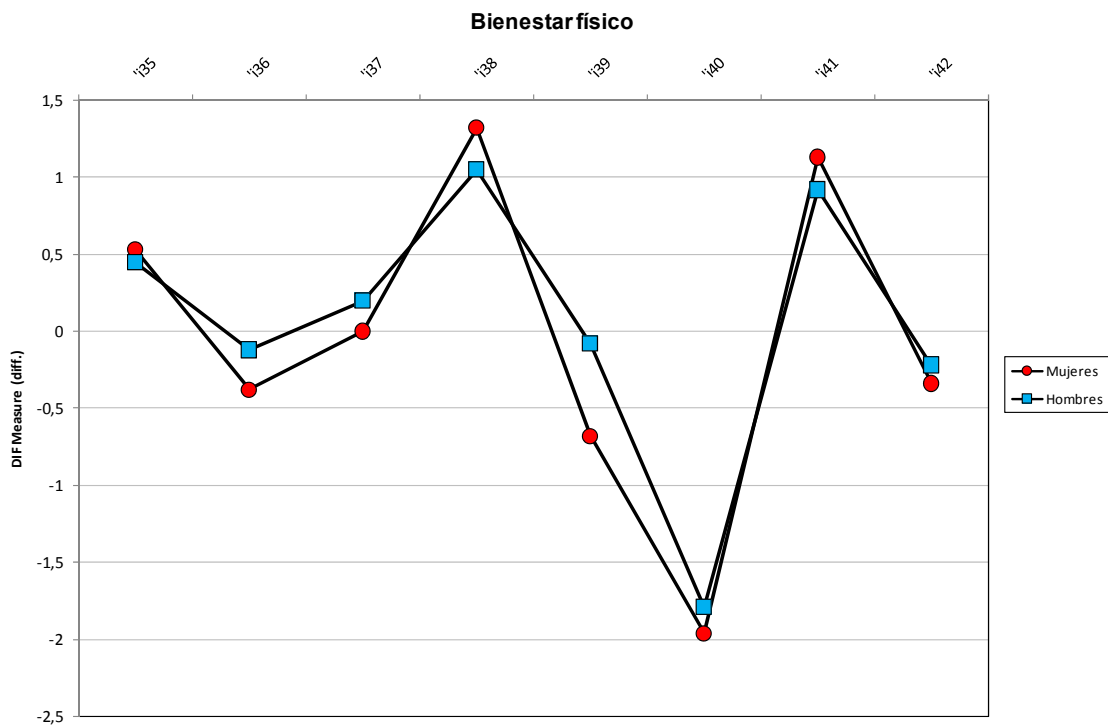


Figura 187. Valores DIF por género en Bienestar físico

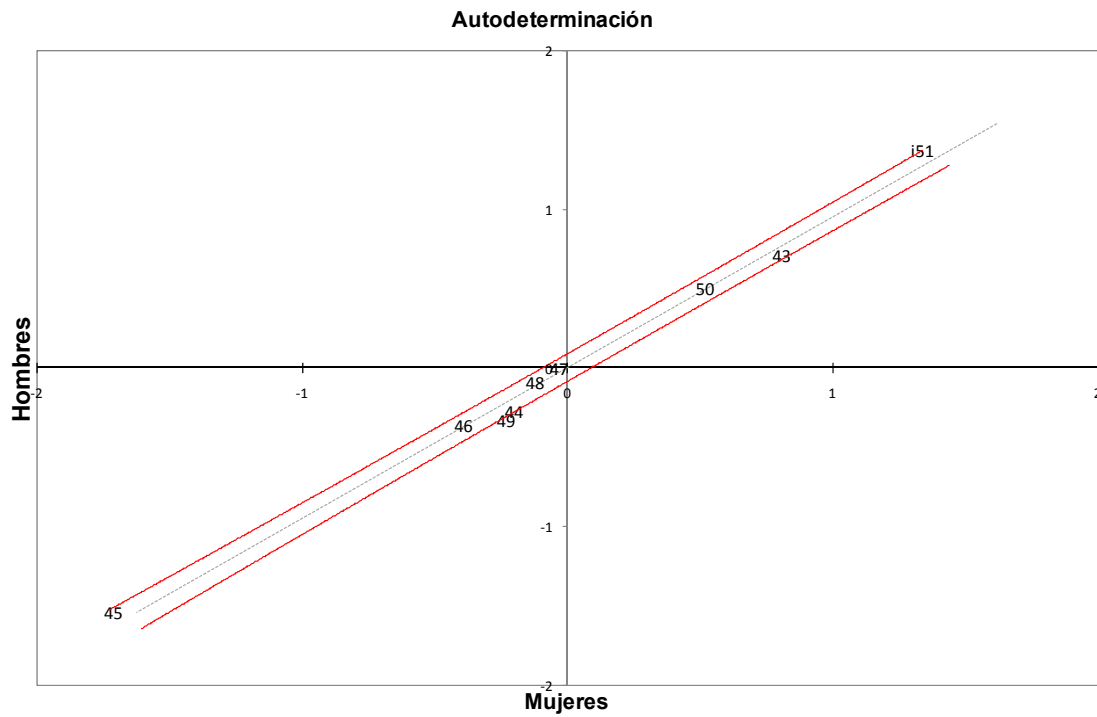


Figura 188. Invarianza por género en Autodeterminación

En la subescala *Autodeterminación*, la Figura 188 muestra que existe invarianza para los nueve ítems que la conforman. Tales resultados se amplían en la Figura 189 y se confirman en la Tabla 117. De tal modo, que podemos concluir que no existe funcionamiento diferencial de los ítems de esta dimensión.

Tabla 117. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en Autodeterminación

Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
											Prob.	Size	
M	,88	,03	H	,72	,04	,16	,05	3,35	INF	,0008	,0000	,21	i43
H	,72	,04	M	,88	,03	-,16	,05	-3,35	INF	,0008	,0000	-,21	
M	-,17	,03	H	-,26	,04	,09	,05	1,87	INF	,0614	,0396	,11	i44
H	-,26	,04	M	-,17	,03	-,09	,05	-1,87	INF	,0614	,0396	-,11	
M	-1,85	,04	H	-1,53	,05	-,32	,06	-5,13	INF	,0000	,0230	-,18	i45
H	-1,53	,05	M	-1,85	,04	,32	,06	5,13	INF	,0000	,0230	,18	
M	-,41	,03	H	-,35	,04	-,07	,05	-1,34	INF	,1812	,1399	-,06	i46
H	-,35	,04	M	-,41	,03	,07	,05	1,34	INF	,1812	,1399	,06	
M	-,05	,03	H	,01	,04	-,06	,05	-1,27	INF	,2025	,0238	-,09	i47
H	,01	,04	M	-,05	,03	,06	,05	1,27	INF	,2025	,0238	,09	
M	-,15	,03	H	-,08	,04	-,07	,05	-1,38	INF	,1686	,0257	-,10	i48
H	-,08	,04	M	-,15	,03	,07	,05	1,38	INF	,1686	,0257	,10	
M	-,16	,03	H	-,31	,04	,16	,05	3,15	INF	,0017	,0188	,08	i49
H	-,31	,04	M	-,16	,03	-,16	,05	-3,15	INF	,0017	,0188	-,08	
M	,52	,03	H	,52	,04	,00	,05	,00	INF	1,000	,6965	-,01	i50
H	,52	,04	M	,52	,03	,00	,05	,00	INF	1,000	,6965	,01	
M	1,32	,03	H	1,37	,04	-,06	,05	-1,07	INF	,2854	,2651	-,04	i51
H	1,37	,04	M	1,32	,03	,06	,05	1,07	INF	,2854	,2651	,04	

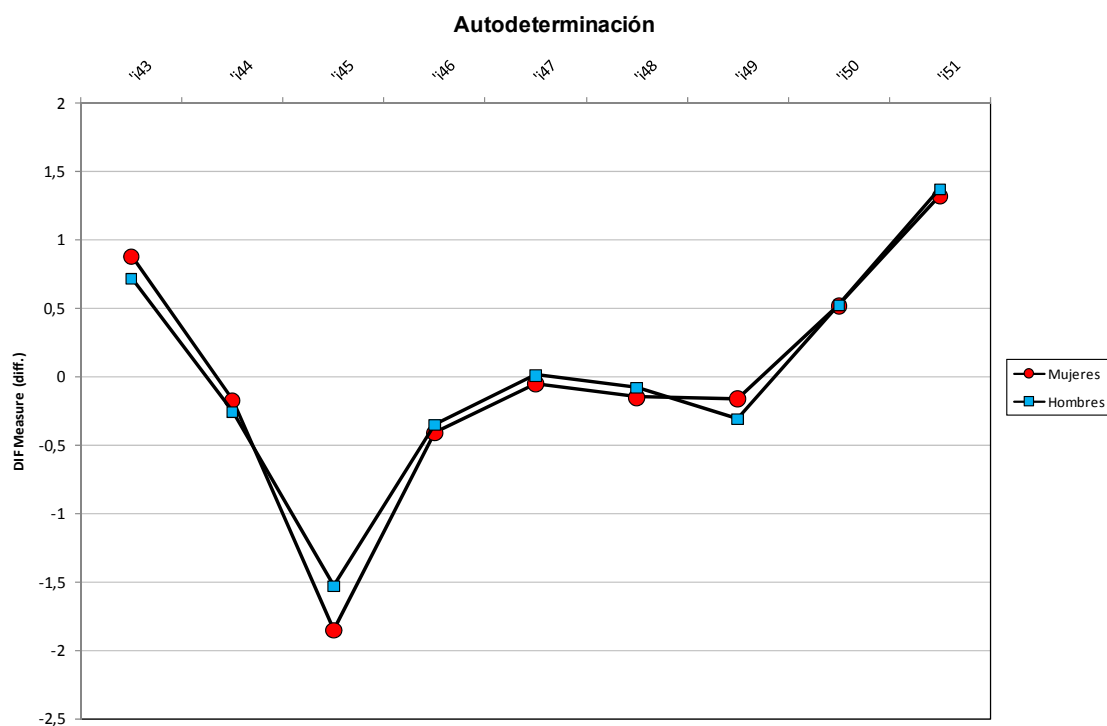


Figura 189. Valores DIF por género en Autodeterminación

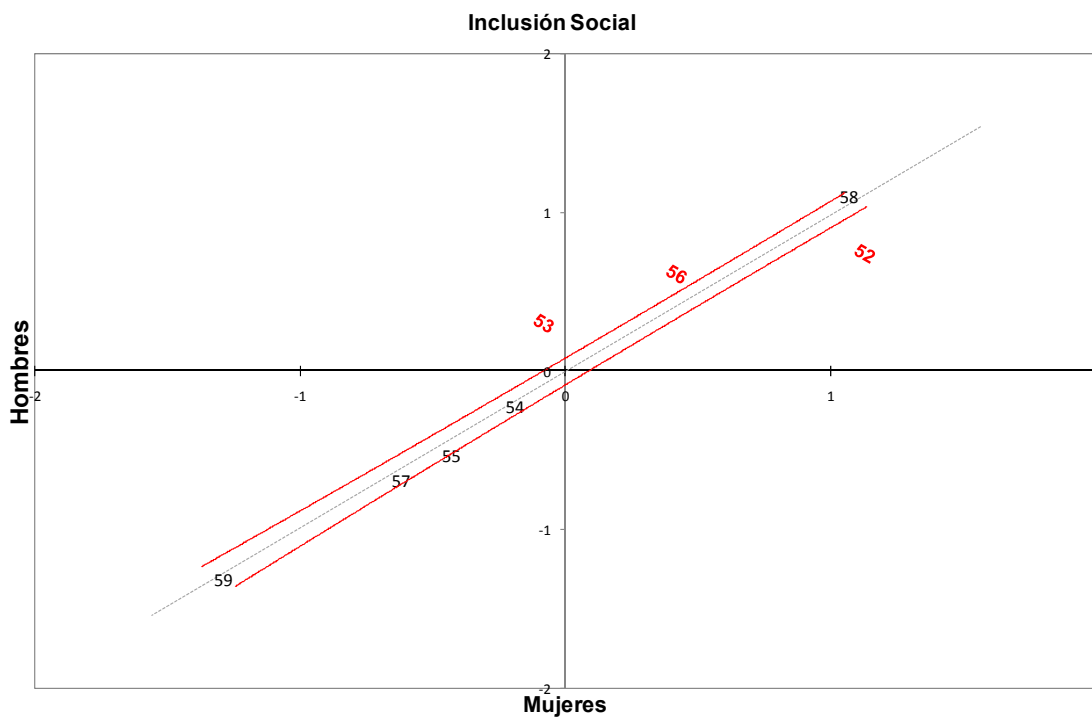


Figura 190. Invarianza por género en Inclusión social

En *Inclusión social*, la Figura 190 pone de manifiesto que no existe invarianza entre hombres y mujeres en tres de los ocho ítems que forman la subescala: ‘*Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...)*’ (i52), ‘*Su familia le apoya cuando lo necesita*’ (i53) y ‘*Sus amigos le apoyan cuando lo necesita*’ (i56). En la Figura 191 podemos observar que el primero es más difícil para las mujeres, mientras el segundo y el tercero lo son para los hombres. La Tabla 118, sin embargo, constata que no existe funcionamiento diferencial en ninguno de los ítems a pesar de la significación de los contrastes:  $p < ,05$  pero ‘*DIF CONTRAST*’ = |,42|; ‘*DIF CONTRAST*’ = |,37| y ‘*DIF CONTRAST*’ = |,16|, respectivamente.



Tabla 118. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en Inclusión social

Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
											Prob.	Size	
M	1,14	,03	H	,72	,03	,42	,04	9,99	INF	,0000	,0000	,37	i52
H	,72	,03	M	1,14	,03	-,42	,04	-9,99	INF	,0000	,0000	-,37	
M	-,08	,03	H	,29	,03	-,37	,04	-8,92	INF	,0000	,0000	-,32	i53
H	,29	,03	M	-,08	,03	,37	,04	8,92	INF	,0000	,0000	,32	
M	-,21	,03	H	-,21	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,5754	,01	i54
H	-,21	,03	M	-,21	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,5754	-,01	
M	-,43	,03	H	-,51	,04	,08	,05	1,76	INF	,0786	,0651	,06	i55
H	-,51	,04	M	-,43	,03	-,08	,05	-1,76	INF	,0786	,0651	-,06	
M	,43	,03	H	,59	,03	-,16	,04	-3,97	INF	,0001	,0000	-,24	i56
H	,59	,03	M	,43	,03	,16	,04	3,97	INF	,0001	,0000	,24	
M	-,63	,03	H	-,67	,04	,05	,05	,99	INF	,3210	,3297	,07	i57
H	-,67	,04	M	-,63	,03	-,05	,05	-,99	INF	,3210	,3297	-,07	
M	1,07	,03	H	1,07	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,8053	,05	i58
H	1,07	,03	M	1,07	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,8053	-,05	
M	-1,28	,04	H	-1,28	,05	,00	,06	,00	INF	1,000	,7928	-,04	i59
H	-1,28	,05	M	-1,28	,04	,00	,06	,00	INF	1,000	,7928	,04	

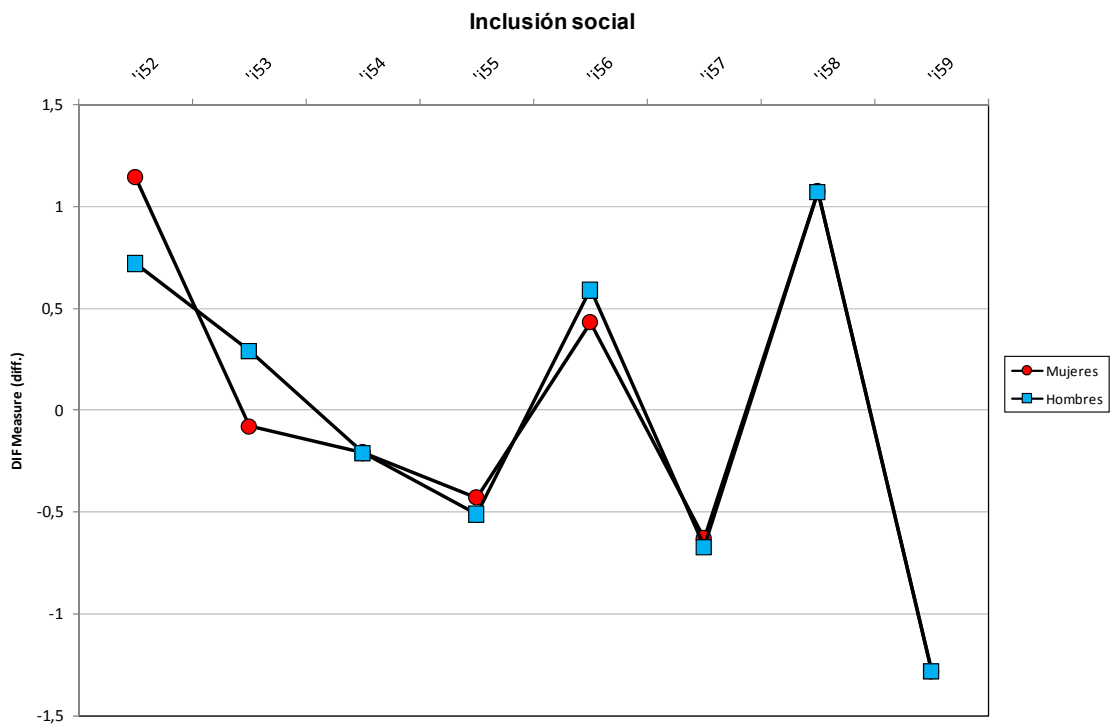


Figura 191. Valores DIF por género en Inclusión social

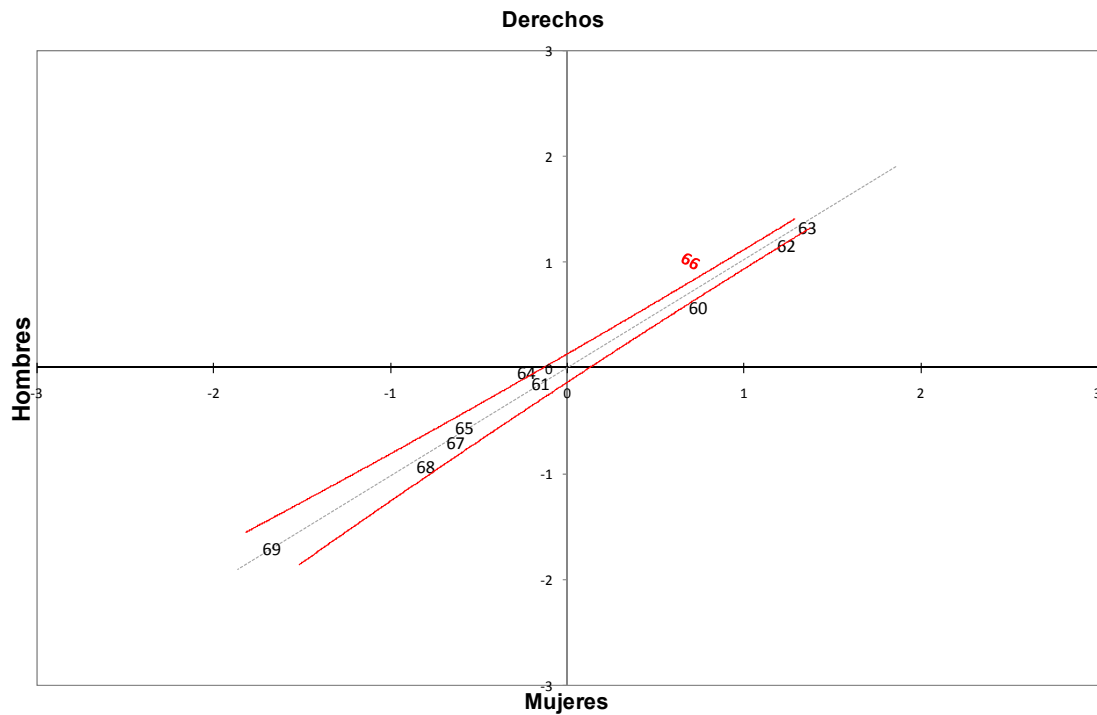


Figura 192. Invarianza por género en Derechos

Finalmente, en la dimensión *Derechos*, observamos en la Figura 192 la no invarianza entre hombres y mujeres en uno de los 10 ítems que componen la subescala: ‘*Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.)*’ (i66). La Figura 193, por su parte, pone de manifiesto que este ítem resulta más difícil para los hombres (i.e., obtienen puntuaciones significativamente inferiores que las mujeres con el mismo nivel de aptitud o habilidad). No obstante la Tabla 119, confirma que no existe funcionamiento diferencial de los ítems en ningún caso (*‘DIF CONTRAST’* < 0,50 a pesar de que  $p < ,05$ ).

Tabla 119. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por género en Derechos

Person Class	DIF	DIF	Person Class	DIF	DIF	DIF	JOINT	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
	Meas.	S.E.		Meas.	S.E.	Contrast	S.E.				Prob.	Size	
M	,74	,03	H	,56	,04	,18	,05	3,47	INF	,0005	,0007	,20	i60
H	,56	,04	M	,74	,03	-,18	,05	-3,47	INF	,0005	,0007	-,20	
M	-,15	,05	V	-,15	,05	,00	,07	,00	INF	1,000	,7342	-,05	i61
H	-,15	,05	M	-,15	,05	,00	,07	,00	INF	1,000	,7342	,05	
M	1,23	,03	V	1,15	,03	,09	,05	1,90	INF	,0579	,0295	,10	i62
H	1,15	,03	M	1,23	,03	-,09	,05	-1,90	INF	,0579	,0295	-,10	
M	1,34	,03	V	1,34	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,5759	,04	i63
H	1,34	,03	M	1,34	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,5759	-,04	
M	-,21	,05	V	-,05	,05	-,16	,07	-2,35	INF	,0189	,0064	-,30	i64
H	-,05	,05	M	-,21	,05	,16	,07	2,35	INF	,0189	,0064	,30	
M	-,56	,06	V	-,56	,07	,00	,09	,00	INF	1,000	,9261	,04	i65
H	-,56	,07	M	-,56	,06	,00	,09	,00	INF	1,000	,9261	-,04	
M	,70	,03	V	1,00	,04	-,30	,05	-6,11	INF	,0000	,0000	-,19	i66
H	1,00	,04	M	,70	,03	,30	,05	6,11	INF	,0000	,0000	,19	
M	-,61	,06	V	-,71	,07	,10	,09	1,13	INF	,2600	,2458	,20	i67
H	-,71	,07	M	-,61	,06	-,10	,09	-1,13	INF	,2600	,2458	-,20	
M	-,78	,07	V	-,94	,08	,16	,10	1,60	INF	,1104	,1031	,29	i68
H	-,94	,08	M	-,78	,07	-,16	,10	-1,60	INF	,1104	,1031	-,29	
M	-1,64	,10	V	-1,72	,12	,08	,16	,51	INF	,6076	,9364	,37	i69
H	-1,72	,12	M	-1,64	,10	-,08	,16	-,51	INF	,6076	,9364	-,37	

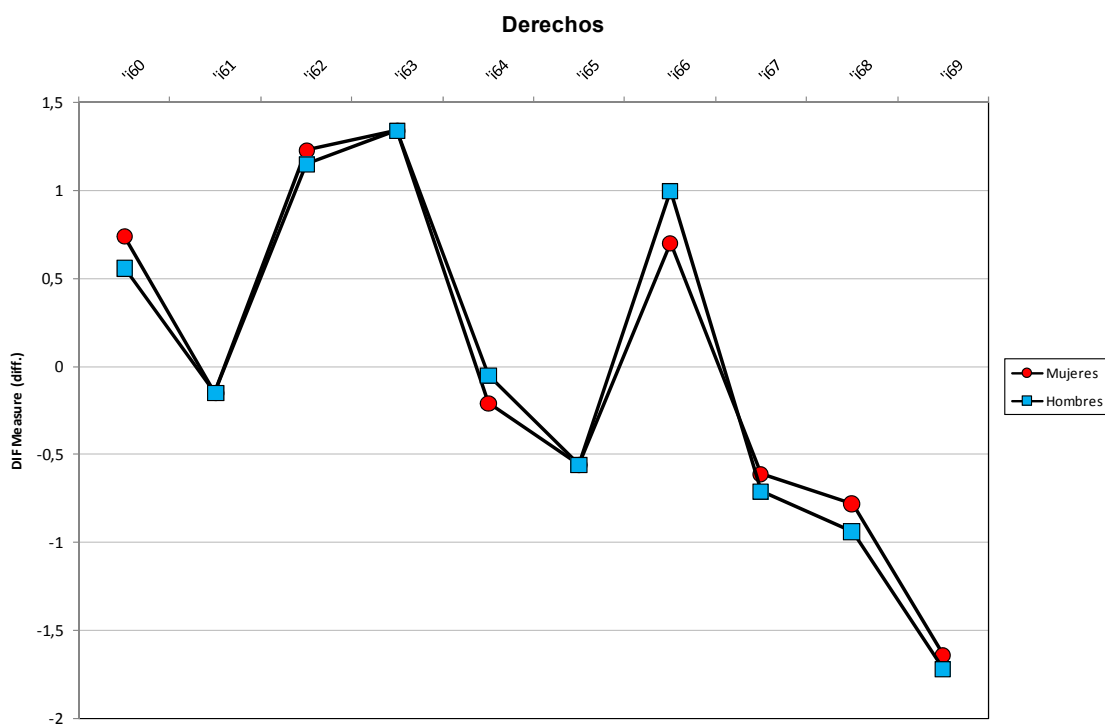


Figura 193. Valores DIF por género en Derechos

**b) Análisis de la invarianza por condición**

Al igual que hicimos con el género, estudiamos la invarianza y el funcionamiento diferencial de los ítems entre dos grupos formados por, de un lado, las personas mayores (señalados en las tablas de esta sección como 'May') y, de otro, las personas que podríamos aglutinar bajo el denominador común de 'personas en situación de desventaja social' (señalados con 'Ds' en las tablas). Recordemos que en los análisis ESEM realizados al principio de este capítulo constatamos que el modelo de ocho dimensiones se ajustaba mejor a la muestra de mayores que a la desventaja social. Por ello, consideramos relevante completar estos análisis con los específicos de la TRI con el fin de arrojar algo de luz y facilitar la interpretación de los resultados diferentes en ambos grupos desde otra perspectiva.

En *Bienestar emocional*, observamos en la Figura 194 cinco ítems fuera del intervalo de invarianza, mientras los tres restantes se ubican en una zona tan límite que su invarianza también resulta discutible. Por ello, la Tabla 120 resulta especialmente reveladora en este caso, al constatar que sólo existe funcionamiento diferencial del ítem 'Tiene problemas de comportamiento' (i07) ('DIF CONTRAST' = 1,691;  $p = ,000$ ), que resulta mucho más difícil, como era esperable, para las personas en situación de desventaja social Figura 195).

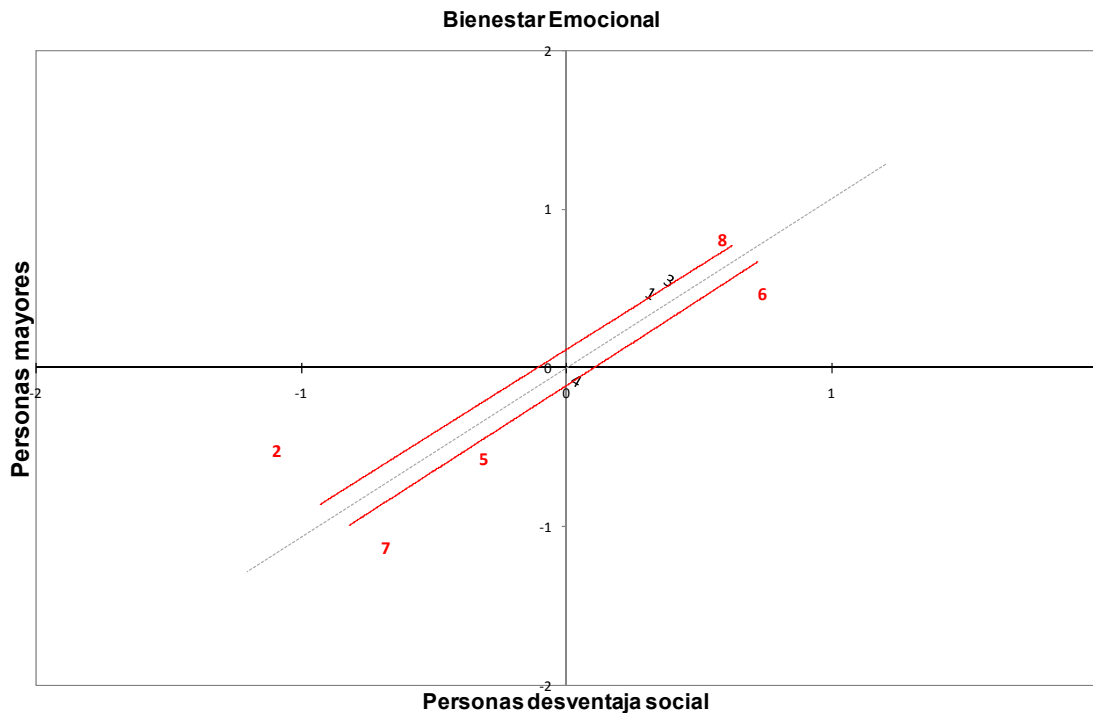


Figura 194. Invarianza por condición en Bienestar emocional

Tabla 120. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en Bienestar emocional

Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
											Prob.	Size	
Ds	,28	,04	May	,51	,04	-,23	,05	-4,34	INF	,0000	,0000	-,33	i01
May	,51	,04	Ds	,28	,04	,23	,05	4,34	INF	,0000	,0000	,33	
Ds	-,94	,04	May	-,59	,04	-,35	,06	-5,88	INF	,0000	,0000	-,39	i02
May	-,59	,04	Ds	-,94	,04	,35	,06	5,88	INF	,0000	,0000	,39	
Ds	,34	,04	May	,59	,04	-,25	,05	-4,89	INF	,0000	,0000	-,48	i03
May	,59	,04	Ds	,34	,04	,25	,05	4,89	INF	,0000	,0000	,48	
Ds	,05	,04	May	-,10	,04	,15	,05	2,77	INF	,0056	,0019	,24	i04
May	-,10	,04	Ds	,05	,04	-,15	,05	-2,77	INF	,0056	,0019	-,24	
Ds	-,26	,04	May	-,65	,04	,38	,06	6,81	INF	,0000	,0000	,43	i05
May	-,65	,04	Ds	-,26	,04	-,38	,06	-6,81	INF	,0000	,0000	-,43	
Ds	,64	,04	May	,51	,04	,13	,05	2,56	INF	,0105	,0052	,14	i06
May	,51	,04	Ds	,64	,04	-,13	,05	-2,56	INF	,0105	,0052	-,14	
Ds	-,58	,04	May	-1,27	,04	,69	,06	11,39	INF	,0000	,0000	,57	i07
May	-1,27	,04	Ds	-,58	,04	-,69	,06	-11,4	INF	,0000	,0000	-,57	
Ds	,52	,04	May	,88	,04	-,36	,05	-6,96	INF	,0000	,0000	-,25	i08
May	,88	,04	Ds	,52	,04	,36	,05	6,96	INF	,0000	,0000	,25	

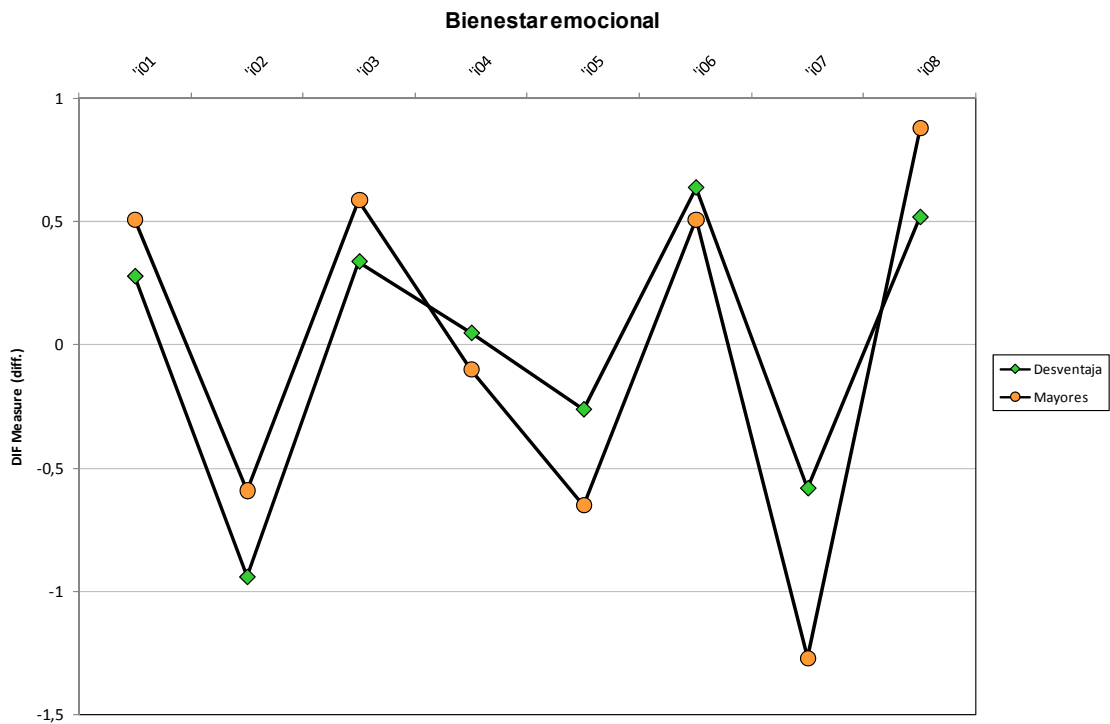


Figura 195. Valores DIF por género en Relaciones interpersonales

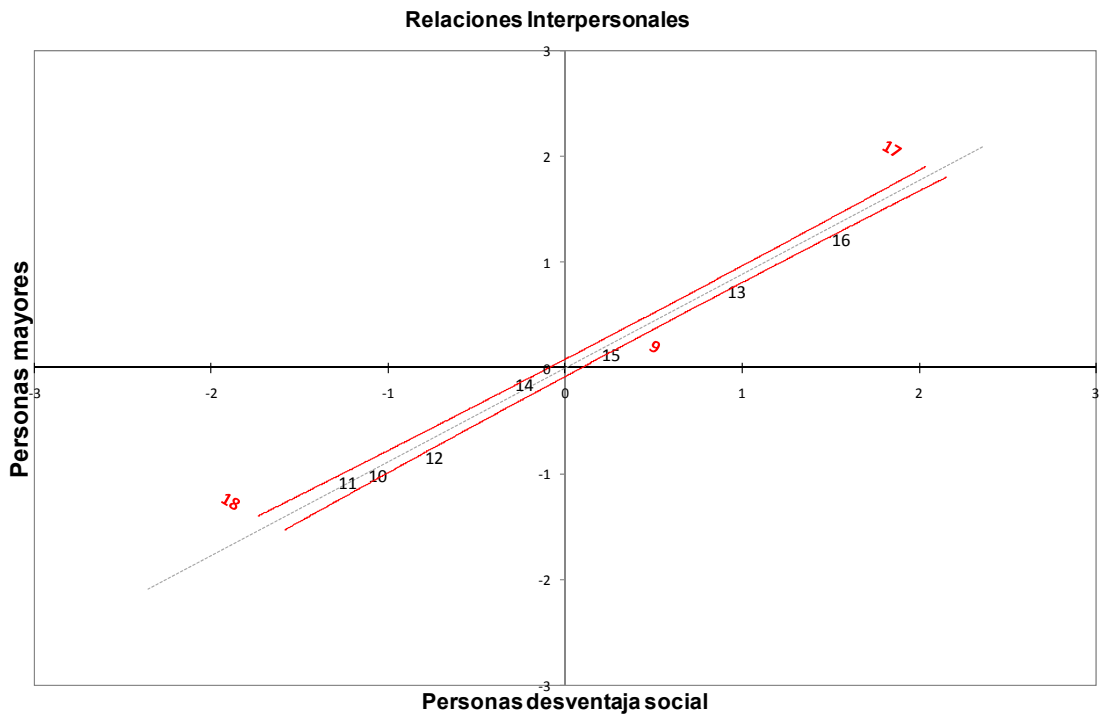


Figura 196. Invarianza por condición en Relaciones interpersonales

La Figura 196 muestra que dos ítems caen fuera del intervalo de invarianza en la subescala de *Relaciones interpersonales*: ‘Realiza actividades que le gustan con otras personas’ (i09), ‘La mayoría de las personas con las interactúa tienen una condición similar a la suya’ (i17) y ‘Tiene una vida sexual satisfactoria’ (i18); el primero resulta más difícil para el grupo de desventaja social y el segundo y tercero resultan más difíciles para el grupo de mayores (Figura 197). No obstante, existe funcionamiento diferencial únicamente en el segundo ítem ( $'DIF\ CONTRAST' = 1,54$ ;  $p = ,000$ ) (vid. Tabla 121).

Tabla 121. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en Relaciones interpersonales

Person Class	DIF		Person Class	DIF		DIF		JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
	Meas.	S.E.		Meas.	S.E.	Contrast	S.E.					Prob.	Size	
Ds	,44	,03	May	,24	,03	,20	,04	5,23	INF	,0000	,0000	,23	i09	
May	,24	,03	Ds	,44	,03	-,20	,04	-5,23	INF	,0000	,0000	-,23		
Ds	-,99	,04	May	-1,05	,04	,06	,06	1,12	INF	,2629	,4322	,13	i10	
May	-1,05	,04	Ds	-,99	,04	-,06	,06	-1,12	INF	,2629	,4322	-,13		
Ds	-1,14	,04	May	-1,14	,04	,00	,06	,00	INF	1,000	,6017	,19	i11	
May	-1,14	,04	Ds	-1,14	,04	,00	,06	,00	INF	1,000	,6017	-,19		
Ds	-,70	,03	May	-,87	,04	,17	,05	3,38	INF	,0007	,0043	,20	i12	
May	-,87	,04	Ds	-,70	,03	-,17	,05	-3,38	INF	,0007	,0043	-,20		
Ds	,86	,03	May	,80	,03	,06	,04	1,57	INF	,1167	,4075	,03	i13	
May	,80	,03	Ds	,86	,03	-,06	,04	-1,57	INF	,1167	,4075	-,03		
Ds	-,24	,03	May	-,13	,03	-,11	,04	-2,64	INF	,0083	,0013	-,08	i14	
May	-,13	,03	Ds	-,24	,03	,11	,04	2,64	INF	,0083	,0013	,08		
Ds	,21	,03	May	,19	,03	,02	,04	,56	INF	,5723	,9914	,01	i15	
May	,19	,03	Ds	,21	,03	-,02	,04	-,56	INF	,5723	,9914	-,01		
Ds	1,40	,03	May	1,33	,03	,07	,04	1,65	INF	,0992	,0000	,24	i16	
May	1,33	,03	Ds	1,40	,03	-,07	,04	-1,65	INF	,0992	,0000	-,24		
Ds	1,67	,04	May	2,21	,04	-,54	,05	-9,96	INF	,0000	,0000	-,58	i17	
May	2,21	,04	Ds	1,67	,04	,54	,05	9,96	INF	,0000	,0000	,58		
Ds	-1,75	,06	May	-1,32	,04	-,43	,07	-6,07	INF	,0000	,0000	-,05	i18	
May	-1,32	,04	Ds	-1,75	,06	,43	,07	6,07	INF	,0000	,0000	,05		

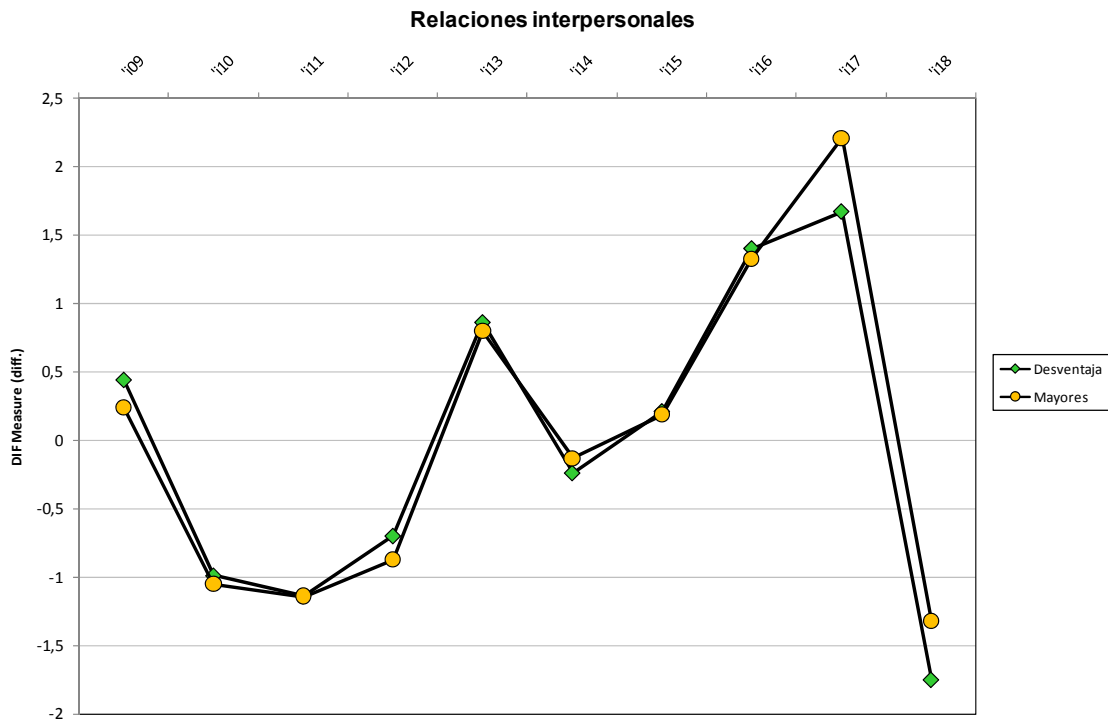


Figura 197. Valores DIF por género en Relaciones interpersonales

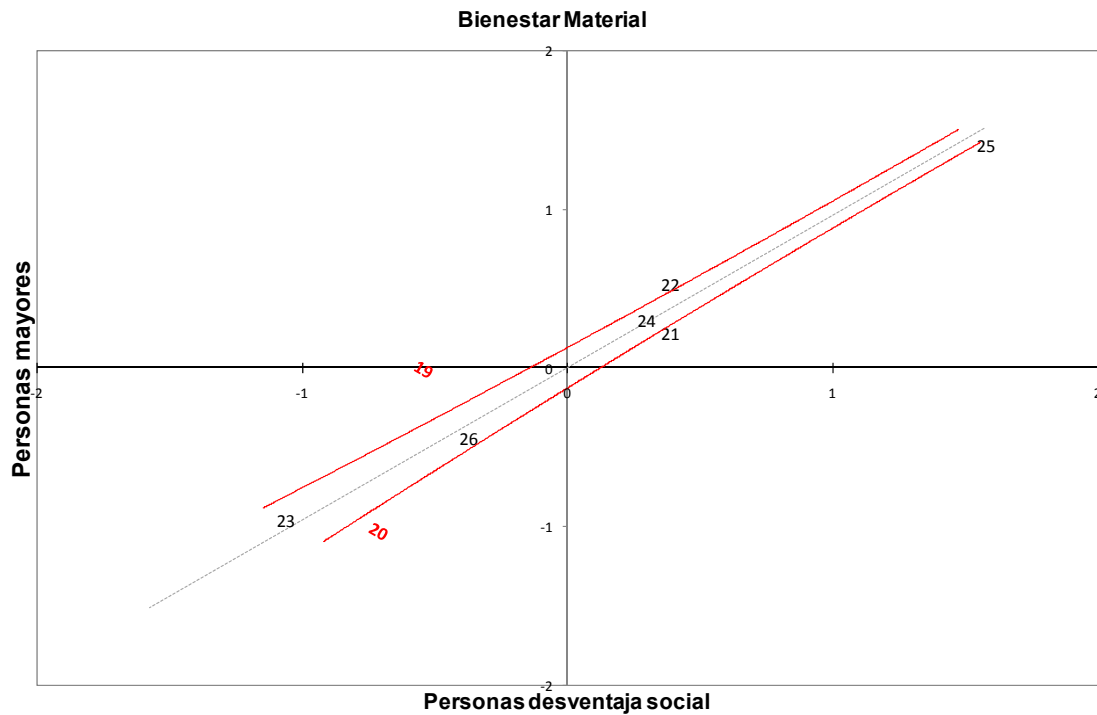


Figura 198. Invarianza por condición en Bienestar material

En la subescala *Bienestar material*, observamos en la Figura 198 que existen dos ítems que no muestran invarianza entre los dos grupos: ‘El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...’ (i19) y ‘El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad’ (i20). La Figura 199 nos revela que el primer ítem resulta más difícil para las personas mayores y el segundo parece más difícil para las personas en desventaja social. No obstante, en la Tabla 122 comprobamos que no existe funcionamiento diferencial en ninguno de los ítems de esta dimensión.



Tabla 122. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en Bienestar material

Person Class	DIF	DIF	Person Class	DIF	DIF	DIF	JOINT	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Item
	Meas.	S.E.		Meas.	S.E.	Contrast					S.E.	Prob.	
Ds	-,47	,06	May	-,05	,05	-,43	,07	-5,77	INF	,0000	,0000	-,21	i19
May	-,05	,05	Ds	-,47	,06	,43	,07	5,77	INF	,0000	,0000	,21	
Ds	-,64	,06	May	-1,12	,08	,48	,10	4,77	INF	,0000	,0000	,63	i20
May	-1,12	,08	Ds	-,64	,06	-,48	,10	-4,77	INF	,0000	,0000	-,63	
Ds	,38	,04	May	,20	,04	,18	,06	3,10	INF	,0019	,0002	,35	i21
May	,20	,04	Ds	,38	,04	-,18	,06	-3,10	INF	,0019	,0002	-,35	
Ds	,38	,04	May	,54	,04	-,15	,05	-2,85	INF	,0044	,0178	-,07	i22
May	,54	,04	Ds	,38	,04	,15	,05	2,85	INF	,0044	,0178	,07	
Ds	-,96	,07	May	-1,04	,08	,08	,11	,74	INF	,4574	,7287	-,06	i23
May	-1,04	,08	Ds	-,96	,07	-,08	,11	-,74	INF	,4574	,7287	,06	
Ds	,30	,04	May	,30	,04	,00	,06	,00	INF	1,000	,8478	,01	i24
May	,30	,04	Ds	,30	,04	,00	,06	,00	INF	1,000	,8478	-,01	
Ds	1,47	,03	May	1,47	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,7414	,04	i25
May	1,47	,03	Ds	1,47	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,7414	-,04	
Ds	-,32	,05	May	-,50	,06	,19	,08	2,36	INF	,0185	,0286	,17	i26
May	-,50	,06	Ds	-,32	,05	-,19	,08	-2,36	INF	,0185	,0286	-,17	

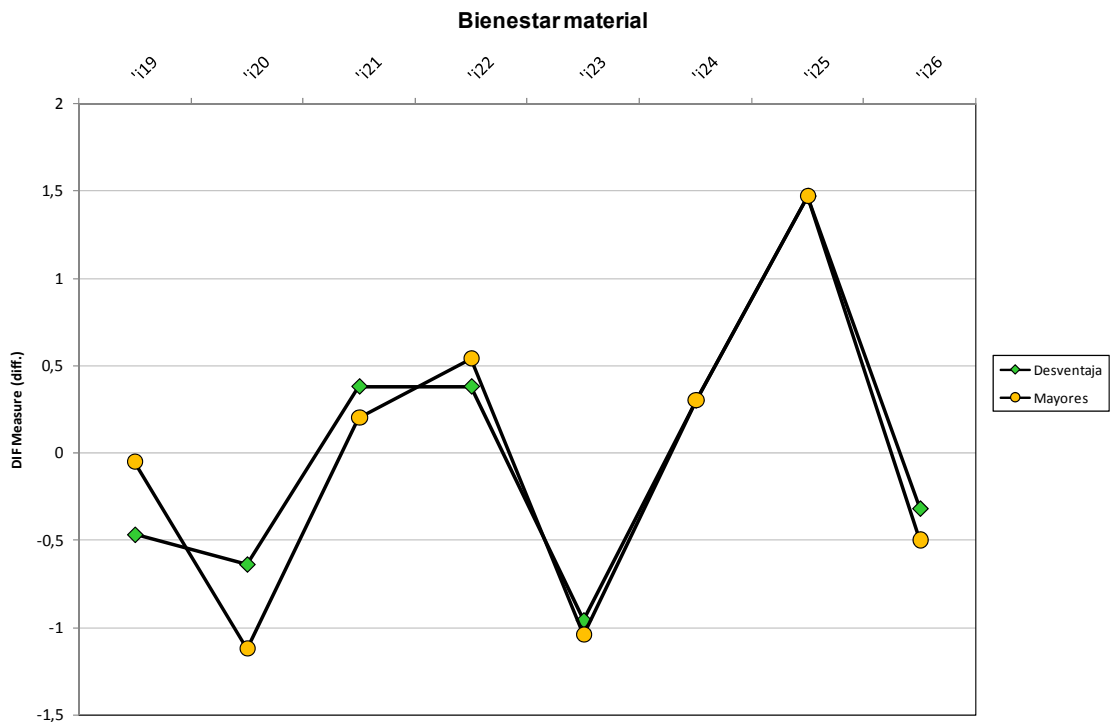


Figura 199. Valores DIF por condición en Bienestar material

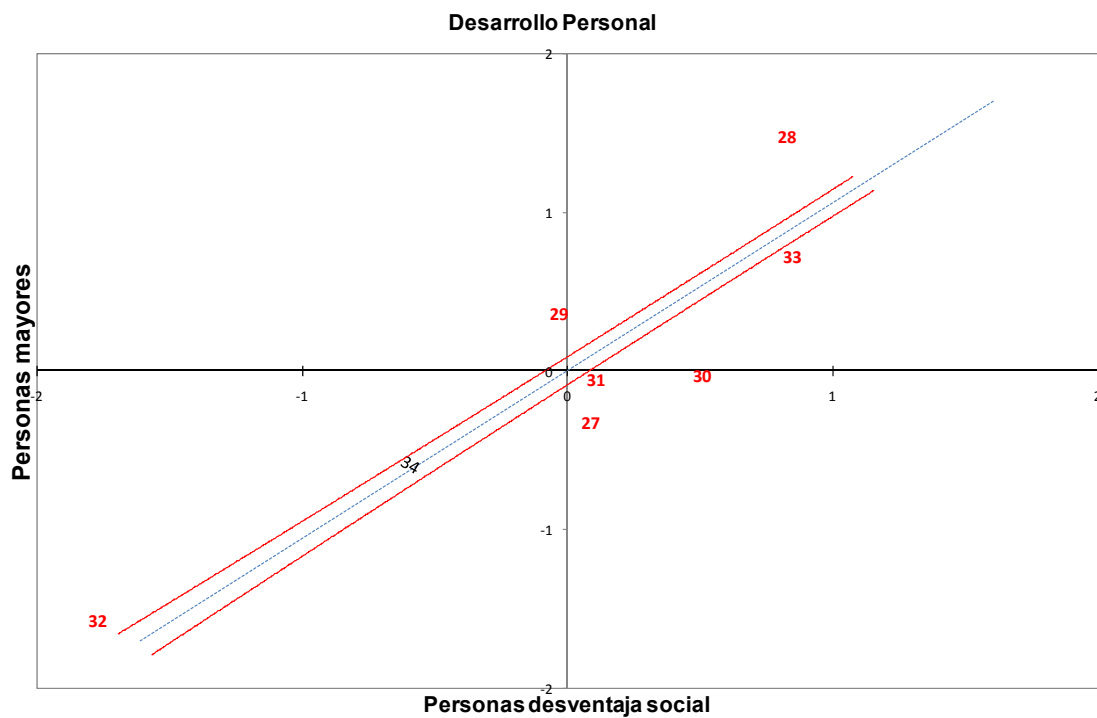


Figura 200. Invarianza por condición en Desarrollo personal

En contraste, sólo uno de los ocho ítems que conforman la subescala de *Desarrollo personal* muestra invarianza entre los dos grupos: ‘Se muestra desmotivado en su trabajo’ (i34) (Figura 200). Sin embargo, en la Tabla 123 comprobamos que sólo el i28 (‘Tiene acceso a nuevas tecnologías’) muestra un funcionamiento diferencial en ellos ( $DIF\ CONTRAST = 1,761; p = ,000$ ). En la Figura 201 observamos que el ítem resulta mucho más difícil para las personas mayores que para las personas en situación de desventaja social.

Tabla 123. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en Desarrollo personal

Person Class	DIF	DIF	Person Class	DIF	DIF	DIF	JOINT	t	Welch	Prob.	MantelHanzl		Ítem
	Meas.	S.E.		Meas.	S.E.	Contrast					S.E.	Prob.	
Ds	,08	,03	May	-,33	,03	,41	,05	9,08	INF	,0000	,0000	,59	i27
May	-,33	,03	Ds	,08	,03	-,41	,05	-9,08	INF	,0000	,0000	-,59	
Ds	,77	,03	May	1,53	,03	-,76	,05	-16,2	INF	,0000	,0000	-,59	i28
May	1,53	,03	Ds	,77	,03	,76	,05	16,18	INF	,0000	,0000	,59	
Ds	-,03	,03	May	,38	,03	-,40	,04	-9,06	INF	,0000	,0000	-,47	i29
May	,38	,03	Ds	-,03	,03	,40	,04	9,06	INF	,0000	,0000	,47	
Ds	,47	,03	May	-,02	,03	,49	,04	11,02	INF	,0000	,0000	,70	i30
May	-,02	,03	Ds	,47	,03	-,49	,04	-11,0	INF	,0000	,0000	-,70	
Ds	,10	,03	May	-,04	,03	,14	,04	3,04	INF	,0024	,0000	,26	i31
May	-,04	,03	Ds	,10	,03	-,14	,04	-3,04	INF	,0024	,0000	-,26	
Ds	-1,63	,05	May	-1,63	,04	,00	,06	,00	INF	1,000	,0613	-,02	i32
May	-1,63	,04	Ds	-1,63	,05	,00	,06	,00	INF	1,000	,0613	,02	
Ds	,77	,03	May	,77	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,4777	,06	i33
May	,77	,03	Ds	,77	,03	,00	,04	,00	INF	1,000	,4777	-,06	
Ds	-,55	,03	May	-,60	,03	,06	,05	1,16	INF	,2463	,2765	,15	i34
May	-,60	,03	Ds	-,55	,03	-,06	,05	-1,16	INF	,2463	,2765	-,15	

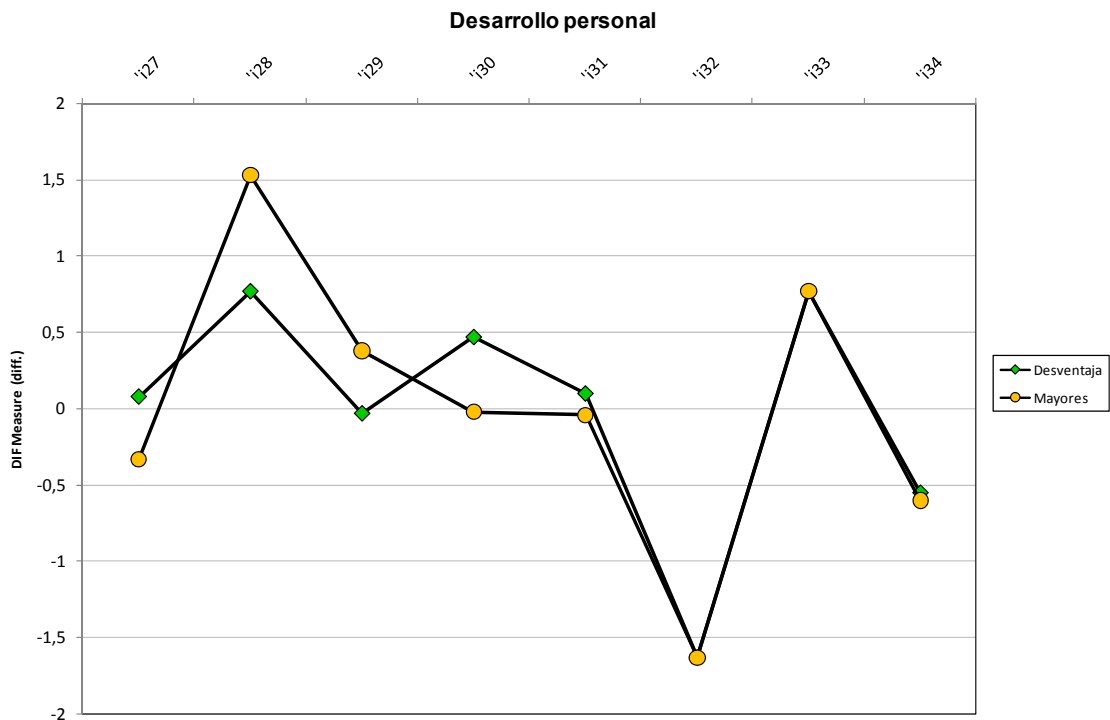


Figura 201. Valores DIF por condición en Desarrollo personal

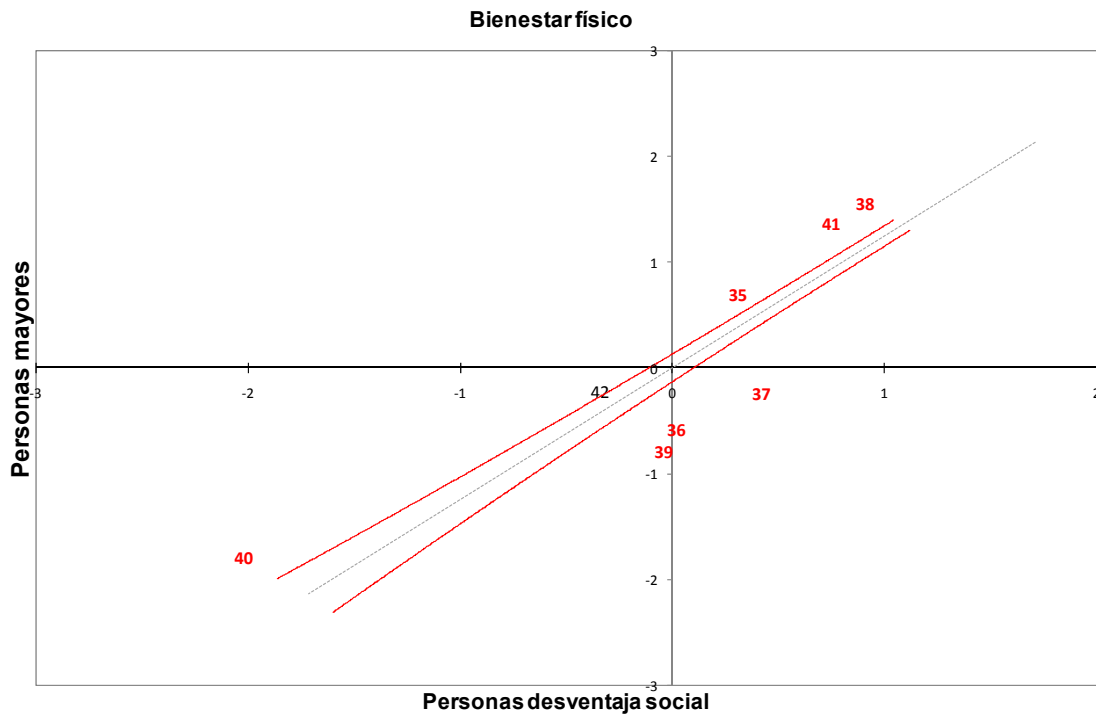


Figura 202. Invarianza por condición en Bienestar físico

Como se observa en la Figura 202, todos los ítems de *Bienestar físico* parecen situarse fuera de los límites de confianza al 95% de invarianza de los ítems entre personas mayores y personas en situación de desventaja social, aunque la ubicación del i42 resulta bastante cuestionable (*‘Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria’*). La Figura 203, también parece revelar pronunciadas discrepancias entre ambos grupos, si bien en la Tabla 124 constatamos que son tres los ítems que parecen mostrar un funcionamiento diferencial en ellos ( $p = ,000$ ): *‘Dispone de ayudas técnicas si las necesita’* (*‘DIF CONTRAST’* = 1,711); *‘Sus hábitos de alimentación son saludables’* (*‘DIF CONTRAST’* = 1,771); y *‘Tiene un buen aseo personal’* (*‘DIF CONTRAST’* = 1,851). En los tres casos, los ítems resultan más difíciles para las personas en situación de desventaja social que para las personas mayores.

Tabla 124. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en Bienestar físico

Person Class	DIF		Person Class	DIF		DIF		JOINT	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
	Meas.	S.E.		Meas.	S.E.	Contrast	S.E.					Prob.	Size	
Ds	,36	,04	May	,60	,03	<b>-,24</b>	,05	-4,82	INF	,0000	,0000	-,26	i35	
May	,60	,03	Ds	,36	,04	<b>,24</b>	,05	4,82	INF	,0000	,0000	,26		
Ds	,07	,04	May	-,64	,05	<b>,71</b>	,07	10,63	INF	,0000	,0000	,76	i36	
May	-,64	,05	Ds	,07	,04	<b>-,71</b>	,07	-10,6	INF	,0000	,0000	-,76		
Ds	,46	,04	May	-,31	,04	<b>,77</b>	,06	13,42	INF	,0000	,0000	,96	i37	
May	-,31	,04	Ds	,46	,04	<b>-,77</b>	,06	-13,4	INF	,0000	,0000	-,96		
Ds	,94	,03	May	1,41	,03	<b>-,47</b>	,04	-10,8	INF	,0000	,0000	-,55	i38	
May	1,41	,03	Ds	,94	,03	<b>,47</b>	,04	10,76	INF	,0000	,0000	,55		
Ds	,01	,04	May	-,84	,06	<b>,85</b>	,07	11,99	INF	,0000	,0000	,94	i39	
May	-,84	,06	Ds	,01	,04	<b>-,85</b>	,07	-12,0	INF	,0000	,0000	-,94		
Ds	-1,94	,11	May	-1,83	,09	<b>-,11</b>	,14	-,77	INF	,4415	,5808	,03	i40	
May	-1,83	,09	Ds	-1,94	,11	<b>,11</b>	,14	,77	INF	,4415	,5808	-,03		
Ds	,79	,03	May	1,24	,03	<b>-,45</b>	,04	-10,1	INF	,0000	,0000	-,70	i41	
May	1,24	,03	Ds	,79	,03	<b>,45</b>	,04	10,09	INF	,0000	,0000	,70		
Ds	-,29	,05	May	-,29	,04	<b>,00</b>	,07	,00	INF	1,000	,6520	,09	i42	
May	-,29	,04	Ds	-,29	,05	<b>,00</b>	,07	,00	INF	1,000	,6520	-,09		

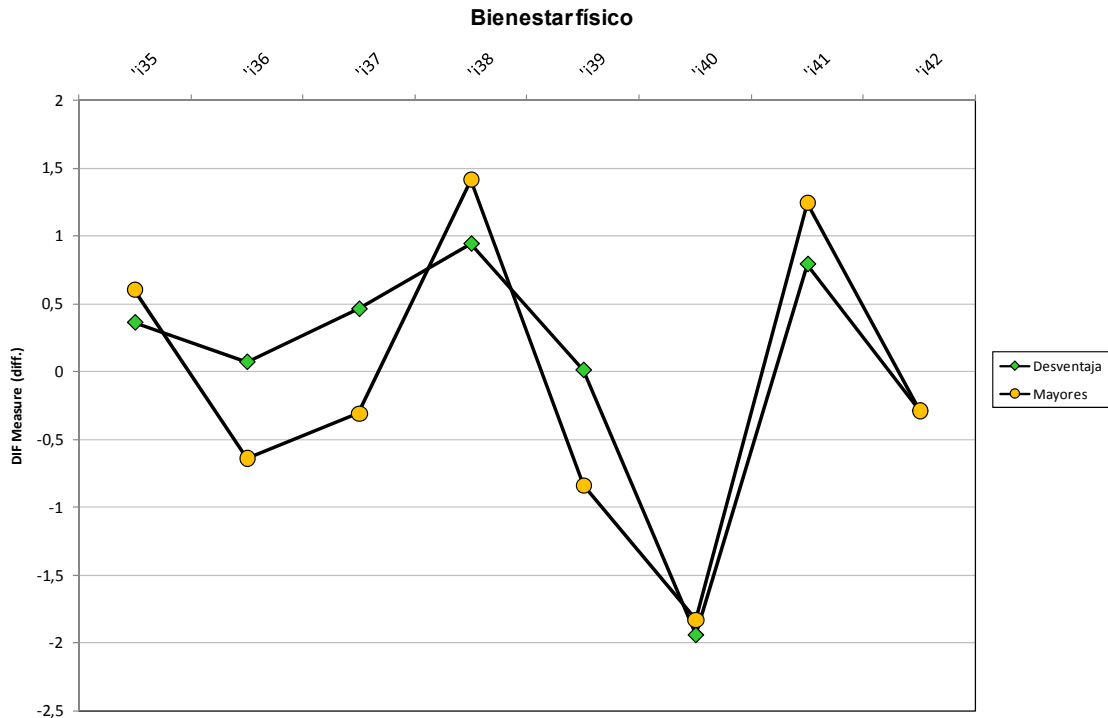


Figura 203. Valores DIF por condición en Bienestar físico

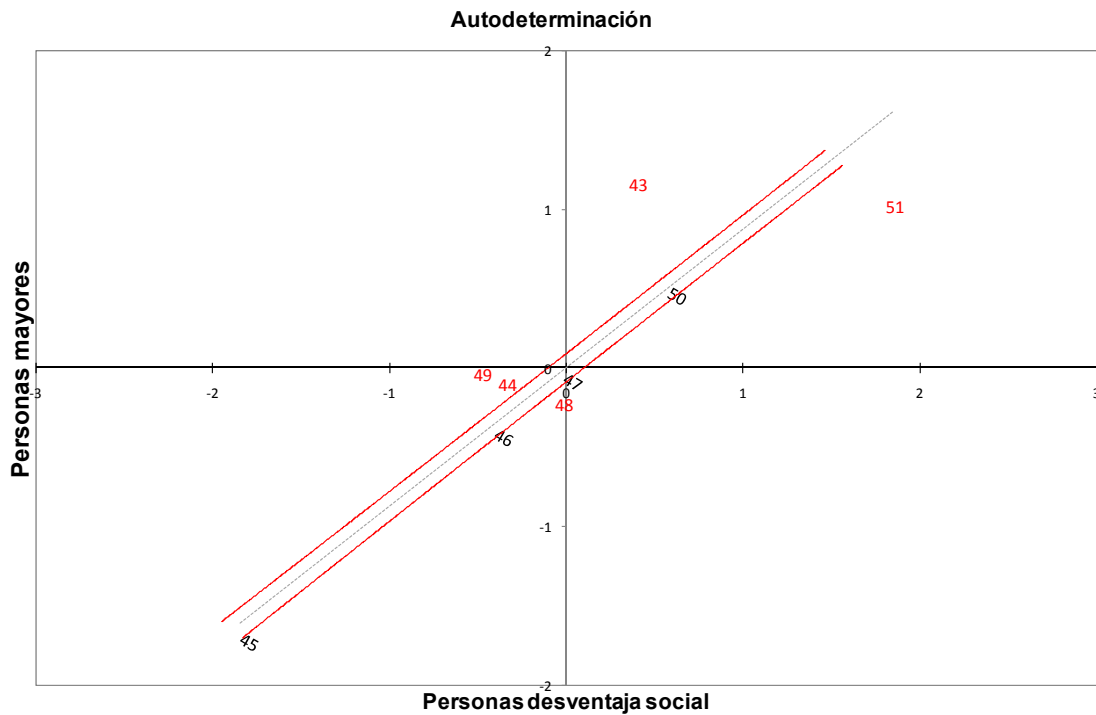


Figura 204. Invarianza por condición en Autodeterminación

En la subescala *Autodeterminación*, cuatro de los ítems se ubican dentro del intervalo de confianza de invarianza, si bien lo hacen de un modo muy cuestionable, cinco se sitúan claramente fuera de los límites de la invarianza y todos muestran diferencias significativas entre los dos grupos ( $p < ,05$ ) (vid. Figura 204 y Tabla 125). No obstante, el estudio del DIF solo da lugar a funcionamiento diferencial del ítem en dos casos: ‘*Tiene metas, objetivos e intereses personales*’ (i43; ‘*DIF CONTRAST*’ = 1,851;  $p = ,000$ ) y ‘*Elige con quién vivir*’ (i51; ‘*DIF CONTRAST*’ = 1,6111;  $p = ,000$ ). En la Figura 205, comprobamos que el primer ítem resulta más difícil para las personas mayores, mientras el segundo es más difícil para las personas en situación de desventaja social.

Tabla 125. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en Autodeterminación

Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
											Prob.	Size	
Ds	-,28	,03	May	1,23	,03	-,85	,05	-17,8	INF	,0000	,0000	-,73	i43
May	-,12	,03	Ds	,38	,03	,85	,05	17,76	INF	,0000	,0000	,73	
Ds	-1,60	,03	May	-,12	,03	-,16	,05	-3,39	INF	,0007	,0002	-,20	i44
May	-1,83	,03	Ds	-,28	,03	,16	,05	3,39	INF	,0007	,0002	,20	
Ds	-,30	,04	May	-1,83	,05	,22	,06	3,60	INF	,0003	,0100	,31	i45
May	-,48	,05	Ds	-1,60	,04	-,22	,06	-3,60	INF	,0003	,0100	-,31	
Ds	,05	,03	May	-,48	,04	,18	,05	3,66	INF	,0003	,0000	,25	i46
May	-,11	,04	Ds	-,30	,03	-,18	,05	-3,66	INF	,0003	,0000	-,25	
Ds	,01	,03	May	-,11	,03	,16	,05	3,28	INF	,0011	,0000	,26	i47
May	-,25	,03	Ds	,05	,03	-,16	,05	-3,28	INF	,0011	,0000	-,26	
Ds	-,40	,03	May	-,25	,03	,26	,05	5,38	INF	,0000	,0000	,30	i48
May	-,05	,03	Ds	,01	,03	-,26	,05	-5,38	INF	,0000	,0000	-,30	
Ds	,58	,03	May	-,05	,03	-,35	,05	-7,32	INF	,0000	,0000	-,29	i49
May	,46	,03	Ds	-,40	,03	,35	,05	7,32	INF	,0000	,0000	,29	
Ds	1,69	,03	May	,46	,03	,12	,05	2,46	INF	,0140	,1987	,09	i50
May	1,08	,03	Ds	,58	,03	-,12	,05	-2,46	INF	,0140	,1987	-,09	
Ds	,38	,04	May	1,08	,03	-,61	,05	11,57	INF	,0000	,0000	,38	i51
May	1,23	,03	Ds	1,69	,04	,61	,05	-11,6	INF	,0000	,0000	-,38	

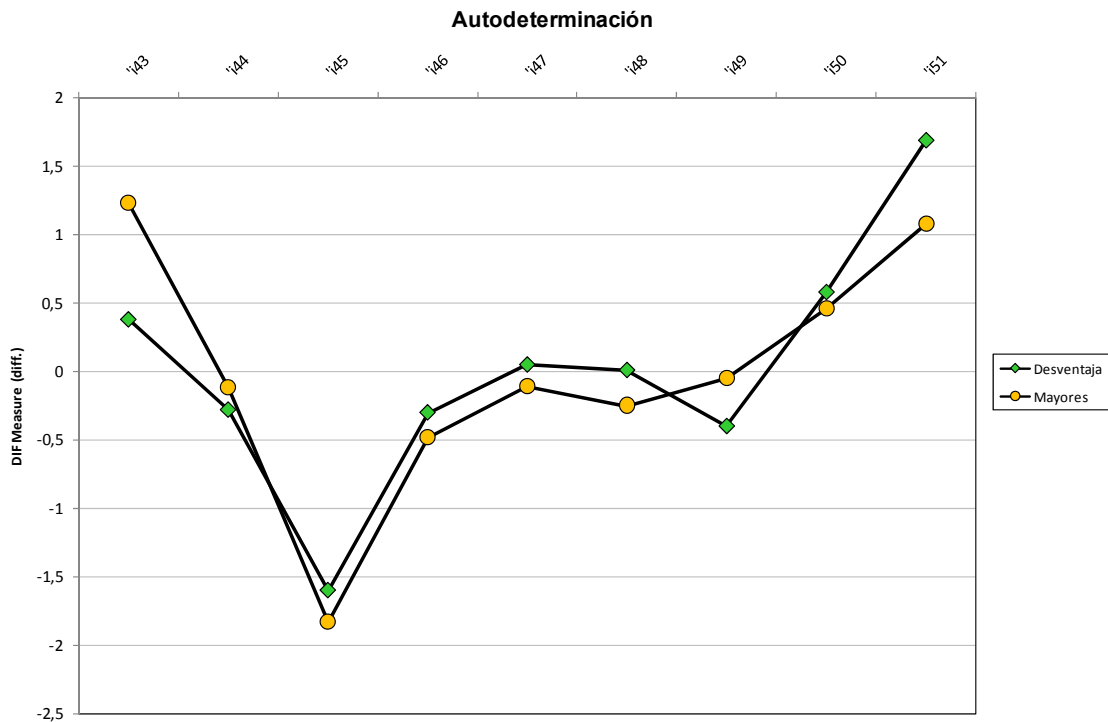


Figura 205. Valores DIF por condición en Autodeterminación

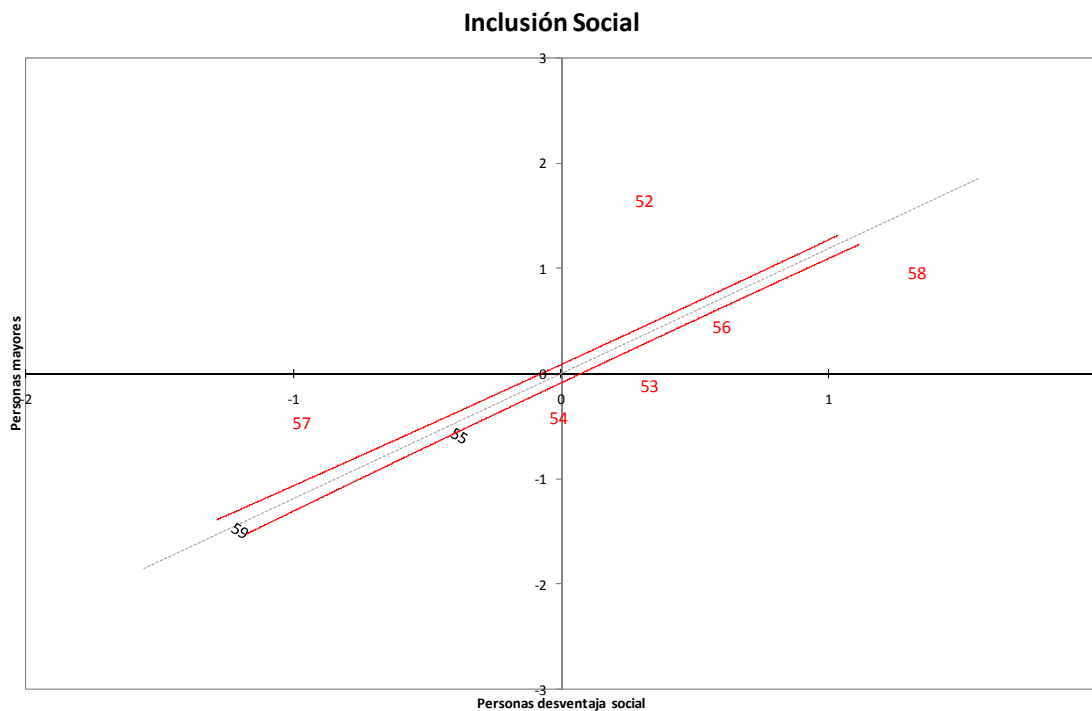


Figura 206. Invarianza por condición en Inclusion social

En la Figura 206 podemos apreciar cómo en la subescala de *Inclusion social* la mayoría de los ítems se ubican fuera del intervalo de invarianza, de hecho lo hacen seis de ocho ítems (i52, i53, i54, i56, i57 y i58). Además, la ubicación de un séptimo ítem (i55) es también bastante cuestionable y parece que el único que se localiza en el intervalo de confianza de modo claro es el i59 ('Es rechazado o discriminado por los demás'). En la Tabla 126, comprobamos que  $p < ,05$  en todos los ítems; sin embargo, 'DIF CONTRAST' solo confirma un funcionamiento diferencial del ítem 52 ('Utiliza entornos comunitarios'). Aun así, si atendemos al contenido del ítem, podemos afirmar de modo rotundo que no existe sesgo en este ítem a favor de un grupo u otro, pero la Figura 207 revela que resulta harto difícil para las personas mayores en comparación con las puntuaciones obtenidas por aquellos con riesgo de exclusión social.



Tabla 126. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en Inclusión social

Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	Person Class	DIF Meas.	DIF S.E.	DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Ítem
											Prob.	Size	
Ds	,29	,03	May	1,64	,03	-1,35	,04	-31,2	INF	,0000	,0000	-1,41	i52
May	1,64	,03	Ds	,29	,03	1,35	,04	31,19	INF	,0000	,0000	1,41	
Ds	,31	,03	May	-,12	,03	,43	,04	10,31	INF	,0000	,0000	,35	i53
May	-,12	,03	Ds	,31	,03	-,43	,04	-10,3	INF	,0000	,0000	-,35	
Ds	,01	,03	May	-,43	,03	,43	,04	9,88	INF	,0000	,0000	,58	i54
May	-,43	,03	Ds	,01	,03	-,43	,04	-9,88	INF	,0000	,0000	-,58	
Ds	-,33	,03	May	-,61	,03	,28	,05	6,03	INF	,0000	,0000	,46	i55
May	-,61	,03	Ds	-,33	,03	-,28	,05	-6,03	INF	,0000	,0000	-,46	
Ds	,55	,03	May	,45	,03	,10	,04	2,42	INF	,0156	,0117	,10	i56
May	,45	,03	Ds	,55	,03	-,10	,04	-2,42	INF	,0156	,0117	-,10	
Ds	-,85	,04	May	-,47	,03	-,38	,05	-7,74	INF	,0000	,0000	-,35	i57
May	-,47	,03	Ds	-,85	,04	,38	,05	7,74	INF	,0000	,0000	,35	
Ds	1,21	,03	May	,96	,03	,25	,04	5,86	INF	,0000	,0000	,20	i58
May	,96	,03	Ds	1,21	,03	-,25	,04	-5,86	INF	,0000	,0000	-,20	
Ds	-1,07	,04	May	-1,53	,05	,46	,06	7,36	INF	,0000	,0000	,72	i59
May	-1,53	,05	Ds	-1,07	,04	-,46	,06	-7,36	INF	,0000	,0000	-,72	

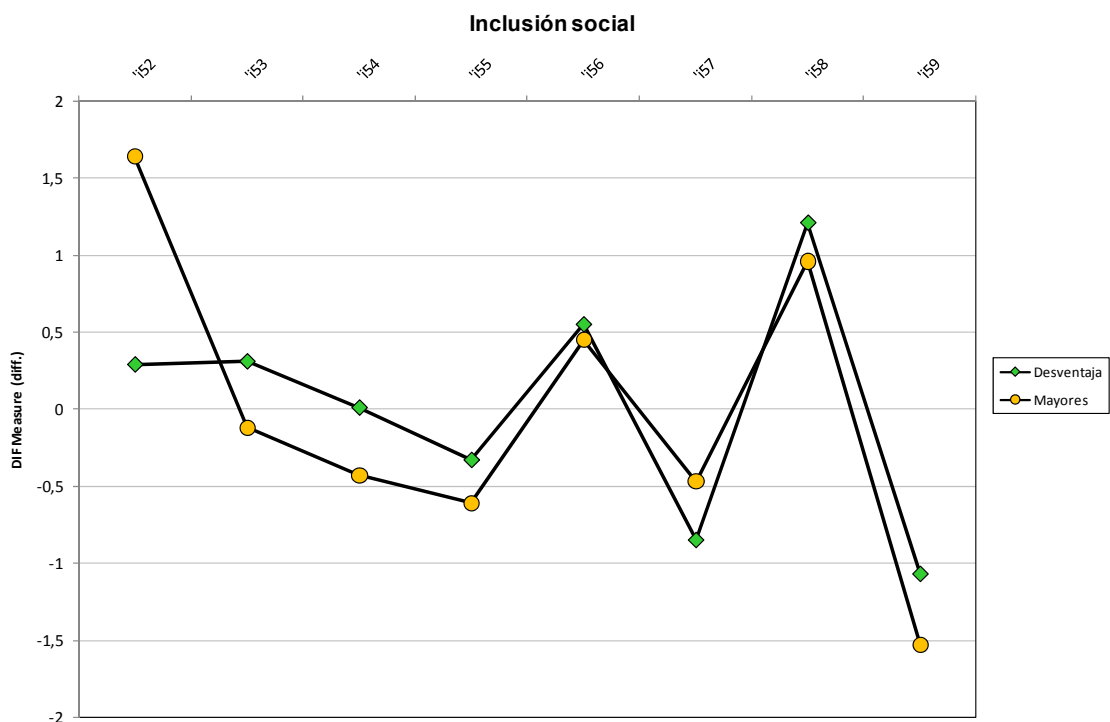


Figura 207. Valores DIF por condición en Inclusión social

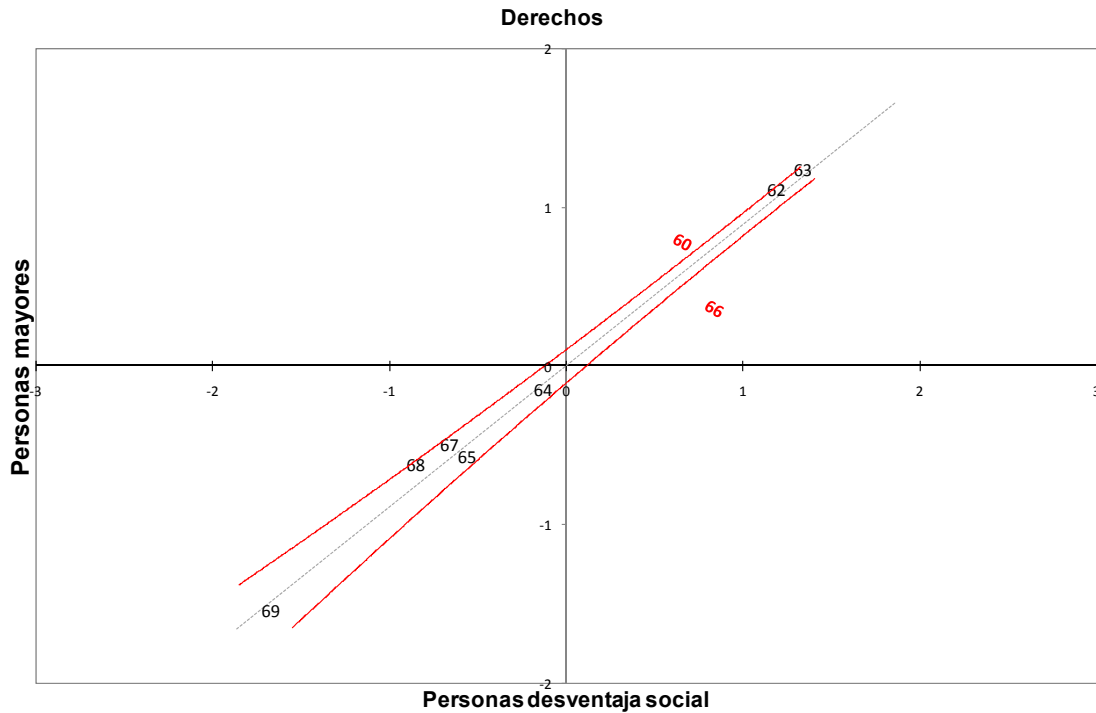


Figura 208. Invarianza por condición en Derechos

Finalmente, en la dimensión *Derechos*, observamos de nuevo en la Figura 208 la no invarianza entre personas mayores y personas en situación de desventaja social en dos de los 10 ítems que componen la subescala: ‘Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.)’ (i66) y ‘Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...)’ (i60). La Figura 209, por su parte, pone de manifiesto que este ítem resulta más difícil para las personas mayores (i.e., obtienen puntuaciones significativamente inferiores que las personas en desventaja social con el mismo nivel de aptitud o habilidad), mientras el primer ítem resulta más fácil para ellos que para aquellos en situación de desventaja social (i.e., obtienen mejores puntuaciones). No obstante la Tabla 127, confirma que no existe funcionamiento diferencial de los ítems en el caso del i66 ( $'DIF\ CONTRAST' = 1,371; p = ,000$ ), pero sí existe DIF en el i66 ( $'DIF\ CONTRAST' = 1,701; p = ,000$ ).

Tabla 127. Funcionamiento diferencial del ítem 'pairwise' por condición en Derechos

Person Class	DIF		Person Class	DIF		DIF Contrast	JOINT S.E.	t	Welch d.f.	Prob.	MantelHanzl		Item
	Meas.	S.E.		Meas.	S.E.						Prob.	Size	
Ds	,49	,04	May	,86	,04	<b>-,37</b>	,05	-7,39	INF	,0000	,0000	-,31	i60
May	,86	,04	Ds	,49	,04	<b>,37</b>	,05	7,39	INF	,0000	,0000	,31	
Ds	-,18	,05	May	-,10	,05	<b>-,08</b>	,07	-1,16	INF	,2463	,7600	,10	i61
May	-,10	,05	Ds	-,18	,05	<b>,08</b>	,07	1,16	INF	,2463	,7600	-,10	
Ds	1,17	,03	May	1,22	,03	<b>-,05</b>	,04	-1,07	INF	,2832	,1597	-,08	i62
May	1,22	,03	Ds	1,17	,03	<b>,05</b>	,04	1,07	INF	,2832	,1597	,08	
Ds	1,34	,03	May	1,36	,03	<b>-,02</b>	,04	-,53	INF	,5973	,5355	,13	i63
May	1,36	,03	Ds	1,34	,03	<b>,02</b>	,04	,53	INF	,5973	,5355	-,13	
Ds	-,13	,04	May	-,13	,05	<b>,00</b>	,07	,00	INF	1,000	,3125	,12	i64
May	-,13	,05	Ds	-,13	,04	<b>,00</b>	,07	,00	INF	1,000	,3125	-,12	
Ds	-,56	,05	May	-,56	,07	<b>,00</b>	,09	,00	INF	1,000	,7832	,13	i65
May	-,56	,07	Ds	-,56	,05	<b>,00</b>	,09	,00	INF	1,000	,7832	-,13	
Ds	1,12	,03	May	,42	,04	<b>,70</b>	,05	13,44	INF	,0000	,0000	,65	i66
May	,42	,04	Ds	1,12	,03	<b>-,70</b>	,05	-13,4	INF	,0000	,0000	-,65	
Ds	-,78	,06	May	-,49	,07	<b>-,29</b>	,09	-3,19	INF	,0014	,0000	-,61	i67
May	-,49	,07	Ds	-,78	,06	<b>,29</b>	,09	3,19	INF	,0014	,0000	,61	
Ds	-1,03	,07	May	-,62	,07	<b>-,41</b>	,10	-4,09	INF	,0000	,0000	-,67	i68
May	-,62	,07	Ds	-1,03	,07	<b>,41</b>	,10	4,09	INF	,0000	,0000	,67	
Ds	-1,73	,10	May	-1,58	,12	<b>-,15</b>	,16	-,95	INF	,3431	,8954	,54	i69
May	-1,58	,12	Ds	-1,73	,10	<b>,15</b>	,16	,95	INF	,3431	,8954	-,54	

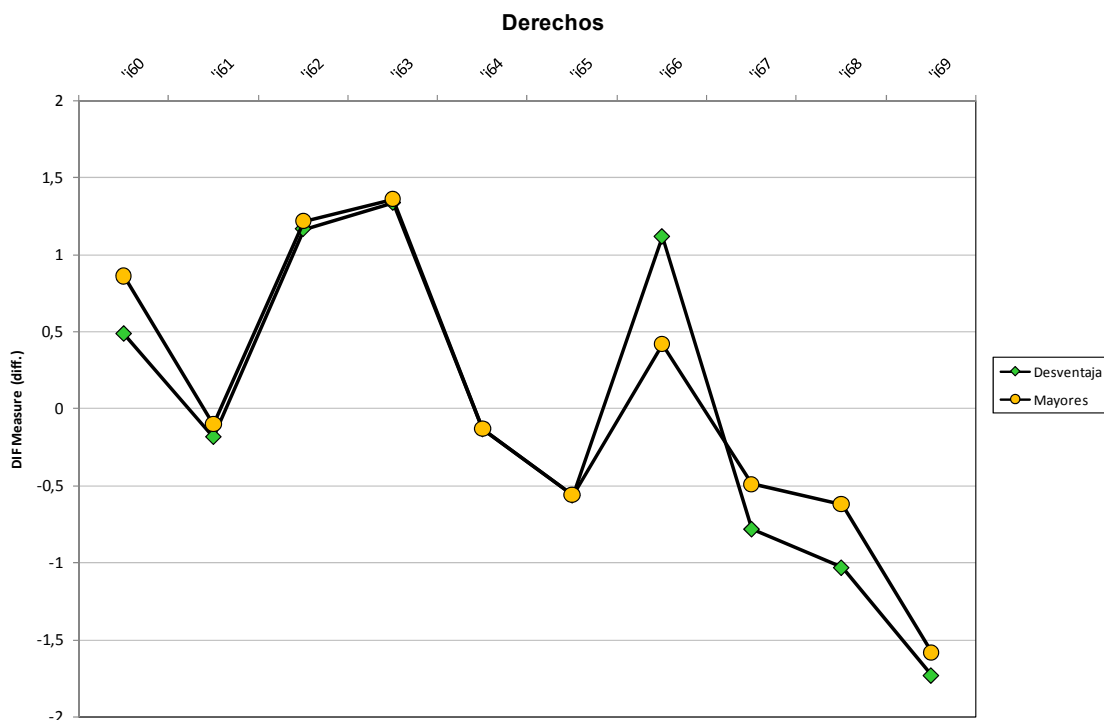


Figura 209. Valores DIF por condición en Derechos

## 5. 5. Resumen y conclusiones

En este capítulo hemos perseguido dos objetivos básicos: (a) la validación de la escala mediante modelos de ecuaciones estructurales exploratorios (ESEM) multigrupo y (b) la calibración de la escala mediante el modelo de Rasch.

En primer lugar, dado que en el estudio descrito en el capítulo anterior observamos que existían diferencias significativas en función de la condición de la persona evaluada, nos propusimos comprobar si existía equivalencia en la estructura factorial de los dos grupos en los que podíamos dividir la muestra de participantes: un grupo formado por las personas mayores (*en residencias y centros de día*) y otro grupo formado por aquellos que podríamos aglutinar bajo el denominador común de 'personas en situación de desventaja social' (*personas con discapacidad intelectual, personas con discapacidad física, personas con problemas de salud mental, personas con drogodependencias y personas con VIH/SIDA*). Para ello, fue necesario comprobar si la estructura factorial propuesta por Schalock y Verdugo (2002/2003) en el que la calidad de vida se compone de ocho dimensiones (Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos) se ajusta a los datos de las personas mayores y a los de las personas en situación de desventaja social. Con ánimo de superar algunas de las limitaciones del estudio anterior (en el que llevamos a cabo un AFC con *parcels*), nos decantamos esta vez por un modelo mucho más novedoso y flexible (Asparouhov y Muthén, en prensa; Marsh et al., 2009). Los análisis mediante el *modelo ESEM* para cada uno de los grupos permitieron aceptar las dos primeras hipótesis planteadas, confirmando que el modelo propuesto de ocho dimensiones ofrecía un ajuste adecuado a los datos en ambos casos, si bien el ajuste fue superior en el caso de los datos de las personas mayores ( $CFI = ,979$ ;  $TLI = ,973$ ;  $SMRM = ,038$  y  $RMSEA = ,043$ ) que en los del grupo de desventaja social ( $CFI = ,965$ ;  $TLI = ,955$ ;  $SMRM = ,040$  y  $RMSEA = ,051$ ). Una vez realizada esta comprobación, llevamos a cabo el análisis de invarianza multigrupo también mediante el modelo ESEM. Esta vez, rechazamos la hipótesis que sostenía la invarianza factorial de los grupos al arrojar el análisis de invarianza factorial multigrupo un  $\chi^2_{(3644)} = 13083,860$  ( $p = ,000$ ) y el contraste de la contribución a *Ji-Cuadrado* una diferencia significativa ( $p = ,000$ ) de  $\chi^2 = 988,912$  y  $gl = 292$ . De este modo, podemos concluir que el modelo de ocho dimensiones es adecuado para los dos grupos mencionados. No obstante, las saturaciones de los ítems son sustancialmente diferentes entre ellos de tal forma que el modelo se ajusta significativamente mejor en el caso de las personas mayores que en el de las personas en situación de desventaja

social. Entre las razones que podrían explicar esta circunstancia, podríamos argüir la mayor homogeneidad presentada entre el conjunto de personas mayores tanto en sus características personales como en las de los servicios sociales que reciben, frente a la gran diversidad de situaciones, condiciones y diferencias individuales e intergrupales que se combinan en el colectivo de personas en situación de riesgo de exclusión social.

El segundo objetivo consistió en realizar un estudio preliminar sobre las características psicométricas de la Escala GENCAT mediante el empleo del *Modelo de Escalas de Clasificación de Rasch* (RSM, 'Rating Scale Model') (Andrich, 1978; Wright y Masters, 1982).

Antes de ello, realizamos las comprobaciones previas pertinentes sobre el ajuste de los datos al modelo: (a) las correlaciones *punto-biserial* fueron positivas en todos los casos (,13 y ,82); (b) las medidas empíricas observadas ítem-categoría aparecieron correctamente ordenadas en función del nivel de atributo en todos los ítems salvo en tres ('El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable' en Bienestar material, 'Tiene dificultades de acceso a los recursos de atención sanitaria' en Bienestar físico y 'En el servicio al que acude se respeta su intimidad' en Derechos), en el que aparecen intercambiadas las categorías 1 y 2; (c) la función de las categorías fue adecuada en todos los casos; de hecho, cada categoría contó con más de 1.000 observaciones, superando ampliamente el número mínimo de respuestas recomendado (i.e., 10 observaciones). Además las medidas promedio para las categorías ( $\tau$ ) avanzaban de forma creciente en todas las dimensiones excepto en Bienestar material y Derechos, en las que la categoría 3 resultó especialmente ruidosa; (d) la cantidad de varianza explicada por las medidas confirmó la unidimensionalidad de las ocho subescalas; y (e) el estudio del desajuste de los ítems ('*item misfit*') confirmó la ubicación de los ítems dentro del rango recomendado (Linacre, 2002) con las únicas salvedades de tres ítems ('Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos' de Derechos, 'En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias' de Autodeterminación y 'Tiene una vida sexual satisfactoria' de Relaciones interpersonales, que presentaron valores ligeramente superiores a 2).

1. Una vez realizadas las comprobaciones previas de ajuste de los datos al modelo, procedimos a comprobar la *unidimensionalidad* de cada factor o subescala. En este sentido, el análisis de componentes principales de las ocho subescalas dio lugar a porcentajes entre el 36% y el 58,7% de varianza explicada por los datos modelados. Más concretamente, el análisis de las subescalas Relaciones interpersonales y Autodeterminación dieron lugar a porcentajes

ligeramente inferiores al valor recomendado del 60%, mientras la mayoría superaron el comúnmente utilizado del 40%. Únicamente las subescalas de Bienestar físico y Bienestar material no alcanzaron dicho valor, aunque si obtuvieron valores muy cercanos. Estos resultados, junto con los primeros contrastes en cada análisis de componentes principales (con valores propios inferiores a 3,0, valor considerado como indicativo de la existencia de una segunda dimensión, nos llevaron a confirmar la unidimensionalidad de las ocho subescalas de calidad de vida.

2. En segundo lugar, analizamos el *ajuste de los datos al modelo*. Por un lado, en cuanto al ajuste de las personas, resulta llamativo que Relaciones interpersonales es la única subescala que no presenta datos extremos, mientras Derechos y Bienestar material presentan más de 600 casos extremos. Además, encontramos un ajuste perfecto de las personas en Autodeterminación e Inclusión social tanto en el caso del infit como del outfit, y en Bienestar físico en el caso del infit. El resto de valores osciló entre  $-.1$  y  $.1$ . Finalmente, los valores de MNSQ estuvieron muy próximos a 1 en todos los casos. Por todos estos motivos, podemos concluir que el ajuste global de las personas muestra que las respuestas se ajustan a los patrones de respuestas pronosticados por el modelo. Por otro lado, con respecto al ajuste global de los ítems, los valores MNSQ confirmaron el ajuste de los ítems al RSM en todos los casos. Esta vez, fueron Bienestar emocional e Inclusión social las subescalas que mostraron un ajuste perfecto y Bienestar material superó el valor  $|1,0|$  aunque no de modo sustancial. Dado que todos los valores estaban comprendidos dentro del rango considerado como adecuado, confirmamos el ajuste global de los ítems al modelo. El análisis más pormenorizado del ajuste de los ítems, reveló además que las dimensiones más precisas son Bienestar emocional, Desarrollo personal, Autodeterminación e Inclusión social. En cambio, los ítems menos precisos son 'El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad' ('MODEL S.E.' = ,05) y 'El lugar donde vive está limpio' ('MODEL S.E.' = ,05) de Bienestar material, 'En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma' ('MODEL S.E.' = ,07) de Bienestar físico, y 'En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos' ('MODEL S.E.' = ,05), 'El servicio respeta la privacidad de la información' ('MODEL S.E.' = ,05) y 'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos' ('MODEL S.E.' = ,08) de Derechos. Ningún ítem presentó dependencia o determinismo (valores por debajo de 0,60). Sin embargo, cinco de los 69 ítems, mostraron falta de ajuste, ruido o alta variabilidad aleatoria en los datos (valores sustancialmente superiores a 1,5: 'Tiene una vida sexual satisfactoria' de Relaciones interpersonales, 'Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria' y 'En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma' de Bienestar físico, 'En el servicio al que acude tienen en

cuenta sus preferencias' de Autodeterminación y 'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos' de Derechos). En conclusión, la mayor parte de los parámetros de los ítems de la Escala GENCAT muestran un comportamiento adecuado según lo postulado por el modelo de Rasch, de tal modo que todos presentan un ajuste adecuado, con la excepción del último ítem ('Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos' de Derechos, cuyo ajuste es harto discutible).

3. Para calcular la *fiabilidad*, se utilizó el índice de separación de ítems ('*item separation reliability*') y el índice de separación de personas ('*person separation reliability*'). En cuanto al primero, obtuvimos un índice de fiabilidad de los ítems igual a 1 en todas las subescalas, por lo que podemos afirmar que la fiabilidad de los ítems es máxima. En cambio, los índices de fiabilidad de las personas fueron más bajos y mucho más dispares entre las subescalas. En este sentido, Autodeterminación fue la única dimensión que obtuvo un valor superior al considerado como aceptable ( $,82$ ), mientras Bienestar material obtuvo un coeficiente de fiabilidad tan bajo ( $,15$ ) que su fiabilidad relativa a las personas se torna muy cuestionable. El resto de los valores osciló entre  $,23$  (Bienestar físico) y  $,77$  (Bienestar emocional). Los resultados relativos a los índices de separación de los ítems y las personas confirmaron los resultados anteriores, de tal modo que el índice de separación de los ítems superó el valor  $2,00$  en todos los casos (de hecho, superó el valor  $18$  en todos los casos y alcanzó el valor  $39,19$  en Relaciones interpersonales). Sin embargo, el índice de separación de las personas solo superó el valor  $2,00$  en el caso de la subescala Autodeterminación ( $2,16$ ). Los índices de separación más bajos se obtuvieron en Bienestar material ( $0,41$ ) y Bienestar físico ( $0,55$ ).

4. A continuación llevamos a cabo la *calibración* de los ítems. En términos generales, podemos concluir que existe un equilibrio en todas las escalas en cuanto al número de ítems difíciles (por encima de  $0$  logits) y fáciles (por debajo de  $0$  logits). En cuanto a su distribución a lo largo del continuo de la dimensión de calidad de vida que evalúan, Relaciones interpersonales es la que muestra un mayor rango y mejor distribución de los ítems junto con Inclusión social. Por otro lado, las dimensiones que presentan mayores saltos o 'gaps' entre los ítems son Bienestar material (con un ítem muy difícil en comparación con el resto: '*Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos*'), Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación y Derechos (con un ítem muy fácil en comparación con el resto: '*El servicio al que acude tiene en cuenta su desarrollo personal*', '*En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma*', '*En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias*' y '*Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos*'). Finalmente, Bienestar emocional es la subescala cuyos ítems se aglutinan en un rango menor, pero adecuadamente distribuidos sin grandes saltos entre ellos.

El análisis de la adecuación del nivel de dificultad de los ítems para la muestra confirma estos resultados, poniendo de manifiesto la adecuación casi perfecta de los ítems de Relaciones interpersonales. Para Bienestar emocional, en cambio, sería recomendable incluir ítems más fáciles y, sobre todo más difíciles. Es muy aconsejable incluir ítems de mayor dificultad en Bienestar material, Bienestar físico y Derechos, ya que la mayoría de los incluidos resultan demasiado fáciles para los participantes. En Desarrollo personal y Autodeterminación convendría incluir sobre todo ítems más difíciles, aunque también se echa en falta alguno en los niveles más fáciles. Por último, en Inclusión social sería adecuado incluir ítems de mayor dificultad, mientras un ítem (*'Es rechazado o discriminado por los demás'*) resulta demasiado fácil para los participantes. En cuanto a la adecuación de las categorías de respuesta a la muestra, observamos que, si bien las categorías extremas son las más probables en todos los casos, las cuatro opciones de respuesta resultan adecuadas en todas las subescalas, salvo en Relaciones interpersonales, Bienestar material y Derechos, en las que la opción 2 (*'algunas veces'* o *'frecuentemente'* según la valencia del ítem) no resulta demasiado adecuada. Por otro lado, las curvas de información de las categorías ponen de manifiesto que las opciones que aportan más información son las extremas (*'nunca o casi nunca'* en primer lugar, seguida de *'siempre o casi siempre'*) en Relaciones interpersonales, Bienestar material y Derechos. Bienestar emocional es la única subescala en la que las opciones intermedias (*'algunas veces'* y *'frecuentemente'*) aportan más información que las extremas. En Autodeterminación e Inclusión social la categoría que aporta más información es *'frecuentemente'*, seguida de *'nunca o casi nunca'*. Finalmente, en Inclusión social y Bienestar físico la categoría que más información aporta es *'nunca o casi nunca'* y la que aporta menos es *'algunas veces'*.

5. Para evaluar la precisión de las medidas, analizamos las funciones de información de los ítems y de los tests. En resumen, podemos afirmar que los ítems que menos información proporcionan son los de Bienestar emocional (0,62), Desarrollo personal (0,86) y Autodeterminación (0,89). El resto de las dimensiones superaron el valor 1,00 de información, siendo Derechos la que mostró el valor mayor (1,24). La función de información de los tests revela también que en Relaciones interpersonales, Bienestar material y Derechos, los tests proporcionan la máxima información cuando  $\theta$  se sitúa entre -0,5 y 0,0. Autodeterminación, Inclusión social, Bienestar físico y Desarrollo personal proporcionan, en cambio, su máxima información en los niveles de la medida comprendidos entre aproximadamente -0,02 y + 0,02, mientras la región de máxima información de la subescala Bienestar emocional se sitúa aproximadamente entre -0,04 y 0,01.



6. El análisis de la invarianza se realizó por género y por grupo o condición. El análisis de la invarianza de los ítems entre hombres y mujeres dio lugar a 12 ítems que se situaban fuera del margen de invarianza a un nivel de confianza del 95%. Sin embargo, el análisis del DIF solo confirmó el funcionamiento diferencial de un ítem: el i39 *'Tiene un buen aseo personal'* de Bienestar físico, que resultó más fácil para las mujeres que para los hombres. Si atendemos a su contenido, no podemos afirmar que exista sesgo a favor de un género u otro. Por otro lado, el análisis de la invarianza por grupos (personas mayores por un lado y personas en situación de desventaja social por otro) resultó mucho más controvertido: 36 ítems se ubicaron claramente fuera del área de invarianza y otros tantos lo hicieron en la zona límite de tal modo que su invarianza se tornaba también muy discutible. Sólo la invarianza resultó clara en el caso de 14 ítems. No obstante, el análisis del DIF tan sólo confirmó funcionamiento diferencial en 10 de ellos: *'Tiene problemas de comportamiento'* de Bienestar emocional, que resulta más difícil para las personas en situación de desventaja social; *'La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya'* de Relaciones interpersonales, que resulta más difícil para las personas mayores; *'Tiene acceso a nuevas tecnologías'* de Desarrollo personal, que resulta más difícil para las personas mayores; *'Dispone de ayudas técnicas si las necesita'*; *'Sus hábitos de alimentación son saludables'* y *'Tiene un buen aseo personal'*, que resultan más difíciles para las personas en desventaja social; *'Tiene metas, objetivos e intereses personales'* y *'Elige con quién vivir'* en Autodeterminación, el primero resulta más difícil para los mayores mientras el segundo lo es para las personas en desventaja social; *'Utiliza entornos comunitarios'* en Inclusión social, resulta mucho más difícil para los mayores; y en Derechos *'Tiene limitado algún derecho legal'* resulta más difícil para las personas en desventaja social. De este modo, Bienestar físico y Autodeterminación resultaron las subescalas más problemáticas en este sentido. Así, comprobamos que 6 de los 10 ítems señalados resultan más difíciles para las personas en situación de riesgo de exclusión social, por lo que podría existir un cierto sesgo para este colectivo en tales ítems. Una discusión más detenida sobre estos y otros aspectos se incluye en el último capítulo de este trabajo.



*La Calidad de Vida de los  
Usuarios de Servicios  
Sociales en Cataluña*

*Capítulo 6*



## **CAPÍTULO 6.**

### **LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES EN CATALUÑA**

#### **6. 1. Planteamiento inicial**

Una vez desarrollada la Escala GENCAT y al haber constatado que existían evidencias suficientes mediante diversos métodos de sus cualidades psicométricas y, por consiguiente, sobre la validez y fiabilidad de las puntuaciones proporcionadas, nos encontrábamos en la fase de la investigación propicia para estudiar con detenimiento las puntuaciones obtenidas por los participantes. A partir de tal examen de las puntuaciones, podrían extraerse conclusiones sobre la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales de Cataluña que servirían de guía u orientación para la propuesta de líneas de intervención o mejora de la calidad de vida o de determinadas dimensiones concretas tanto de forma general como para ciertos colectivos en concreto.

Por este motivo, utilizando como procedimiento de estimación de la calidad de vida las puntuaciones directas (en los ítems de forma individual o las puntuaciones sumativas de los ítems que conforman las diferentes dimensiones de calidad de vida y la escala total; i.e., desde la perspectiva de la TCT), procedimos a interpretar las puntuaciones obtenidas por las personas evaluadas.

En las siguientes páginas describiremos el método utilizado para el estudio objetivo de la calidad de vida de estos usuarios y pormenorizaremos los resultados y conclusiones extraídas de tal estudio. No obstante, reservaremos el séptimo y último capítulo de este trabajo para la exposición y discusión de las conclusiones de la presente investigación.

## 6. 2. Objetivo general e hipótesis

El desarrollo del presente capítulo ha estado guiado por el objetivo general consistente en el estudio y análisis de la calidad de vida 'objetiva' de los usuarios de servicios sociales proporcionados por el ICASS en Cataluña. Para ello, una vez aportadas evidencias acerca de la validez y fiabilidad de la Escala GENCAT para servir a tal fin, detallamos a continuación las principales hipótesis que han motivado el proceso de investigación.

**Hipótesis 1.** Los resultados en calidad de vida serán, como en la mayor parte de los estudios de calidad de vida, positivos.

- H. 1. 1** Las puntuaciones en la *escala total* están por encima del punto medio teórico de la escala.
- H. 1. 2** Las puntuaciones en *Bienestar emocional* están por encima del punto medio teórico de la escala.
- H. 1. 3** Las puntuaciones en *Relaciones interpersonales* están por encima del punto medio teórico de la escala.
- H. 1. 4** Las puntuaciones en *Bienestar material* están por encima del punto medio teórico de la escala.
- H. 1. 5** Las puntuaciones en *Desarrollo personal* están por encima del punto medio teórico de la escala.
- H. 1. 6** Las puntuaciones en *Bienestar físico* están por encima del punto medio teórico de la escala.
- H. 1. 7** Las puntuaciones en *Autodeterminación* están por encima del punto medio teórico de la escala.
- H. 1. 8** Las puntuaciones en *Inclusión social* están por encima del punto medio teórico de la escala.
- H. 1. 9** Las puntuaciones en *Derechos* están por encima del punto medio teórico de la escala.

**Hipótesis 2.** Existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas evaluadas en función de diversas variables sociodemográficas.

- H. 2. 1** Existen diferencias significativas en la calidad de vida en función del *género*.
- H. 2. 2** Existen diferencias significativas en la calidad de vida en función de la *edad*.
- H. 2. 3** Existen diferencias significativas en la calidad de vida en función del *ámbito geográfico* en el que se ubica el centro proveedor de servicios del que la persona es usuaria.
- H. 2. 4** Existen diferencias significativas en la calidad de vida en función de la *condición* o el colectivo.
- H. 2. 5** Existen diferencias significativas en la calidad de vida en función del *estado civil*.
- H. 2. 6** Existen diferencias significativas en la calidad de vida en función del *lugar de residencia*.
- H. 2. 7** Existen diferencias significativas en la calidad de vida en función del *nivel educativo*.

**Hipótesis 3.** *La distribución conjunta de las puntuaciones obtenidas por los participantes (divididas en tres grupos: puntuaciones altas, medias y bajas) y distintas variables sociodemográficas no se ajustan al modelo de equiprobabilidad.*

- H. 3. 1** Las puntuaciones en la escala total y en las dimensiones de calidad de vida por la variable *género* no se ajustan al modelo de equiprobabilidad.
- H. 3. 2** Las puntuaciones en la escala total y en las dimensiones de calidad de vida por la variable *edad* no se ajustan al modelo de equiprobabilidad.
- H. 3. 3** Las puntuaciones en la escala total y en las dimensiones de calidad de vida por la variable *condición* no se ajustan al modelo de equiprobabilidad.
- H. 3. 4** Las puntuaciones en la escala total y en las dimensiones de calidad de vida por la variable *estado civil* no se ajustan al modelo de equiprobabilidad.
- H. 3. 5** Las puntuaciones en la escala total y en las dimensiones de calidad de vida por la variable *lugar de residencia* no se ajustan al modelo de equiprobabilidad.
- H. 3. 6** Las puntuaciones en la escala total y en las dimensiones de calidad de vida por la variable *nivel educativo* no se ajustan al modelo de equiprobabilidad.

**Hipótesis 4.** *Las puntuaciones obtenidas en las subescalas permiten predecir la pertenencia a los grupos calidad de vida alta, media o baja (en función de la puntuación total obtenida en la Escala GENCAT).*

- H. 4. 1** La puntuación obtenida en los ítems que conforman la dimensión *Bienestar emocional* permite predecir la pertenencia a los grupos calidad de vida alta, media o baja en función de la puntuación total.
- H. 4. 2** La puntuación obtenida en los ítems que conforman la dimensión *Relaciones interpersonales* permite predecir la pertenencia a los grupos calidad de vida alta, media o baja en función de la puntuación total.
- H. 4. 3** La puntuación obtenida en los ítems que conforman la dimensión *Bienestar material* permite predecir la pertenencia a los grupos calidad de vida alta, media o baja en función de la puntuación total.
- H. 4. 4** La puntuación obtenida en los ítems que conforman la dimensión *Desarrollo personal* permite predecir la pertenencia a los grupos calidad de vida alta, media o baja en función de la puntuación total.
- H. 4. 5** La puntuación obtenida en los ítems que conforman la dimensión *Bienestar físico* permite predecir la pertenencia a los grupos calidad de vida alta, media o baja en función de la puntuación total.
- H. 4. 6** La puntuación obtenida en los ítems que conforman la dimensión *Autodeterminación* permite predecir la pertenencia a los grupos calidad de vida alta, media o baja en función de la puntuación total.
- H. 4. 7** La puntuación obtenida en los ítems que conforman la dimensión *Inclusión social* permite predecir la pertenencia a los grupos calidad de vida alta, media o baja en función de la puntuación total.
- H. 4. 8** La puntuación obtenida en los ítems que conforman la dimensión *Derechos* permite predecir la pertenencia a los grupos calidad de vida alta, media o baja en función de la puntuación total.

## 6. 3. Método

### 6. 3. 1. Participantes

La muestra teórica estuvo compuesta por 3.029 usuarios de 239 centros proveedores de servicios sociales de Cataluña (dependientes del ICASS). Las características sociodemográficas de la muestra se describieron con detalle en el *Capítulo 4* de este trabajo (vid. *apartado 4.3.3.1. Características sociodemográficas de los usuarios evaluados*). Llegados a este punto, conviene señalar que el procedimiento de selección de los participantes (un diseño muestral probabilístico estratificado y polietápico) aseguraría la representatividad de la muestra y, por tanto, la posible generalización de las conclusiones a otras personas de similares características (vid *apartado 4.3.1*). No obstante, tratamos a continuación de profundizar aún más en la descripción de los participantes mediante la combinación de distintas variables. Un resumen de la información adicional, con la combinación de las variables más interesantes para el estudio se presenta en las Tablas 128, 129 y 130, así como en las Figuras 210-213.

Tabla 128. Resumen de frecuencias de los participantes por condición, ámbito y género

Condición	Ámbito	Hombre	%	Mujer	%	N
<i>Personas mayores (residencias)</i>	Ámbito metropolitano	149	26,607	411	73,393	560
	Comarcas Gerundenses	73	31,878	156	68,122	229
	Campo de Tarragona	56	39,437	86	60,563	142
	Tierras del Ebro	32	36,364	56	63,636	88
	Ámbito de Poniente	66	34,737	124	65,263	190
	Comarcas Centrales	32	39,024	50	60,976	82
	Alto Pirineo y Aragón	19	46,341	22	53,659	41
	<i>n</i>		427	32,057	905	67,943
<i>Personas mayores (centros de día)</i>	Ámbito metropolitano	30	34,884	56	65,116	86
	Comarcas Gerundenses	6	24,000	19	76,000	25
	Campo de Tarragona	3	13,636	19	86,364	22
	Tierras del Ebro	3	17,647	14	82,353	17
	Ámbito de Poniente	15	34,091	29	65,909	44
	Comarcas Centrales	8	24,242	25	75,758	33
	Alto Pirineo y Aragón	7	25,000	21	75,000	28
	<i>n</i>		72	28,235	183	71,765



Tabla 129. Resumen de frecuencias de los participantes por condición, ámbito y género (cont.)

Condición	Ámbito	Hombre	%	Mujer	%	N
<i>Discapacidad física</i>	Ámbito metropolitano	102	56,983	77	43,017	179
	Comarcas Gerundenses	37	60,656	24	39,344	61
	Campo de Tarragona	17	51,515	16	48,485	33
	Tierras del Ebro	2	50,000	2	50,000	4
	Ámbito de Poniente	20	51,282	19	48,718	39
	Comarcas Centrales	13	43,333	17	56,667	30
	Alto Pirineo y Aragón	3	75,000	1	25,000	4
	<i>n</i>	194	55,429	156	44,571	350
<i>Discapacidad intelectual</i>	Ámbito metropolitano	148	57,143	111	42,857	259
	Comarcas Gerundenses	36	46,753	41	53,247	77
	Campo de Tarragona	23	41,071	33	58,929	56
	Tierras del Ebro	15	62,500	9	37,500	24
	Ámbito de Poniente	46	70,769	19	29,231	65
	Comarcas Centrales	55	61,111	35	38,889	90
	Alto Pirineo y Aragón	2	40,000	3	60,000	5
	<i>n</i>	325	56,424	251	43,576	576
<i>Salud mental</i>	Ámbito metropolitano	113	61,413	71	38,587	184
	Comarcas Gerundenses	12	48,000	13	52,000	25
	Campo de Tarragona	10	62,500	6	37,500	16
	Tierras del Ebro	13	81,250	3	18,750	16
	Ámbito de Poniente	10	66,667	5	33,333	15
	Comarcas Centrales	27	58,696	19	41,304	46
	Alto Pirineo y Aragón	2	50,000	2	50,000	4
	<i>n</i>	187	61,111	119	38,889	306
<i>Drogodependencias</i>	Ámbito metropolitano	26	86,667	4	13,333	30
	Comarcas Gerundenses	25	86,207	4	13,793	29
	Campo de Tarragona					
	Tierras del Ebro					
	Ámbito de Poniente	10	71,429	4	28,571	14
	Comarcas Centrales					
	Alto Pirineo y Aragón					
	<i>n</i>	61	83,562	12	16,438	73
<i>VIH/SIDA</i>	Ámbito metropolitano	29	56,863	22	43,137	51
	Comarcas Gerundenses	18	78,261	5	21,739	23
	Campo de Tarragona	4	57,143	3	42,857	7
	Tierras del Ebro					
	Ámbito de Poniente					
	Comarcas Centrales					
	Alto Pirineo y Aragón					
	<i>n</i>	51	62,963	30	37,037	81

Tabla 130. Tabla de Burt para las variables condición, género, estado civil y residencia

	<u>PM res</u>	<u>PM cd</u>	<u>DF</u>	<u>DI</u>	<u>SM</u>	<u>DR</u>	<u>VS</u>	<u>H</u>	<u>M</u>	<u>SO</u>	<u>SP</u>	<u>VI</u>	<u>CA</u>	<u>SE</u>	<u>DI</u>	<u>IN</u>	<u>IA</u>	<u>FA</u>	<u>PT</u>	<u>RE</u>	<u>OT</u>	
<u>PM res</u>	<b>1295</b>																					
<u>PM cd</u>		<b>248</b>																				
<u>DF</u>			<b>342</b>																			
<u>DI</u>				<b>560</b>																		
<u>SM</u>					<b>303</b>																	
<u>DR</u>						<b>69</b>																
<u>VS</u>							<b>79</b>															
<u>H</u>	413	69	188	319	184	59	50	<b>1282</b>														
<u>M</u>	882	179	154	241	119	10	29		<b>1614</b>													
<u>SO</u>	320	20	222	507	207	31	38	780	565	<b>1345</b>												
<u>SP</u>	20		32	43	27	15	7	70	74		<b>144</b>											
<u>VI</u>	740	160	20	1	10	1	5	180	757			<b>937</b>										
<u>CA</u>	148	58	20	5	4	6	1	127	115				<b>242</b>									
<u>SE</u>	47	6	22	1	31	12	20	77	62					<b>139</b>								
<u>DI</u>	20	4	26	3	24	4	8	48	41						<b>89</b>							
<u>IN</u>	7	5		3		14	1	19	11	8	2	8	5	6	1	<b>30</b>						
<u>IA</u>	20	26	3	11	3	4	1	33	35	13	8	31	10	6			<b>68</b>					
<u>FA</u>	18	126	20	28	2	19		73	140	56	14	96	43	1	3			<b>213</b>				
<u>PT</u>	3	4	1	148	1		3	86	74	133	21	2	1	1	2				<b>160</b>			
<u>RE</u>	1242	53	317	335	270	23	65	1013	1292	1070	94	774	175	114	78					<b>2305</b>		
<u>OT</u>	5	34	1	35	27	9	9	58	62	65	5	26	8	11	5						<b>120</b>	

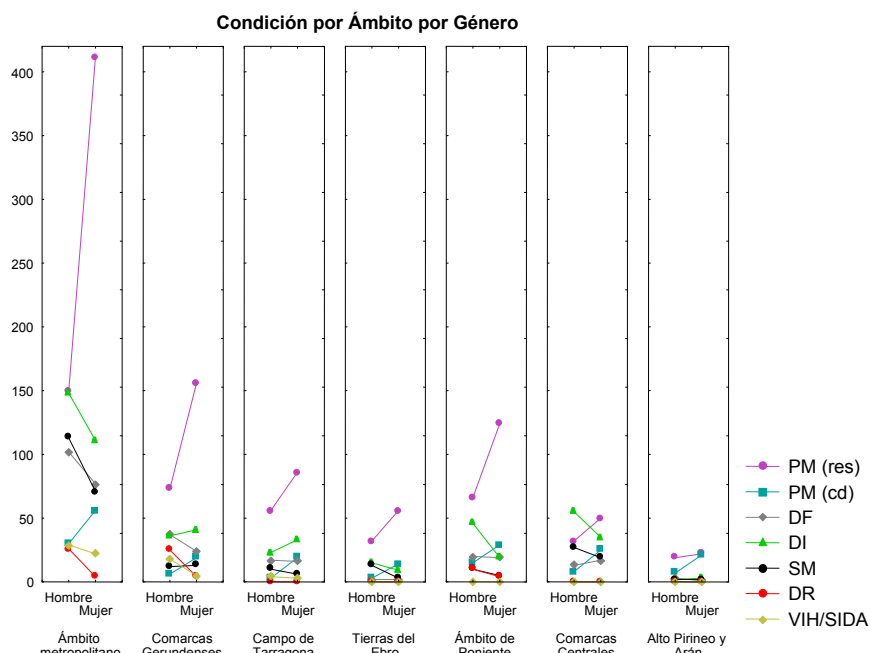


Figura 210. Frecuencias de participantes por condición, ámbito y género

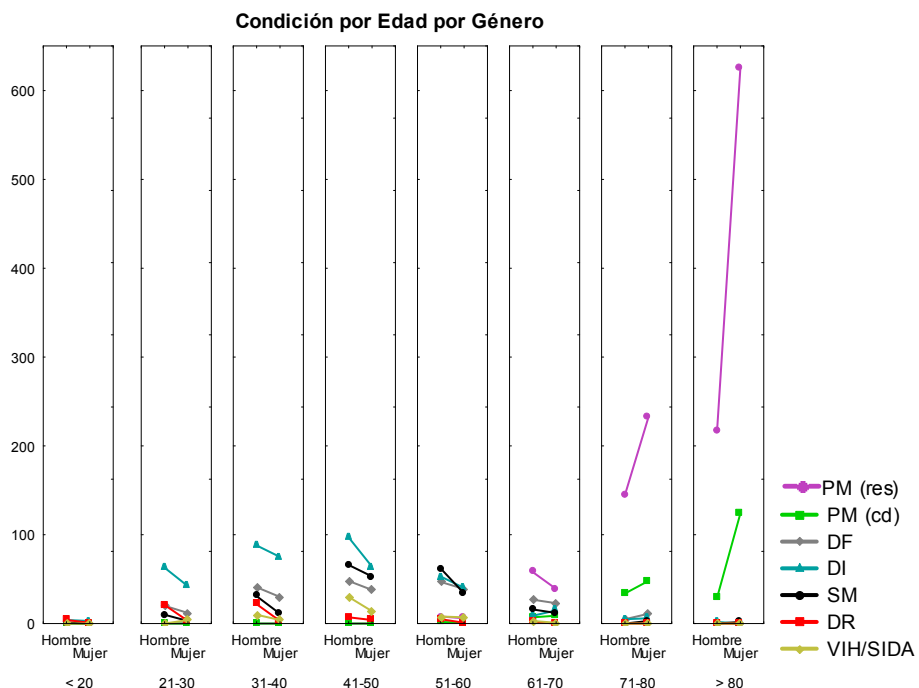


Figura 211. Frecuencias de participantes por condición, edad y género

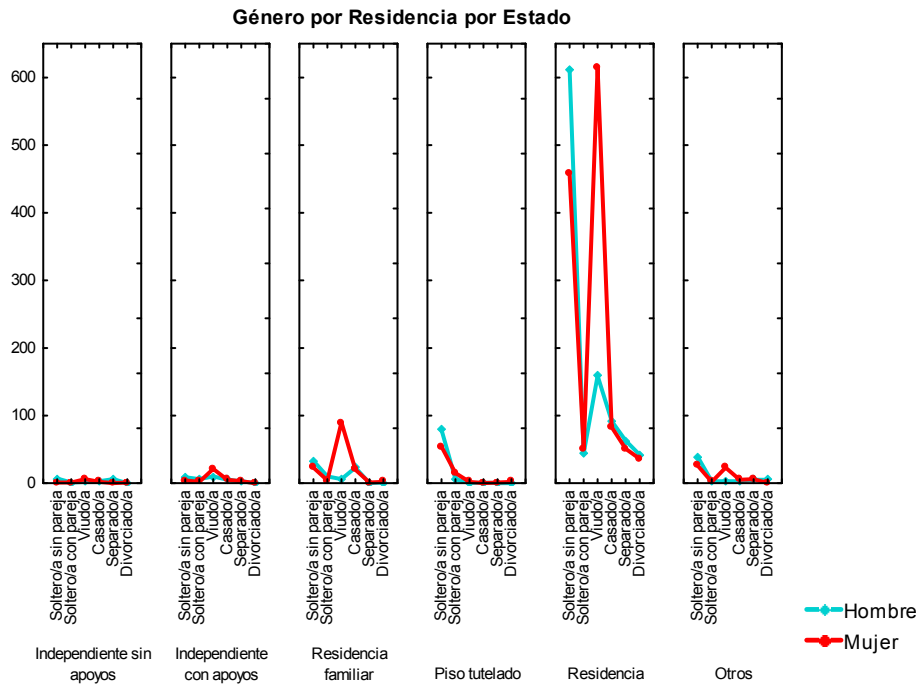


Figura 212. Frecuencias de participantes por género, residencia y estado civil

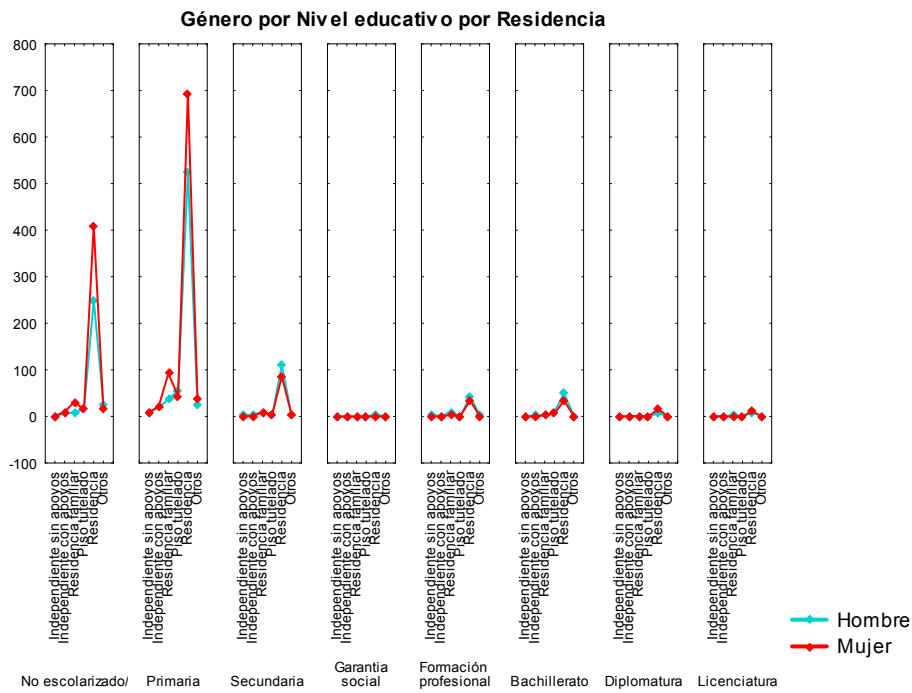


Figura 213. Frecuencias de participantes por género, nivel educativo y residencia

Dado que describir de forma exhaustiva todas las combinaciones entre las variables contenidas en las tablas y las figuras resultaría tedioso, simplemente nos limitaremos a destacar los perfiles más destacados. De este modo, parece que el perfil más frecuente en la muestra es el de *mujer mayor de ochenta años, viuda y en una residencia del ámbito metropolitano*. Entre las personas con discapacidad física e intelectual y quienes presentan problemas de salud mental, drogodependencias y VIH/SIDA son más numerosos los *hombres, los solteros sin pareja* y aquellos que viven en *residencias*. Además llama la atención el hecho de que, mientras las *mujeres* son el colectivo más numeroso en todos los ámbitos geográficos, en las Comarcas Centrales el número de hombres evaluados ha superado al de mujeres. Otra situación destacable consiste en que el número de mujeres es superior al de los hombres en todos los tipos de *vivienda* excepto en cuatro casos: los solteros sin pareja que residían en la vivienda familiar, en pisos tutelados, residencias y otro tipo de lugares no considerados en el estudio. Por último, mencionar que cuando consideramos el *nivel de estudios alcanzado*, también son las mujeres las que constituyen la mayoría en todas las categorías con las únicas excepciones de quienes terminaron Secundaria, Formación profesional o Bachillerato que vivían en residencias, para las que observamos un número superior de hombres.

### 6.3.2. Instrumento

Como resulta obvio, el instrumento utilizado para evaluar la calidad de vida de los participantes en esta investigación, fue la Escala GENCAT de calidad de vida (Verdugo et al., 2008a), prueba cuyo desarrollo, validación y calibración se han descrito con detalle en las páginas previas y que, como es sabido, consta de 69 ítems que evalúan de forma objetiva las ocho dimensiones de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003) (vid. apartado 4.3 y Apéndices C y D).

### 6.3.3. Procedimiento

Todos los análisis utilizados y descritos en este capítulo se han llevado a cabo mediante los siguientes paquetes estadísticos: SPSS 15.0 (SPSS, 2006), SAS 9.1.3 (SAS Institute, 2007), Statistica version 8.0 (StatSoft, 2007) y G\*Power 3 (Faul, Erdfelder, Buchner y Lang, 2009) para Windows.

## 6. 4. Resultados

Tras la aplicación de la Escala GENCAT a una muestra representativa, se procedió a estudiar los resultados obtenidos en la calidad de vida de la población evaluada. En los siguientes epígrafes presentaremos, en primer lugar, la distribución de las puntuaciones obtenidas (tanto en la escala total como en cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida) y, en segundo lugar, el estudio de las diferencias en las puntuaciones obtenidas en función de las distintas variables sociodemográficas consideradas en el estudio. No obstante, antes de proceder al análisis de las distribuciones y a la contrastación de las hipótesis anteriormente planteadas, destacamos una tabla (Tabla 131) con los estadísticos descriptivos para cada una de las variables ordinales evaluadas, a ella haremos referencia en la interpretación de los resultados a lo largo de las siguientes páginas.

Tabla 131. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones de la Escala GENCAT

Descriptivos	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	Total
Media	23,479	27,077	28,887	21,498	27,800	24,116	23,046	35,868	211,693
E. T. Media	,092	,088	,052	,086	,052	,128	,071	,072	,466
N válido	2971	2875	2975	2982	2966	2968	2960	2955	2627
Mediana	24	27	29	22	28	25	23	37	212
Moda	25	28	32	23	29	27	23	40	209
Frecuencia de la Moda	238	252	645	262	431	166	323	652	49
Mínimo	8	10	14	8	17	9	9	17	136
Máximo	32	39	32	32	32	36	32	40	272
Pto. Medio Teórico	16	20	16	16	16	18	16	20	138
Varianza	24,883	22,501	8,115	21,804	8,022	48,405	14,714	15,518	57,571
DT	4,106	3,799	2,234	3,779	2,305	5,854	3,087	3,185	19,544
Rango	24	29	18	24	15	27	23	23	136
Percentiles 25	20	24	27	18	26	19	20	34	195
50	24	27	29	22	28	25	23	37	212
75	27	31	31	25	30	30	26	39	229
Asimetría	-,373	-,371	-1,067	-,154	-,549	-,213	-,137	-1,035	-,082
Curtosis	-,416	-,022	1,133	-,363	-,098	-,944	-,264	,713	-,453

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

Dentro de los resultados recogidos en la Tabla 131, se encuentran los coeficientes de asimetría  $G_1$  y curtosis  $G_2$  (estimadores insesgados de contraste individual de asimetría y curtosis), a partir de los cuales realizamos el contraste conjunto de la hipótesis de normalidad de nuestra muestra. Como se puede observar en la Tabla 132, para un nivel de significación del 5%, los contrastes de normalidad de Kolmorov-Smirnov-Lilliefors rechazan la hipótesis nula de normalidad tanto para las puntuaciones obtenidas en la escala total como para las alcanzadas en las distintas dimensiones o subescalas. La misma situación ocurre si consideramos un nivel de significación del 1%.

Tabla 132. Prueba de normalidad univariada (Kolmorov-Smirnov)

Dimensiones	Kolmorov-Smirnov	gl	p
Bienestar emocional	,079	2627	,000
Relaciones interpersonales	,065	2627	,000
Bienestar material	,159	2627	,000
Desarrollo personal	,061	2627	,000
Bienestar físico	,117	2627	,000
Autodeterminación	,063	2627	,000
Inclusión social	,060	2627	,000
Derechos	,146	2627	,000
Total	,030	2627	,000

NOTA. K-S = Kolmorov-Smirnov, con corrección de Lilliefors

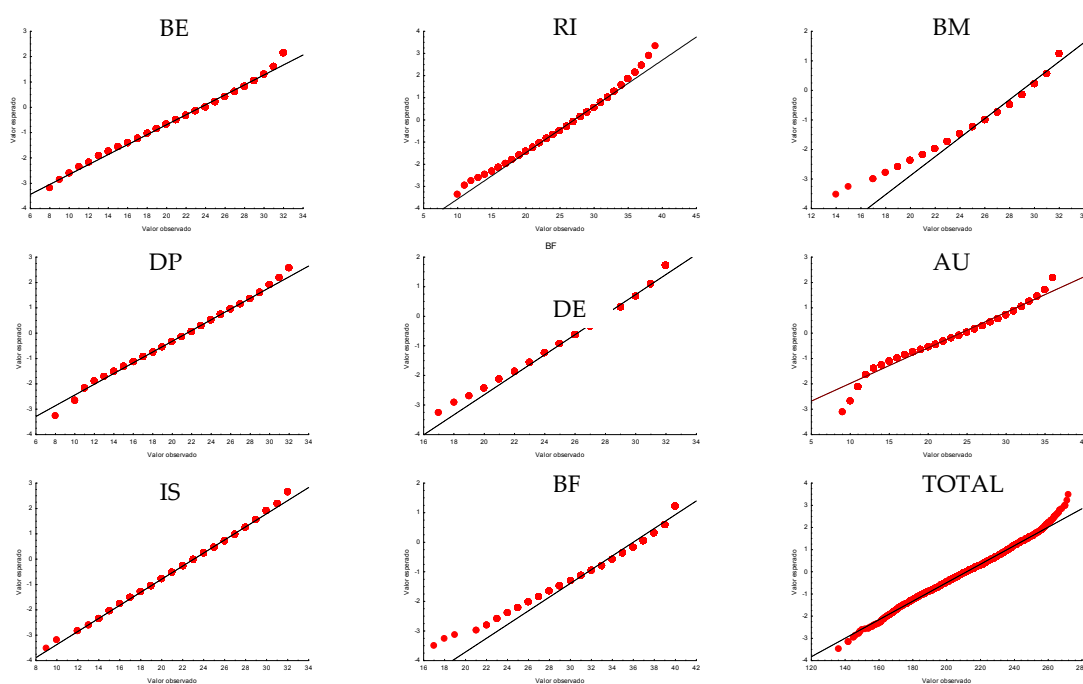


Figura 214. Gráficos de probabilidad normal de las puntuaciones de la Escala GENCAT

A pesar de que los contrastes Kolmorov-Smirnov-Lilliefors para ambos niveles de significación (5% y 1%) permiten rechazar la hipótesis de normalidad, en los gráficos  $q-q$  (gráficos cuantil-cuantil) de probabilidad normal (Figura 214), parece que el ajuste a la recta es bastante bueno especialmente en el caso de las dimensiones Bienestar emocional e Inclusión social. El caso contrario (i.e., ajuste escaso) lo observamos en las dimensiones Bienestar material, Autodeterminación y Derechos. La Tabla 133 recoge el contraste multivariante de normalidad, que consta de los coeficientes de asimetría  $G_1$  y curtosis  $G_2$  multivariantes y sus  $p$ -valores asociados, así como el estadístico conjunto de asimetría y curtosis multivariante con su correspondiente  $p$ -valor.

Tabla 133. Contraste multivariante de normalidad

Test	Asimetría		Curtosis			Asimetría y curtosis
	Small	Srivasta	Small	Srivasta	Mardia	Small
Valor	1007,582	45,755	602,855	3,229	85,540	161,439
gl	9	9	9			18
N (b2p)				7,192	-24,515	
p	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Como era esperable, en este caso, los contrastes de asimetría y curtosis multivariantes considerados tanto por separado como de forma conjunta obligan igualmente a rechazar la hipótesis nula de asimetría y normalidad (y en consecuencia de normalidad multivariante) para cualquier nivel de significación, puesto que todos los valores  $p$ -asociados de los test de Small, Srivasta y Mardia son de ,000.

Tabla 134. Distancias de Mahalanobis al cuadrado

Caso	Distancia de Mahalanobis <sup>2</sup>	
2119	4,19	
820	36,43	
2156	36,35	
1282	34,57	
503	34,05	
F crítica (.05 / n)	37,58	gl 9,2617
F crítica (.01 / n)	41,39	gl 9,2617



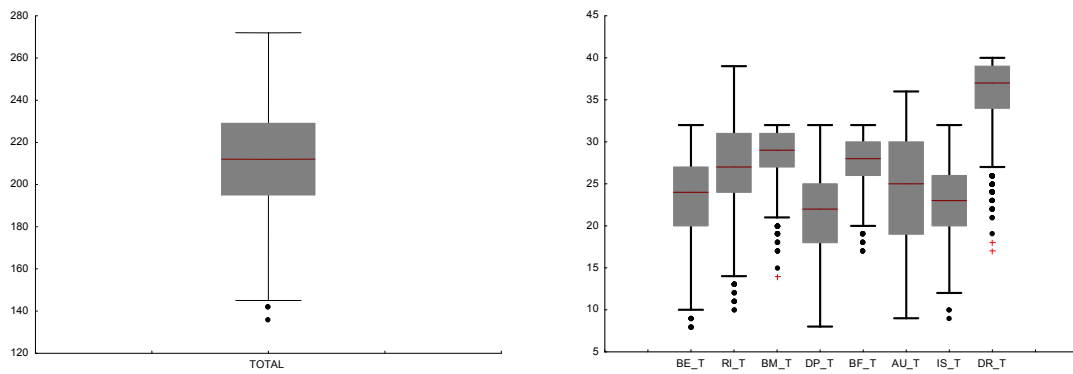


Figura 215. Diagrama de caja de la puntuación total (izquierda) y de las dimensiones (derecha)

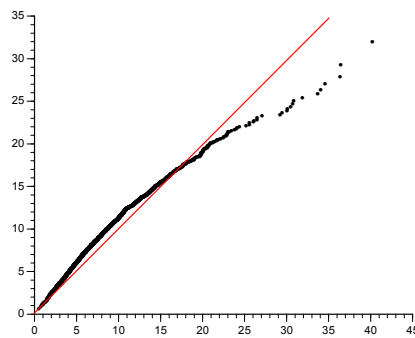


Figura 216. Gráfico de distancias ordenadas al cuadrado

Tabla 135. Valores extremos en las puntuaciones de la Escala GENCAT

		Caso	Valor			Caso	Valor			Caso	Valor			Caso	Valor	
<i>BE</i>	<i>Mayores</i>	1	3	32	<i>BM</i>	1	3	32	<i>BF</i>	1	3	32	<i>IS</i>	1	116	32
		2	78	32		2	5	32		2	34	32		2	356	32
		3	153	32		3	10	32		3	35	32		3	593	32
	<i>Menores</i>	1	2462	8		1	1504	14		1	311	17		1	2752	9
		2	2150	8		2	926	15		2	2643	18		2	2644	10
		3	868	8		3	2503	17		3	2255	18		3	1256	10
<i>RI</i>	<i>Mayores</i>	1	402	39	<i>DP</i>	1	283	32	<i>AU</i>	1	66	36	<i>DE</i>	1	11	40
		2	1353	39		2	700	32		2	166	36		2	24	40
		3	808	38		3	712	32		3	238	36		3	26	40
	<i>Menores</i>	1	2090	10		1	1199	8		1	1334	9		1	1834	17
		2	711	10		2	592	8		2	1255	9		2	1836	18
		3	2405	11		3	2828	10		3	592	9		3	1833	19
<i>Total</i>	<i>Mayores</i>	1	2532	272												
		2	2582	271												
		3	1271	270												
	<i>Menores</i>	1	386	136												
		2	2492	142												
		3	2405	142												

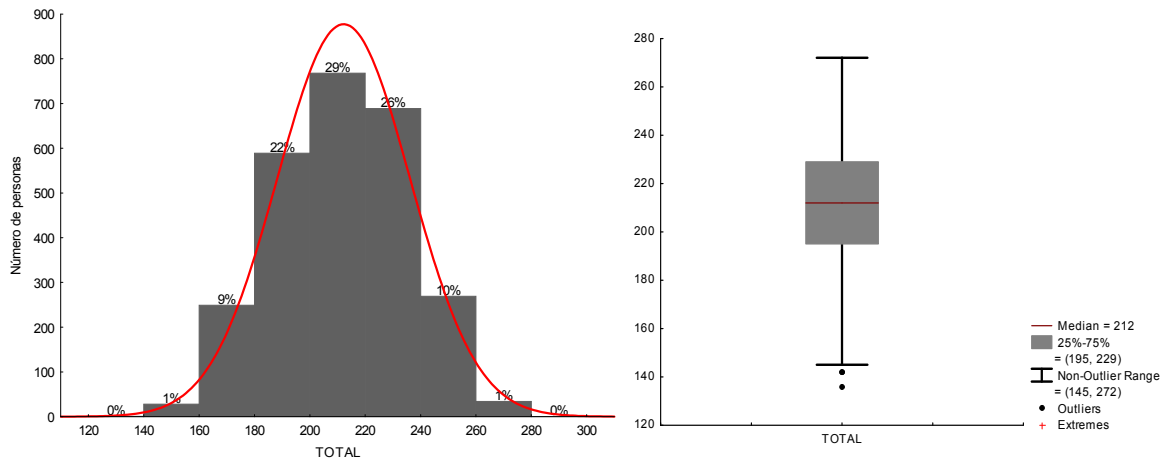
Finalmente, detectamos los valores atípicos (*‘outliers’*) o individuos que se diferenciaban claramente del grueso de las observaciones. Aunque detectamos los casos representados en las Figuras 215-217 y señalados en la Tabla 134 desde una perspectiva multivariante y en la Tabla 135 desde una perspectiva univariante, decidimos mantenerlos en los análisis tras comprobar que no se debían a errores en la codificación ni de procesamiento de los datos, sino que se trataban de casos extraordinarios cuya consideración merecía la inclusión en los análisis.

#### **6. 4. 1. Distribución de las puntuaciones**

Bajo este epígrafe, agrupamos los resultados obtenidos en la Escala GENCAT: distribución de las puntuaciones en el total de la escala y distribuciones de las puntuaciones obtenidas por dimensiones o subescalas de calidad de vida: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación y Derechos. Todos los análisis efectuados se han realizado sobre los datos recodificados en función de la valencia de los ítems.

##### **6. 4. 1. 1. Puntuaciones en la Escala Total**

Tal como se observa en la Figura 217, la distribución de las puntuaciones en el total de la escala muestra una ligera asimetría negativa (*asimetría* =  $-0,082$ ; *curtosis* =  $-0,453$ ). Las puntuaciones oscilan entre 136 y 272, aunque más de la mitad de las puntuaciones (59%) se sitúan entre las puntuaciones brutas 180 y 240. La media alcanza una puntuación de 211,693 (*DT* = 19,544) y la mediana un valor de 212. Ambos valores superan ampliamente el punto medio teórico de la escala (*Punto Medio Teórico* = 138). De hecho, este valor es ya superado por el percentil 25. Asimismo, la puntuación alcanzada con mayor frecuencia por los participantes es 209 ( $n = 49$ ; 1,87%). Si analizamos la distribución de cada uno de los 69 ítems que conforman la escala (Figura 217), observamos que la mediana de la mayor parte de los ítems se sitúa en 3 o incluso 4. Sólo ocho ítems (12%) obtienen una mediana igual a 2 y tan solo la mediana de tres de ellos (4%) alcanza el valor 1. En cuanto a la media, solo dos ítems muestran medias por debajo del punto teórico de la escala (*Punto Medio Teórico* = 2).



Frecuencia	Tallo y hojas
3,00	Extremos (= <142)
,00	14 .
8,00	14 . 9&
5,00	15 . 4&
1,00	15 . 68&
3,00	16 . 0122334
42,00	16 . 56678899
76,00	17 . 000111222333444
87,00	17 . 55666777888899999
114,00	18 . 0001112222233334444
124,00	18 . 555666677777888899999
134,00	19 . 000011112222333344444
193,00	19 . 555556666666777778888999999
193,00	20 . 000000011111222223333344444
205,00	20 . 55555666666677777888899999999
185,00	21 . 000000011111222223333344444
197,00	21 . 55555666666677777888899999999
193,00	22 . 000000111111222223333344444
175,00	22 . 555556666666777778888999999
177,00	23 . 000000011111222223333444444
15,00	23 . 555556666666777778888999999
112,00	24 . 00000111122233334444
63,00	24 . 556677788899
56,00	25 . 0112223334
57,00	25 . 55566778899
24,00	26 . 012234
9,00	26 . 56&
5,00	27 . 0&

Ancho tallo: 10  
Cada hoja: 5 caso(s)

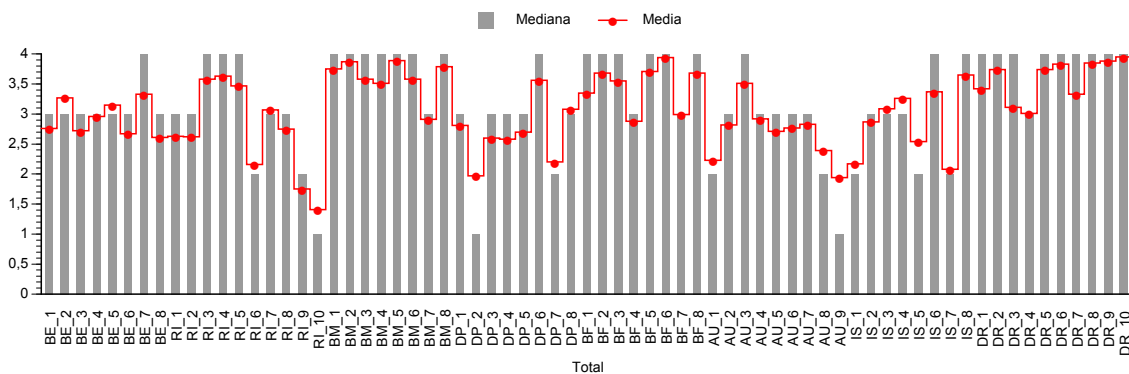


Figura 217. Distribuciones de la puntuación total (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)

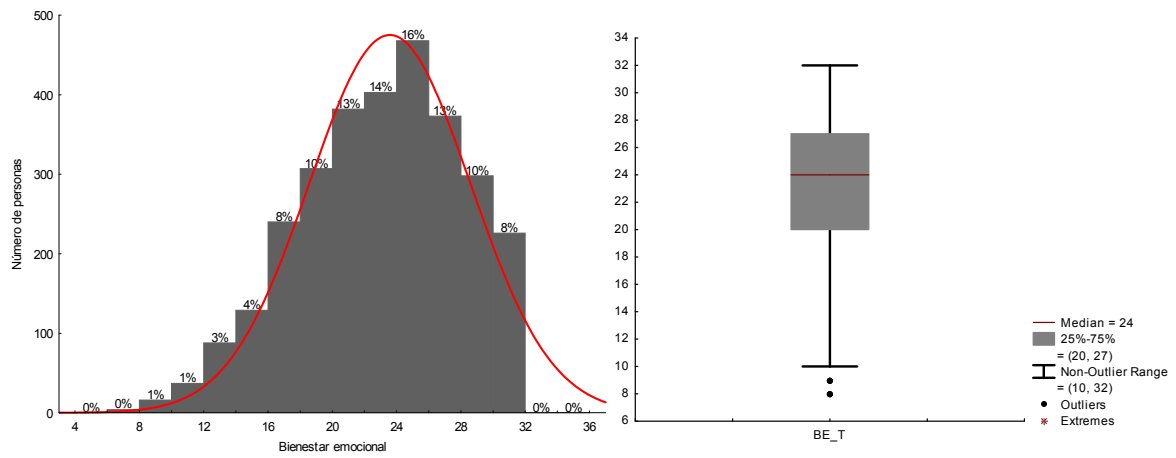
#### 6. 4. 1. 2. Puntuaciones en Bienestar emocional

En la dimensión *Bienestar emocional*, la Figura 218 nos permite constatar una asimetría negativa bastante más marcada (*asimetría* =  $-.373$ ; *curtosis* =  $-.416$ ). Las puntuaciones oscilaron entre los valores mínimo y máximo posibles (i.e., 8 y 32, respectivamente); por tanto, el rango fue de 24. La media alcanza un valor de 23,479 ( $DT= 4,106$ ), la mediana un valor de 24 y la moda de 25 (el 8% de los participantes obtienen esta puntuación;  $n = 238$ ). Todos los valores señalados superan el punto medio teórico en esta dimensión (*Pto. Medio Teórico* = 16). En este caso, el punto medio teórico de la escala y el percentil 25 coinciden. Con respecto a la mediana de los ocho ítems que conforman la subescala, observamos que en todos ellos la mediana es 3, con la excepción de la mediana del ítem BE\_7 (*'Tiene problemas de comportamiento'*), que obtuvo una puntuación de 4. En cuanto a la media, destaca el hecho de que precisamente el ítem con la mediana mayor es el que presenta una media menor ( $M = 2,61$ ;  $Me = 4$ ). En este sentido, la media de los ítems osciló entre 2,61 (BE\_7, *'Tiene problemas de comportamiento'*) y 3,33 (BE\_6, *'Se muestra satisfecho consigo mismo'*).

Si analizamos los porcentajes válidos de respuestas dadas por los participantes a cada uno de los ítems, encontramos que las respuestas más positivas (*'siempre o casi siempre'* en los ítems con valencia positiva y *'nunca o casi nunca'* en aquellos con valencia negativa) se obtienen en los ítems:

- BE\_2 (*'Presenta síntomas de depresión'*): el 46,07% responde *'nunca o casi nunca'* y un 15,03% *'siempre o casi siempre'* o *'frecuentemente'*
- BE\_7 (*'Tiene problemas de comportamiento'*), ya que el 53,38% responde *'nunca o casi nunca'*, y tan sólo un 15,70% responde *'frecuentemente'* o *'siempre o casi siempre'*,
- BE\_5 (*'Presenta síntomas de ansiedad'*), puesto que el 41,47% responde *'nunca o casi nunca'*, y sólo un 21,26% responde *'frecuentemente'* o *'siempre o casi siempre'*.
- BE\_4 (*'Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad'*): el 73,46% responde *'nunca o casi nunca'*, mientras únicamente el 26,54% responde *'nunca o casi nunca'* o *'algunas veces'*.

Entre el 19% y el 27% responden con la categoría positiva máxima en cada uno de los cinco ítems restantes, donde los porcentajes se encuentran más repartidos entre las categorías. Estos resultados se muestran en la Tabla 136 y la Figura 219.



Frecuencia	Tallo y hojas
6,00	Extremos (= < 9, 0)
1,00	10 . 00
11,00	11 . 00
22,00	12 . 0000
43,00	13 . 00000000
4,00	14 . 00000000
44,00	15 . 00000000
67,00	16 . 000000000000
92,00	17 . 0000000000000000
121,00	18 . 00000000000000000000
116,00	19 . 00000000000000000000
156,00	20 . 000000000000000000000000
178,00	21 . 00000000000000000000000000
162,00	22 . 00000000000000000000000000
186,00	23 . 0000000000000000000000000000
172,00	24 . 0000000000000000000000000000
216,00	25 . 00000000000000000000000000000000
204,00	26 . 00000000000000000000000000000000
157,00	27 . 000000000000000000000000000000
166,00	28 . 000000000000000000000000000000
162,00	29 . 000000000000000000000000000000
103,00	30 . 000000000000000000000000000000
106,00	31 . 000000000000000000000000000000
87,00	32 . 000000000000000000000000000000

Ancho tallo: 1  
Cada hoja: 5 caso(s)

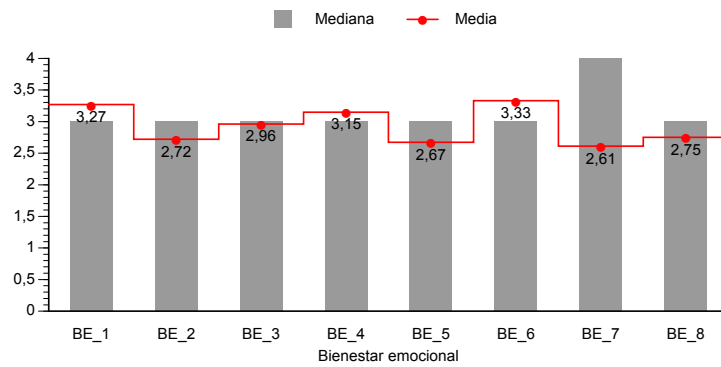


Figura 218. Distribuciones de Bienestar emocional (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)

Tabla 136. Distribución de las respuestas en Bienestar emocional

Bienestar emocional	Siempre o casi siempre (%)	Frecuentemente (%)	Algunas veces (%)	Nunca o casi nunca (%)
Se muestra satisfecho con su vida presente	27,10	33,63	27,17	12,09
Presenta síntomas de depresión	4,18	1,85	38,91	46,07
Está alegre y de buen humor	19,85	4,21	32,25	7,69
Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	6,99	19,55	43,47	29,99
Presenta síntomas de ansiedad	5,04	16,22	37,26	41,47
Se muestra satisfecho consigo mismo	23,95	34,34	26,84	14,86
Tiene problemas de comportamiento	4,37	11,33	3,91	53,38
Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad	26,04	27,67	27,47	18,82

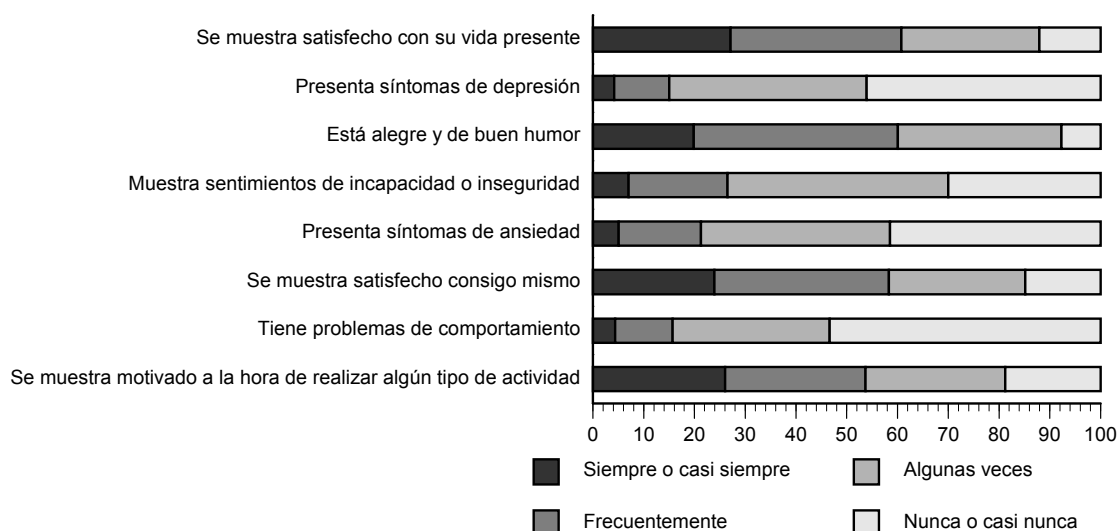


Figura 219. Porcentajes válidos de respuesta en Bienestar emocional

Las categorías mínimas (i.e., ‘nunca o casi nunca’ en los ítems con valencia positiva y ‘siempre o casi siempre’ en aquellos con valencia negativa’) representaron porcentajes comprendidos entre el 4% y el 19%. Los ítems BE\_1 (‘Se muestra satisfecho con su vida presente’), BE\_3 (‘Está alegre y de buen humor’), BE\_6 (‘Se muestra satisfecho consigo mismo’) y BE\_8 (‘Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad’) son los que obtienen los mayores porcentajes de respuestas en la categoría mínima (entre el 8 y el 19%).

Finalmente, con los ocho ítems que forman la escala recodificados, analizamos las correlaciones existentes entre ellos mediante sus correspondientes correlaciones policóricas (Tabla 137).

Tabla 137. Correlaciones policóricas entre los ítems de Bienestar emocional

	BE_1	BE_2	BE_3	BE_4	BE_5	BE_6	BE_7
BE_2	,574						
BE_3	,738	,558					
BE_4	,402	,502	,379				
BE_5	,404	,543	,432	,529			
BE_6	,765	,500	,708	,444	,439		
BE_7	,296	,228	,328	,262	,511	,278	
BE_8	,551	,327	,582	,269	,243	,546	,284

Los coeficientes de correlación oscilaron entre  $,228 \leq \rho \leq ,765$ , distribuyéndose de forma desigual en función del ítem. Esta situación puede constatarse en la Figura 220, donde se observan que todas las correlaciones son positivas (y por ello aparecen coloreadas en azul) pero varía la intensidad de la fuerza de las correlaciones bivariadas (así, se incrementa el tono del color con la fuerza de la relación). De este modo, las correlaciones más elevadas aparecen entre el ítem BE\_1 ('Se muestra satisfecho con su vida presente') con los ítems BE\_3 ('Esta alegre y de buen humor') y BE\_6 ('Se muestra satisfecho consigo mismo'), así como entre estos dos últimos ítems.

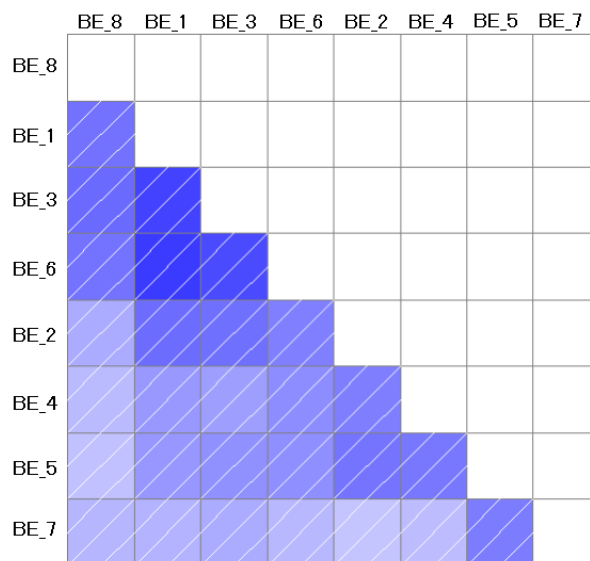


Figura 220. Correlograma de los ítems de Bienestar emocional

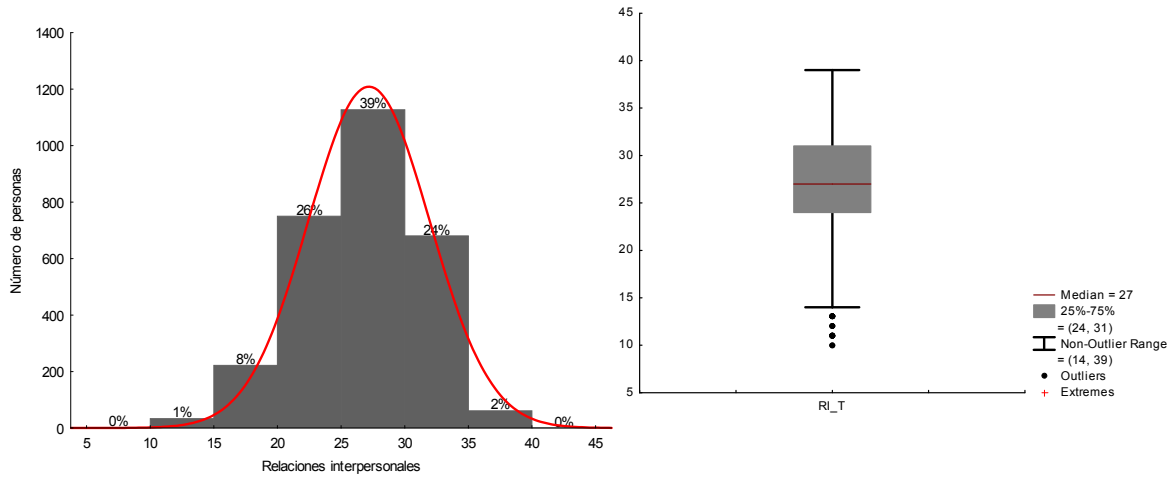
### 6. 4. 1. 3. Puntuaciones en Relaciones interpersonales

La distribución de las puntuaciones obtenidas por los participantes en los 10 ítems de *Relaciones interpersonales* es algo más apuntada y también muestra una ligera asimetría negativa (*asimetría* =  $-0,371$ ; *curtosis* =  $-0,222$ ). Las puntuaciones oscilan entre 10 y 39 (de este modo, se constata que ninguno de los participantes obtiene la puntuación máxima en todos los ítems). La media obtenida es 27,077 (*DT* = 3,739), la mediana alcanza el valor 27 y la puntuación más repetida es 28 (i.e., *moda*;  $n = 252$ ). Todas ellas superan el punto medio teórico en este factor (*Pto. Medio teórico* = 20). Las distribuciones de las puntuaciones pueden observarse en la Figura 221.

Las medianas esta vez son bastante más dispares que en los casos anteriores. De este modo, observamos que la mediana se corresponde con la puntuación máxima (4 = 'nunca o casi nunca' o 'siempre o casi siempre' en función de la valencia) en tres de los ítems: RI\_3 ('Se queja de la falta de amigos estables'), RI\_4 ('Valora negativamente sus relaciones de amistad') y RI\_5 ('Manifiesta sentirse infravalorado por su familia'); dos ítems muestran una mediana de 2 ('frecuentemente' o 'algunas veces'): RI\_6 ('Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja') y RI\_9 ('La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya'); un ítem muestra la mediana menor posible ( $Me = 1$ ): RI\_10 ('Tiene una vida sexual satisfactoria'); la mediana de los ítems restantes es 3: RI\_1 ('Realiza actividades que le gustan con otras personas'), RI\_2 ('Mantiene con su familia la relación que desea'), RI\_7 ('Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo') y RI\_8 ('Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él'). Las medias oscilaron entre 1,41 (RI\_1, 'Tiene una vida sexual satisfactoria') y 3,58 (RI\_3, 'Se queja de la falta de amigos estables').

Si consideramos las respuestas dadas por los profesionales en los ítems que forman este factor (Tabla 138 y Figura 222), encontramos que las puntuaciones más extremadamente positivas se encuentran en los ítems RI\_4 ('Valora negativamente sus relaciones de amistad'), RI\_2 ('Se queja de la falta de amigos estables'), y RI\_5 ('Manifiesta sentirse infravalorado por su familia'); en ellos, la respuesta 'nunca o casi nunca' es elegida como mejor opción para entre el 66,7% y el 73,8% de las personas participantes.





Frecuencia	Tallo y hojas
15,00	Extremos (= <13,0)
7,00	14 . 0
1,00	15 . 00
23,00	16 . 00000
25,00	17 . 00000
39,00	18 . 00000000
6,00	19 . 000000000000
6,00	20 . 000000000000
96,00	21 . 00000000000000000000
12,00	22 . 000000000000000000000000
14,00	23 . 00000000000000000000000000
13,00	24 . 000000000000000000000000
201,00	25 . 00
21,00	26 . 00
213,00	27 . 00
225,00	28 . 000
195,00	29 . 00
181,00	30 . 00
197,00	31 . 00
149,00	32 . 00
129,00	33 . 000000000000000000000000000000
94,00	34 . 000000000000000000000000
52,00	35 . 0000000000
28,00	36 . 0000000
21,00	37 . 00000
5,00	38 . 0
2,00	39 . &

Ancho tallo: 1  
Cada hoja: 5 caso(s)

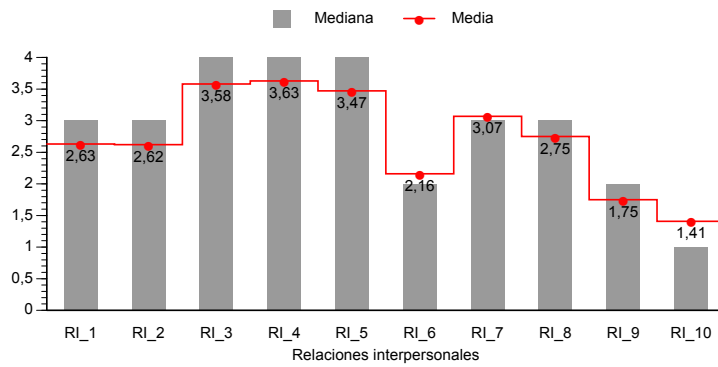


Figura 221. Distribuciones de Relaciones interpersonales (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)

En el otro extremo, destacamos el ítem RI\_10 (*'Tiene una vida sexual satisfactoria'*), en el que tan sólo el 4,11% responde *'siempre o casi siempre'*, y algo menos de ocho de cada 100 consideran que tienen *'frecuentemente'* una vida sexual satisfactoria. De hecho, casi tres cuartas partes de la muestra (74,91%) responden que *'nunca o casi nunca'* la tienen. Similarmente, el 49,85% considera *'tener dificultades para iniciar una relación de pareja'* (RI\_6) *'siempre o casi siempre'*, y tan sólo algo más de una cuarta parte (26,86%) no muestran dificultades *'nunca o casi nunca'*. Por tanto, parece que las mayores dificultades aparecen en relación con los aspectos afectivo-sexuales. Por último, en algo más de ocho de cada diez casos (82,25%) los profesionales afirman que *la mayoría de las personas* evaluadas *interactúan* con otras personas que *tienen una condición similar a la suya* *'siempre o casi siempre'* en el 46,10% de los participantes y *'frecuentemente'* en el 36,15% (ítem RI\_17).

Entre ambos extremos se sitúa el resto de los ítems, que mantienen una distribución más proporcionada entre las opciones de respuesta, aunque son algo más positivas en los ítems *'Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo'* (RI\_7) y *'Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él'* (RI\_8) (para el 38,93% y el 32,25% de las personas respectivamente los profesionales respondieron *'siempre o casi siempre'*).

Finalmente, como hicimos con la dimensión anterior, calculamos las correlaciones policóricas entre los diez ítems del factor Relaciones interpersonales. En este caso, como se observa en la Tabla 139, los coeficientes obtenidos no fueron tan homogéneos y su rango varió desde |,107| a |,668|. Entre tales correlaciones, encontramos valores negativos.

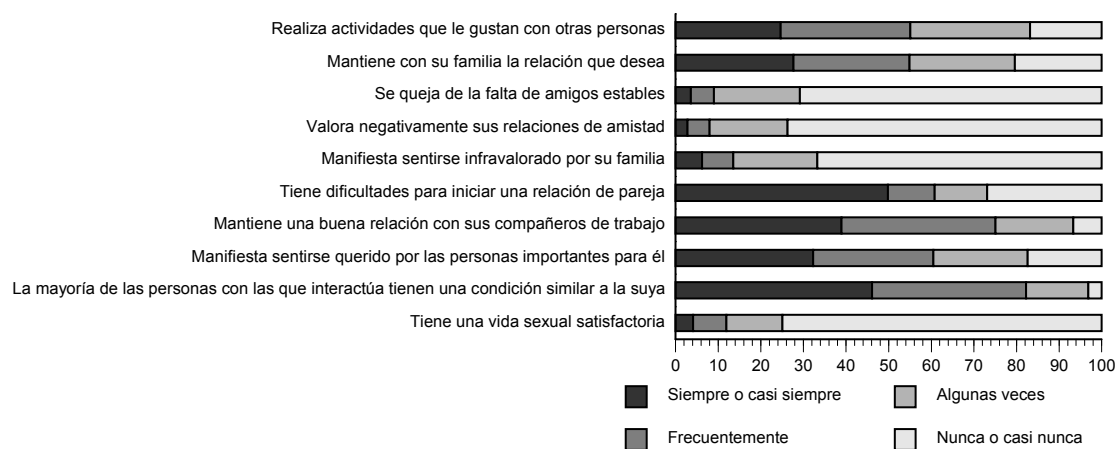


Figura 222. Porcentajes válidos de respuesta en Relaciones interpersonales

Tabla 138. Distribución de las respuestas en Relaciones interpersonales

Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre (%)	Frecuentemente (%)	Algunas veces (%)	Nunca o casi nunca (%)
Realiza actividades que le gustan con otras personas	24,65	3,41	28,13	16,81
Mantiene con su familia la relación que desea	27,69	27,19	24,70	2,42
Se queja de la falta de amigos estables	3,58	5,41	2,14	7,87
Valora negativamente sus relaciones de amistad	2,78	5,20	18,29	73,72
Manifiesta sentirse infravalorado por su familia	6,25	7,28	19,74	66,73
Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja	49,85	1,93	12,35	26,86
Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo	38,93	36,11	18,27	6,70
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	32,25	28,27	22,10	17,39
La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya	46,10	36,15	14,59	3,15
Tiene una vida sexual satisfactoria	4,11	7,80	13,18	74,91

Tabla 139. Correlaciones policóricas entre los ítems de Relaciones interpersonales

	RI_1	RI_2	RI_3	RI_4	RI_5	RI_6	RI_7	RI_8	RI_9
RI_2	,265								
RI_3	,141	,309							
RI_4	,209	,277	,668						
RI_5	,098	,544	,523	,482					
RI_6	,187	,121	,025	,049	,029				
RI_7	,532	,331	,241	,348	,230	,230			
RI_8	,475	,574	,197	,268	,362	,289	,600		
RI_9	-,037	-,004	-,063	-,081	-,038	,105	-,107	,016	
RI_10	,212	,069	-,014	-,029	-,049	,460	,143	,188	,079

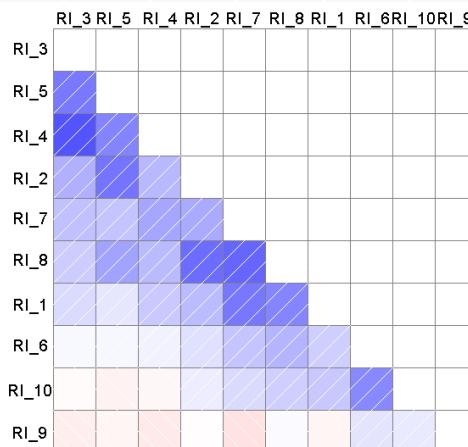


Figura 223. Correlograma de los ítems de Relaciones interpersonales

La Figura 223 muestra en esta ocasión celdas coloreadas en tonos de azul y en tonos rojos que aluden a valores positivos y negativos respectivamente. Como en la figura anterior, el tono del color se incrementa a medida que aumentan las fuerzas de las correlaciones. De este modo, observamos correlaciones bivariadas positivas altas, moderadas y bajas para todas las combinaciones posibles entre los ítems RI\_3 (*'Se queja de la falta de amigos estables'*), RI\_5 (*'Manifiesta sentirse infravalorado por su familia'*), RI\_4 (*'Valora negativamente sus relaciones de amistad'*), RI\_2 (*'Mantiene con su familia la relación que desea'*), RI\_7 (*'La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya'*), RI\_8 (*'Tiene una vida sexual satisfactoria'*) y RI\_1 (*'Realiza actividades que le gustan con otras personas'*), con la única excepción de la relación mostrada entre éste último con el RI\_5, cuyo coeficiente indicó una relación muy baja.

Por otro lado, los ítems RI\_6, RI\_10 y RI\_9 presentan relaciones algo diferentes con los restantes ítems de la dimensión. El ítem RI\_6 (*'Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja'*) mantiene una relación positiva con todos los ítems, si bien ésta es muy baja excepto en dos casos: la baja relación con el ítem RI\_8 (*'Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él'*) y la relación moderada con el RI\_10 (*'Tiene una vida sexual satisfactoria'*). El ítem RI\_10 (*'Tiene una vida sexual satisfactoria'*), como hemos señalado, sólo correlaciona de forma moderada con el ítem referido a la dificultad para iniciar una relación de pareja. Las relaciones que muestra con los ítems restantes se pueden calificar de bajas a muy bajas, e incluso negativas (aunque bajas o muy bajas) en el caso de los ítems RI\_3 (*'Se queja de la falta de amigos estables'*), RI\_5 (*'Manifiesta sentirse infravalorado por su familia'*) y RI\_4 (*'Valora negativamente sus relaciones de amistad'*). En este sentido, si atendemos al contenido de los ítems, consideramos lógico el signo de los coeficientes encontrados. El ítem RI\_9 (*'La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya'*) es aquel que presenta mayor número de relaciones negativas. De hecho, encontramos seis coeficientes negativos. Tales relaciones negativas se dieron con los ítems RI\_3 (*'Se queja de la falta de amigos estables'*), RI\_5 (*'Manifiesta sentirse infravalorado por su familia'*), RI\_4 (*'Valora negativamente sus relaciones de amistad'*), RI\_2 (*'Mantiene con su familia la relación que desea'*), RI\_1 (*'Realiza actividades que le gustan con otras personas'*) y RI\_7 (*'Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo'*). No obstante, cabe señalar que los coeficientes, aunque negativos estuvieron muy próximos a cero en todos los casos, salvo en la relación mantenida con el último ítem. En cuanto a las tres relaciones restantes, todas fueron positivas, si bien en el caso del ítem RI\_8 (*'Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él'*) el coeficiente

resultante también estuvo muy próximo a cero y con los ítems RI\_6 (*'Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja'*) y RI\_10 (*'Tiene una vida sexual satisfactoria'*) la relación fue muy baja.

#### 6. 4. 1. 4. Puntuaciones en Bienestar material

La distribución de los ocho ítems de *Bienestar Material* (Figura 224) muestra la asimetría negativa más marcada de todas las distribuciones (*asimetría* = -1,067), así como la distribución más leptocúrtica (*curtosis* = 1,133). Ambas condiciones aluden a que las puntuaciones son más positivas en esta dimensión con respecto al resto, lo que es esperable en una población como la que nos ocupa (i.e., receptores de servicios sociales de Cataluña). Esta vez las puntuaciones oscilan entre 14 y 32, lo cual indica que mientras hay personas que obtienen la puntuación máxima nadie ha obtenido la puntuación mínima posible en todos los ítems. La media obtenida es 28,887 (*DT*= 2,234); la mediana se sitúa en 29; llama la atención que la puntuación obtenida con mayor frecuencia por los participantes es la puntuación máxima posible (*Mo* = 32); y el percentil 50 se sitúa en la puntuación 27. Todos los valores apuntados superan con gran amplitud el punto medio teórico (*Pto. Medio Teórico* = 20). Tanto las medianas como las medias redundan en la distribución asimétricamente negativa de las puntuaciones. La mediana de todos los ítems alcanza el máximo valor (*Me* = 4), excepto en el caso del ítem *'Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos'* al que los profesionales responden *'frecuentemente'* la mayoría de las veces (*BM\_7*; *Me* = 3). Asimismo, las medias de los ítems fueron bastante altas, oscilando entre 2,914 (del ítem recién señalado) y 3,887 (del ítem *BM\_5*, *'El lugar donde vive está limpio'*).

Al abundar en el contenido de esta dimensión, encontramos que las respuestas a los ítems *'El lugar donde vive está limpio'* (*BM\_5*), *'El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad'* (*BM\_2*), *'El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades'* (*BM\_8*) y *'El lugar donde vive le impide llevar un estilo saludable'* (*BM\_1*) son extremadamente positivas, con porcentajes de respuesta en la categoría *'siempre o casi siempre'* (*'nunca o casi nunca'* en el caso del ítem *'El lugar donde vive le impide llevar un estilo saludable'*) comprendidos entre el 84,24% y el 91,28%. Consecuentemente, parece que los espacios donde viven o trabajan los participantes son valorados como adecuados, saludables y seguros. De hecho, dos de cada tres participantes

(66,08%) considera que la persona sobre la que se cumplimenta la escala 'nunca o casi nunca' se ha mostrado descontento con el lugar donde vive (BM\_4).

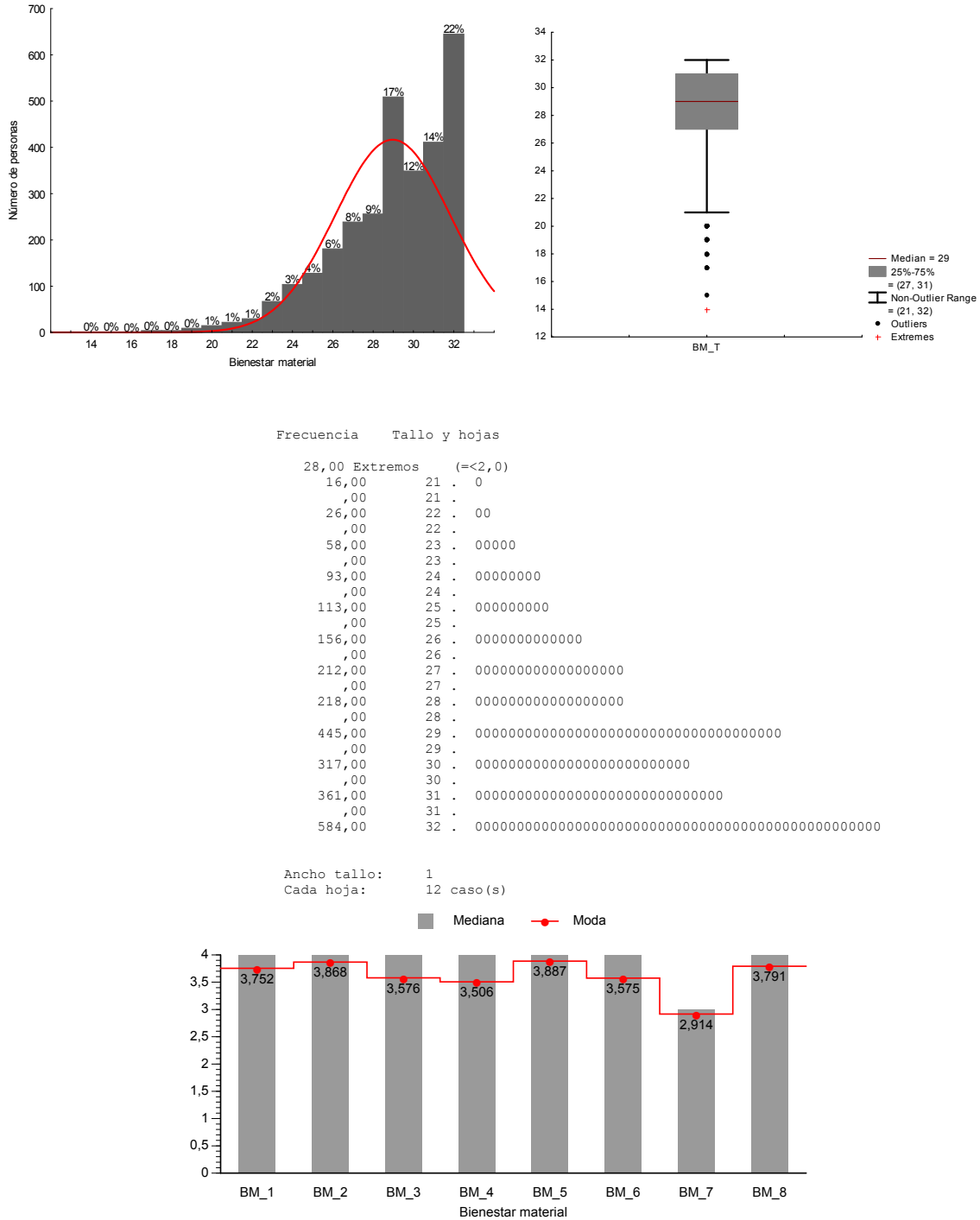


Figura 224. Distribuciones de Bienestar material (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)

Respecto a los recursos, un 68,9% y un 7,41% respectivamente consideran que ‘siempre o casi siempre’ *‘disponen de los bienes materiales que necesitan’* (BM\_3) o de *‘los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas’* (BM\_6). Asimismo, un 41,32% (‘nunca o casi nunca’) y un 25,61% (‘algunas veces’) considera que *los ingresos de los participantes sean insuficientes para permitirle acceder a caprichos* (BM\_7). Estos resultados se muestran en la Tabla 140 y la Figura 225.

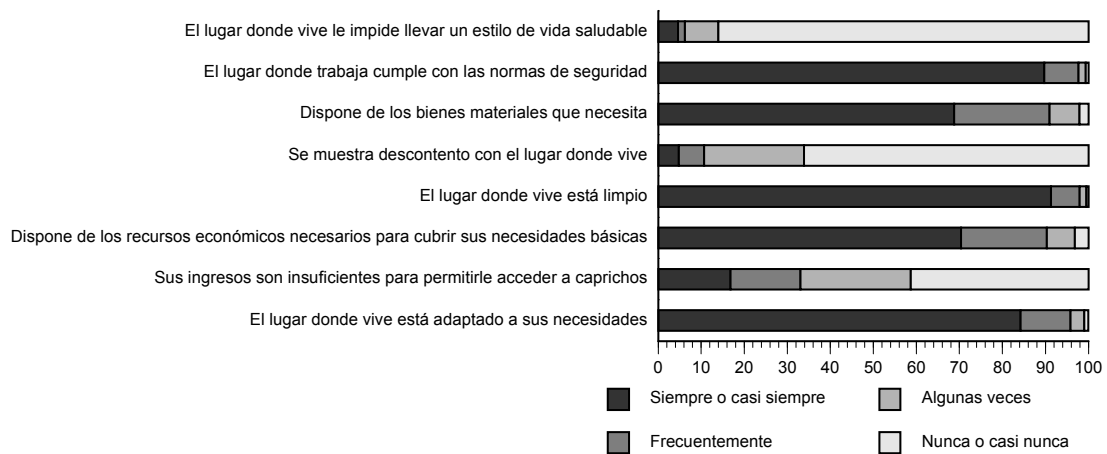


Figura 225. Porcentajes válidos de respuesta en Bienestar material

Tabla 140. Distribución de las respuestas en Bienestar material

Bienestar material	Siempre o casi siempre (%)	Frecuentemente (%)	Algunas veces (%)	Nunca o casi nunca (%)
<i>El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable</i>	4,63	1,56	7,81	86,00
<i>El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad</i>	89,73	7,95	1,69	,63
<i>Dispone de los bienes materiales que necesita</i>	68,79	22,17	6,93	2,12
<i>Se muestra descontento con el lugar donde vive</i>	4,77	5,93	23,22	66,08
<i>El lugar donde vive está limpio</i>	91,28	6,70	1,49	,53
<i>Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas</i>	7,41	19,88	6,53	3,18
<i>Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos</i>	16,84	16,24	25,61	41,32
<i>El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades</i>	84,24	11,62	3,14	,99

En cuanto a las correlaciones policóricas entre los ocho ítems de la dimensión Bienestar material, todos mostraron coeficientes positivos. Las correlaciones oscilaron entre ,072 y ,690 (Tabla 141). De este modo, en la Figura 226, se observa que las correlaciones más fuertes se dieron entre el BM\_5 ('El lugar donde vive está limpio') con BM\_2 ('El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad') y BM\_8 ('El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades'), y entre BM\_6 ('Dispone de los recursos necesarios para cubrir sus necesidades básicas ') y BM\_3 ('Dispone de los bienes materiales que necesita'). La relación entre 'Sus ingresos son insuficientes como para permitirle acceder a caprichos' (BM\_7) fue casi nula con los ítems referidos a las condiciones del lugar de trabajo (BM\_2) y a la adaptación de la vivienda a sus necesidades (BM\_8).

Tabla 141. Correlaciones policóricas entre los ítems de Bienestar material

	BM_1	BM_2	BM_3	BM_4	BM_5	BM_6	BM_7
BM_2	,439						
BM_3	,236	,421					
BM_4	,212	,204	,267				
BM_5	,468	,642	,480	,199			
BM_6	,256	,341	,690	,190	,383		
BM_7	,108	,096	,323	,100	,141	,331	
BM_8	,432	,526	,439	,267	,654	,435	,072

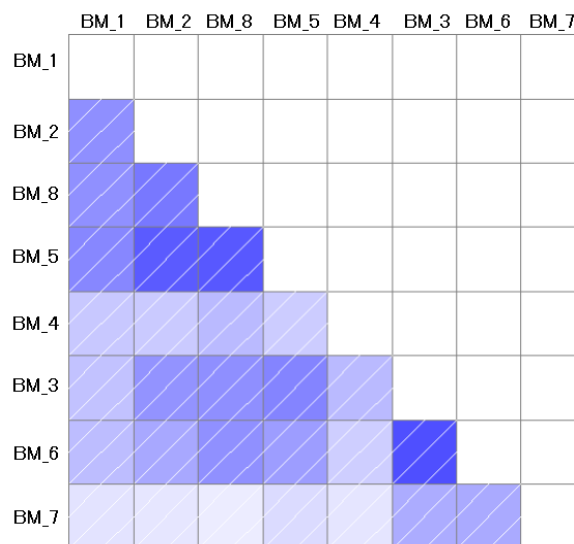


Figura 226. Correlograma de los ítems de Bienestar material



#### 6. 4. 1. 5. Puntuaciones en Desarrollo personal

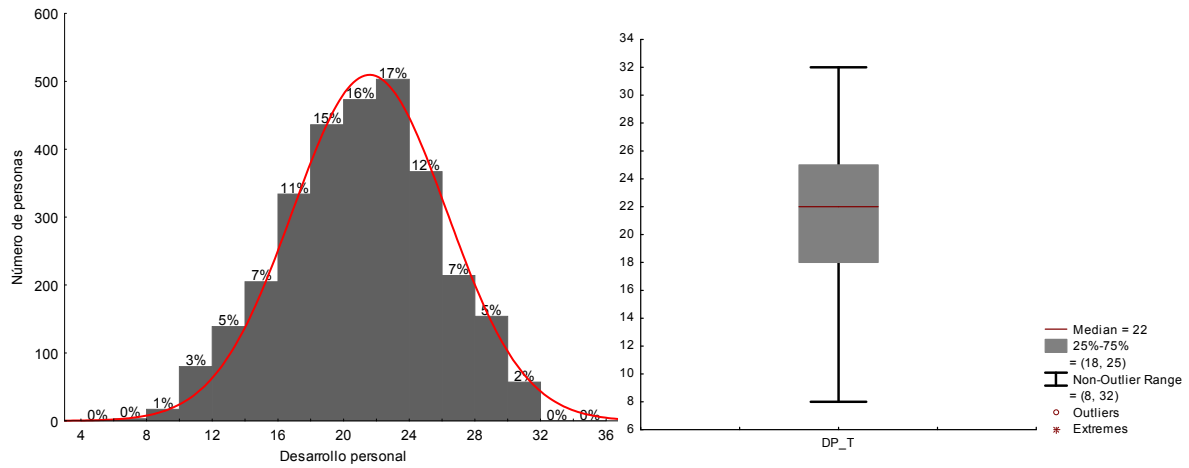
Respecto a la distribución de las puntuaciones obtenidas en los ocho ítems del factor *Desarrollo personal* (Figura 227), la distribución muestra una asimetría y curtosis menor (*asimetría* =  $-0,154$ ; *curtosis* =  $-0,363$ ). El punto medio teórico (*Pto. Medio Teórico* = 20) es superado tan sólo ligeramente por la media, la mediana y la moda de la distribución ( $M = 21,498$ ;  $DT = 3,779$ ;  $Me = 22$ ;  $Mo = 23$ ). De hecho, el percentil 50 ( $P_{50} = 22$ ) está esta vez mucho más cercano al punto medio teórico. Las puntuaciones oscilaron entre el mínimo y el máximo posible ( $Mín = 8$ ;  $Máx = 32$ ).

También la variabilidad en la mediana y la media de los ítems es mayor. Esta vez solo la mediana del ítem DP\_6 (*El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas*) alcanza la puntuación máxima ( $Me = 4$ ). La mayor parte de las medianas son iguales a 3, con las excepciones de (además de la recién comentada) los ítems DP\_7 (*Participa en la elaboración de su programa individual*) y DP\_2 (*Se muestra desmotivado en su trabajo*) con medianas iguales a 2 y 1 respectivamente. Las medias de los ítems oscilaron entre 1,97 y 3,56.

El análisis de las respuestas a los ítems que componen la dimensión redonda en estos resultados: las respuestas son menos extremas que la de los factores previamente analizados (Tabla 142 y Figura 228). Aun así, el 64,82% considera que *el servicio al que acude toma en consideración el desarrollo personal y el aprendizaje de habilidades nuevas* (DP\_6) 'siempre o casi siempre' y un 27,75% 'frecuentemente'. Por otro lado, tan sólo un 18,37% 'Participa en la elaboración de su programa individual' (DP\_7) 'siempre o casi siempre' y un 36,95% no lo hace 'nunca o casi nunca'.

Respecto al trabajo de los participantes, tres de cada diez responden 'frecuentemente' y dos de cada diez 'siempre o casi siempre' al ítem *El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades* (DP\_3). En cuanto al *desempeño de su trabajo*, un 33,13% considera que la persona lo hace *de manera competente y responsable* (DP\_5) 'frecuentemente' y un 26,25% 'siempre o casi siempre'. El 36,28% cree que la persona sobre la que responde se encuentra *desmotivada en su trabajo* 'algunas veces' y un 4,86% 'nunca o casi nunca' (DP\_8). Sin embargo, la respuesta más frecuente en relación con la aparición de *dificultades para adaptarse a las situaciones que se le presentan* (DP\_1) y *para resolver con eficacia los problemas que se le plantean* (DP\_4) es 'algunas veces' (44,78% y 41,08%, respectivamente). Finalmente, las dificultades de *acceso a las nuevas*

tecnologías se hacen patentes entre los participantes al responder los profesionales que algo más de la mitad (5,12%) no tiene acceso a ellas ‘nunca o casi nunca’.



Frecuencia	Tallo y hojas
2,00	8 . &
,00	9 .
15,00	10 . 000
44,00	11 . 00000000
23,00	12 . 00000
47,00	13 . 000000000
8,00	14 . 0000000000000000
86,00	15 . 000000000000000000
99,00	16 . 00000000000000000000
128,00	17 . 000000000000000000000000
167,00	18 . 0000000000000000000000000000
186,00	19 . 00000000000000000000000000000000
203,00	20 . 000000000000000000000000000000000000
191,00	21 . 000000000000000000000000000000000000
224,00	22 . 00
231,00	23 . 00
206,00	24 . 00
185,00	25 . 00
14,00	26 . 00000000000000000000000000000000
94,00	27 . 000000000000000000000000
87,00	28 . 000000000000000000000000
87,00	29 . 000000000000000000000000
5,00	30 . 0000000000
26,00	31 . 00000
26,00	32 . 00000

Ancho tallo: 1  
Cada hoja: 5 caso(s)

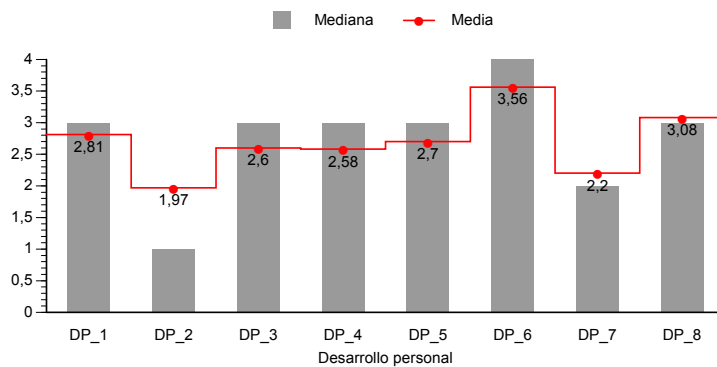


Figura 227. Distribuciones de Bienestar material (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)

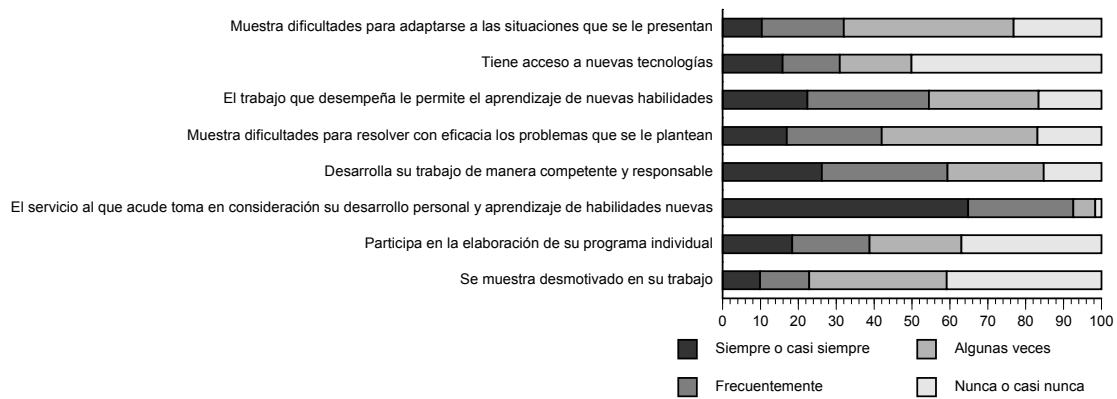


Figura 228. Porcentajes válidos de respuesta en Desarrollo personal

Tabla 142. Distribución de las respuestas en Desarrollo personal

Desarrollo personal	Siempre o casi siempre (%)	Frecuentemente (%)	Algunas veces (%)	Nunca o casi nunca (%)
Muestra dificultades para adaptarse a las situaciones que se le presentan	1,40	21,63	44,78	23,19
Tiene acceso a nuevas tecnologías	15,87	15,10	18,91	5,12
El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades	22,39	32,07	28,92	16,62
Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	16,98	25,03	41,08	16,91
Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable	26,25	33,13	25,39	15,22
El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas	64,82	27,75	5,80	1,62
Participa en la elaboración de su programa individual	18,37	2,40	24,28	36,95
Se muestra desmotivado en su trabajo	9,89	12,98	36,28	4,86

Los valores de las correlaciones de los ítems de Desarrollo personal oscilaron entre ,051 y ,651 (Tabla 143, Figura 229). De este modo, todas las relaciones encontradas fueron positivas, si bien se puede calificar de casi nula la mantenida entre los ítems DP\_4 ('Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean') y DP\_6 ('El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de nuevas habilidades'), y DP\_2 ('Tiene acceso a nuevas tecnologías') y DP\_8 ('Se muestra desmotivado en su trabajo'). Por el contrario, la correlación

más fuerte ocurrió entre los ítems BE\_1 ('Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le plantean') y DP\_4 ('El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de nuevas habilidades').

Tabla 143. Correlaciones policóricas entre los ítems de Desarrollo personal

	DP_1	DP_2	DP_3	DP_4	DP_5	DP_6	DP_7
DP_2	,122						
DP_3	,223	,420					
DP_4	,651	,209	,288				
DP_5	,464	,259	,523	,550			
DP_6	,077	,138	,405	,051	,282		
DP_7	,177	,330	,389	,292	,432	,231	
DP_8	,415	,111	,365	,401	,584	,198	,203

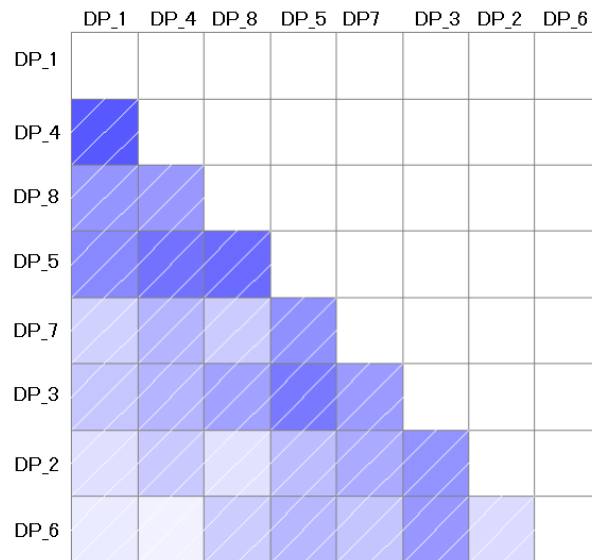


Figura 229. Correlograma de los ítems de Desarrollo personal

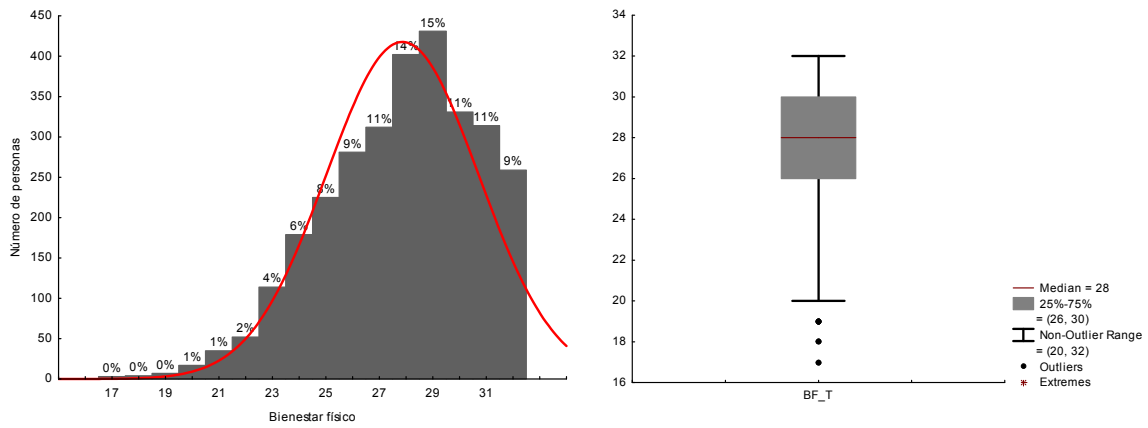
#### 6. 4. 1. 6. Puntuaciones en Bienestar físico

Por su parte, en la dimensión de *Bienestar físico* vuelve a constatarse una clara asimetría negativa y una distribución leptocúrtica (*asimetría* =  $-0,549$ ; *curtosis* =  $-0,098$ ). La media se sitúa en 27,800 (*DT* = 2,305), la mediana en 28 y la moda en 29 ( $n = 431$ ), por lo que todas ellas superan ampliamente el punto medio teórico (*Pto. Medio Teórico* = 20). Las puntuaciones oscilan entre 17 y 32, lo que significa que ningún participante obtuvo la calificación mínima en todos y cada uno de los ocho ítems que componen la escala.

Las medias y medianas redundan en estos resultados. Así, observamos en la Figura 230 que la mediana de seis de los ocho ítems alcanzan la puntuación máxima ( $Me = 4$ ), mientras la mediana de los dos ítems restantes (BF\_4: '*Su estado de salud le permite llevar una actividad normal*' y BF\_7: '*Sus problemas de salud le producen dolor y malestar*'). Las medias, por su parte, abarcan un rango comprendido entre 2,88 ('*Su estado de salud le permite llevar una actividad normal*') y 3,94 ('*En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma*').

Al ahondar en el análisis de los ítems, las respuestas más positivas son las siguientes (Tabla 144 y Figura 231): el 95,66% responde 'siempre o casi siempre' al ítem '*En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma*' (BF\_6); y entre el 77,42% y el 78,11% concede la misma categoría de respuesta respectivamente al preguntar sobre la *disposición de ayudas técnicas que necesita* (BF\_2) y sobre *su buen aseo personal* (BF\_5). Asimismo, los profesionales consideran que algo más de ocho de cada diez participantes (83,70%) 'nunca o casi nunca' tienen *dificultades de acceso a los recursos de atención sanitaria* (BF\_8).

Dos tercios (66,47%) opinan que *los hábitos de alimentación de estas personas son saludables* 'siempre o casi siempre' (BF\_3) y un 52,88% que 'nunca o casi nunca' tienen *problemas de sueño* (BF\_1). Respecto al *dolor y malestar que pueden producirles sus problemas de salud* (BF\_7), un 41,71% considera que esto sucede 'algunas veces' y un 32,68% 'nunca o casi nunca'. En esta línea, en el 26,85% de los casos 'frecuentemente' y en el 37,46% 'siempre o casi siempre' *el estado de salud de estas personas les permite llevar una actividad normal* (BF\_4).



Frecuencia	Tallo y hojas
2,00	8 . &
,00	9 .
15,00	10 . 000
44,00	11 . 00000000
23,00	12 . 00000
47,00	13 . 00000000
8,00	14 . 00000000000000
86,00	15 . 0000000000000000
99,00	16 . 000000000000000000
128,00	17 . 00000000000000000000
167,00	18 . 0000000000000000000000
186,00	19 . 000000000000000000000000
203,00	20 . 00000000000000000000000000
191,00	21 . 00000000000000000000000000
224,00	22 . 0000000000000000000000000000
231,00	23 . 000000000000000000000000000000
206,00	24 . 000000000000000000000000000000
185,00	25 . 000000000000000000000000000000
14,00	26 . 000000000000000000000000
94,00	27 . 000000000000000000000000
87,00	28 . 0000000000000000
87,00	29 . 0000000000000000
5,00	30 . 000000000
26,00	31 . 00000
26,00	32 . 00000

Ancho Tallo: 1  
Cada hoja: 8 caso(s)

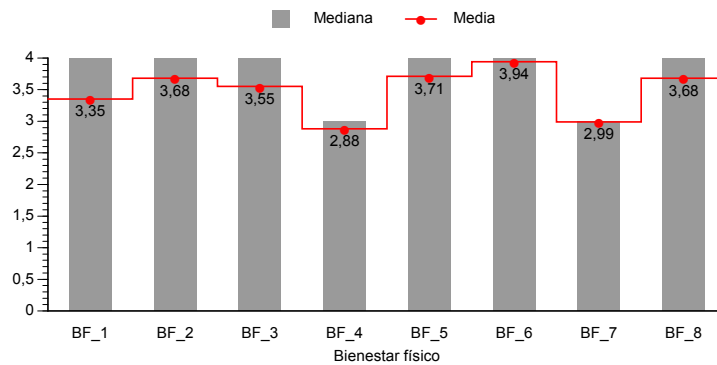


Figura 230. Distribuciones de Bienestar físico (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)

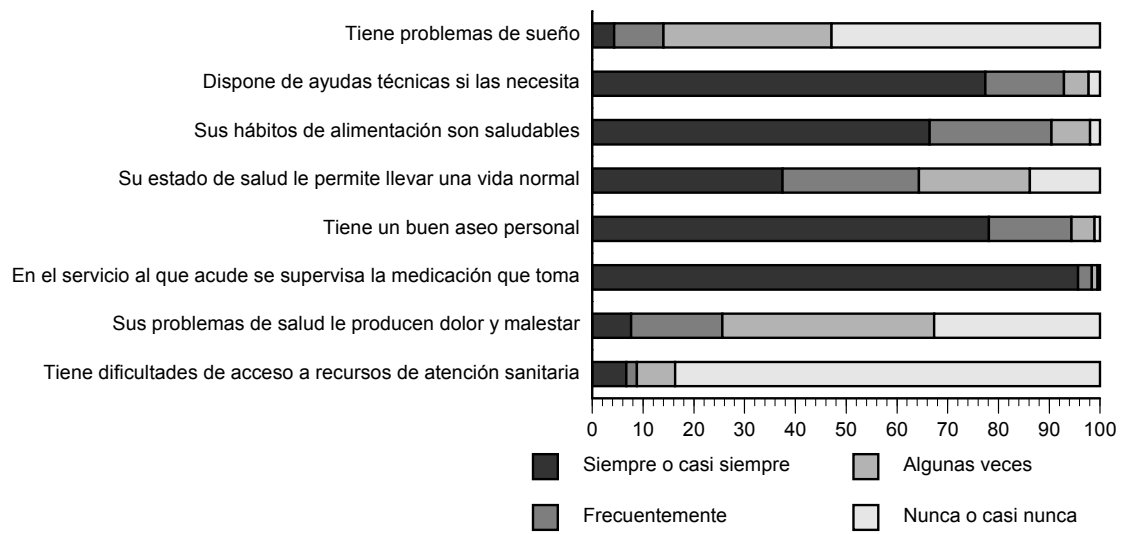


Figura 231. Porcentajes válidos de respuesta en Bienestar físico

Tabla 144. Distribución de las respuestas en Bienestar físico

Bienestar físico	Siempre o casi siempre (%)	Frecuentemente (%)	Algunas veces (%)	Nunca o casi nunca (%)
Tiene problemas de sueño	4,26	9,72	33,13	52,88
Dispone de ayudas técnicas si las necesita	77,42	15,51	4,82	2,26
Sus hábitos de alimentación son saludables	66,47	23,99	7,58	1,96
Su estado de salud le permite llevar una vida normal	37,46	26,85	21,89	13,81
Tiene un buen aseo personal	78,11	16,25	4,58	1,06
En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma	95,66	2,72	1,13	,50
Sus problemas de salud le producen dolor y malestar	7,63	17,98	41,71	32,68
Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria	6,71	2,06	7,54	83,70

En cuanto a las correlaciones policóricas entre los ocho ítems de la dimensión, encontramos valores en el rango comprendido entre  $|,009|$  y  $|,563|$  (Tabla 145 y Figura 232). Ahondando en tales resultados, encontramos una relación negativa entre BF\_2 ('Dispone de ayudas técnicas si las necesita') y BF\_7 ('Sus problemas de salud le producen dolor y malestar'), si bien ésta es tan próxima a cero que puede considerarse que la relación es inexistente. El mismo

resultado (aunque con signo positivo) se repite para las relaciones entre los *problemas de sueño* (BE\_1) con la *disposición de ayudas técnicas* (BF\_2), el *adecuado aseo personal* (BF\_5), con la *supervisión de la medicación en el servicio al que acude* (BF\_6) y con las *dificultades de acceso a los recursos de atención sanitaria* (BF\_8). En cambio, encontramos una alta correlación entre los *problemas de sueño* (BF\_1) y la posibilidad de mantener una *actividad normal en función del estado de salud* (BF\_4).

Tabla 145. Correlaciones policóricas entre los ítems de Bienestar físico

	BF_1	BF_2	BF_3	BF_4	BF_5	BF_6	BF_7
BF_2	,055	1,000					
BF_3	,113	,401	1,000				
BF_4	,222	,057	,157	1,000			
BF_5	,064	,384	,563	,155	1,000		
BF_6	,096	,377	,244	,051	,214	1,000	
BF_7	,319	-,032	,061	,533	,009	,035	1,000
BF_8	,082	,177	,142	,167	,157	,168	,123

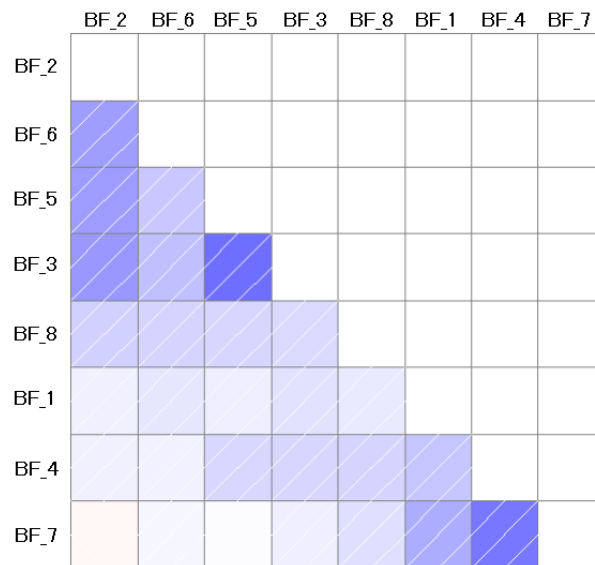


Figura 232. Correlograma de los ítems de Bienestar físico



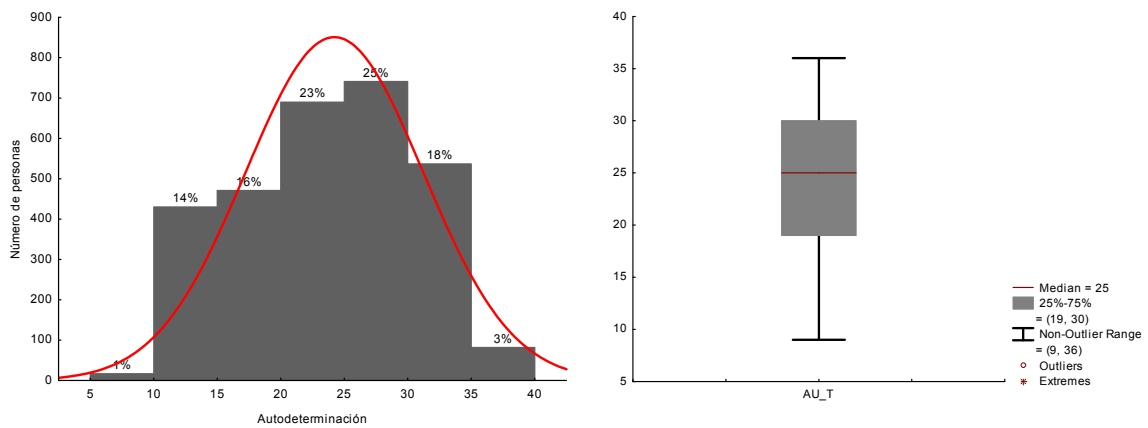
#### 6. 4. 1. 7. Puntuaciones en Autodeterminación

La forma de la distribución (Figura 233) encontrada en la dimensión de *Autodeterminación* es diferente a las anteriores, si bien sigue existiendo una cierta asimetría negativa en la distribución (*asimetría* =  $-0,213$ ; *curtosis* =  $-0,944$ ). El punto medio teórico (*Pto. Medio teórico* = 18) es superado ampliamente por su puntuación media ( $M = 24,116$ ;  $DT = 5,854$ ), mediana ( $Me = 25$ ) y moda ( $Mo = 27$ ;  $n = 166$ ). Las puntuaciones oscilaron entre 9 y 36, por lo que hubo participantes que obtuvieron las calificaciones máximas y mínimas en los nueve ítems que forman la escala. Esta vez, el punto medio teórico se situó muy próximo al percentil 25 de la subescala ( $P_{25} = 19$ ).

En este caso, sólo la mediana de un ítem alcanzó la puntuación máxima: AU\_3 (*En el servicio al que acuden tienen en cuenta sus preferencias*), y cinco alcanzaron el valor 3. La mediana de uno de ellos se equiparó con la puntuación mínima ( $Me = 1$ ) (AU\_9, *Elige con quién vivir*) y las medianas de dos alcanzaron el valor 2: AU\_1 (*Tiene metas, objetivos e intereses personales*) y AU\_8 (*Organiza su propia vida*). El rango de las medias fue de 1,94 a 3,51.

De manera similar a lo observado en la dimensión Desarrollo personal, las respuestas en los ítems de Autodeterminación no son tan extremas (Tabla 146 y Figura 234). Tan sólo la categoría de respuesta 'siempre o casi siempre' en el ítem AU\_3 (*En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias*) obtiene una puntuación más elevada (59,52%). Según los profesionales, un 33,08% 'algunas veces' y un 29,09% 'nunca o casi nunca' de los participantes tiene metas, objetivos e intereses personales (AU\_1); y un 38,98% defiende 'siempre o casi siempre' sus ideas y opiniones (aunque es destacable que un 13,64% no lo haga 'nunca o casi nunca') (AU\_4).

Las respuestas se reparten por todas las categorías (con porcentajes de entre el 22-30%) al preguntar si son ellos mismos quienes organizan su propia vida (AU\_8). Un dato interesante es que el 57,44% de los participantes 'nunca o casi nunca' eligen con quién quiere vivir (AU\_9), aunque en torno a dos de cada diez lo eligen 'siempre o casi siempre'. De manera similar, en torno a un tercio de los participantes (33,76%) eligen cómo pasar su tiempo libre (AU\_2) 'siempre o casi siempre' y un 29,19% lo hace 'frecuentemente'.



Frecuencia	Tallo y hojas
4,00	9 . 0
11,00	10 . 0000
62,00	11 . 00000000000000000000
117,00	12 . 00
51,00	13 . 00000000000000000000
74,00	14 . 00000000000000000000000000000000
82,00	15 . 000
76,00	16 . 000
73,00	17 . 000
84,00	18 . 000
82,00	19 . 000
10,00	20 . 000
107,00	21 . 000
134,00	22 . 000
122,00	23 . 000
131,00	24 . 000
138,00	25 . 000
112,00	26 . 000
14,00	27 . 000
146,00	28 . 000
122,00	29 . 000
129,00	30 . 000
10,00	31 . 000
99,00	32 . 000
115,00	33 . 000
68,00	34 . 000
76,00	35 . 000
72,00	36 . 000

Ancho Tallo: 1  
 Cada hoja: 3 caso(s)

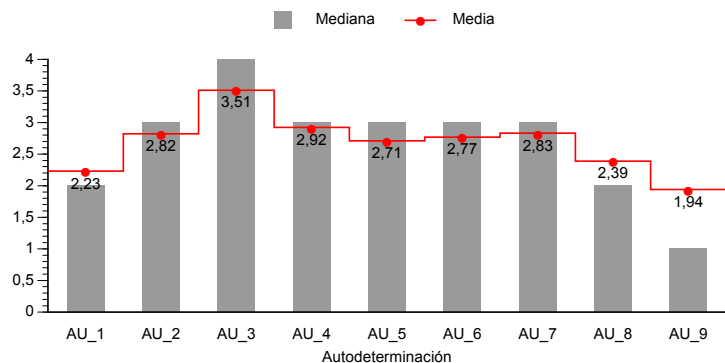


Figura 233. Distribuciones de Autodeterminación (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)

Asimismo, para un 32,96% de los participantes son otras personas las que ‘algunas veces’ toman decisiones sobre su propia vida personal (AU\_5) y para un 28,54% no lo hacen ‘nunca o

casi nunca'; en cambio, en casi cuatro de cada diez lo hacen 'frecuentemente' o 'siempre o casi siempre'). En el 38,46% y el 43,88% respectivamente, 'nunca o casi nunca' *deciden otras personas sobre cómo gastar su dinero (AU\_6)* (aunque en el 23,18% sucede 'siempre o casi siempre') o *a qué hora se acuestan (AU\_7)* (aunque en el 23,12% sucede 'siempre o casi siempre').

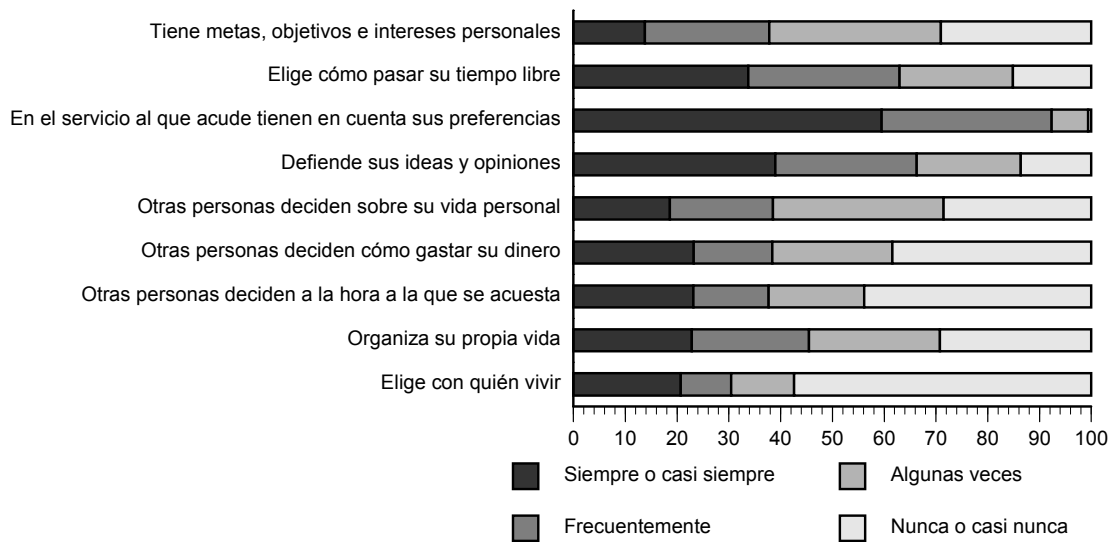


Figura 234. Porcentajes válidos de respuesta en Autodeterminación

Tabla 146. Distribución de las respuestas en Autodeterminación

Autodeterminación	Siempre o casi siempre (%)	Frecuentemente (%)	Algunas veces (%)	Nunca o casi nunca (%)
Tiene metas, objetivos e intereses personales	13,76	24,07	33,08	29,09
Elige cómo pasar su tiempo libre	33,76	29,19	21,87	15,18
En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias	59,52	32,82	7,03	,63
Defiende sus ideas y opiniones	38,98	27,31	2,07	13,64
Otras personas deciden sobre su vida personal	18,62	19,88	32,96	28,54
Otras personas deciden cómo gastar su dinero	23,18	15,24	23,12	38,46
Otras personas deciden a la hora a la que se acuesta	23,12	14,56	18,44	43,88
Organiza su propia vida	22,83	22,63	25,31	29,22
Elige con quién vivir	2,70	9,74	12,12	57,44

Tabla 147. Correlaciones policóricas entre los ítems de Autodeterminación

	AU_1	AU_2	AU_3	AU_4	AU_5	AU_6	AU_7	AU_8
AU_2	0,599							
AU_3	0,186	0,309						
AU_4	0,575	0,703	0,320					
AU_5	0,461	0,653	0,182	0,628				
AU_6	0,419	0,610	0,152	0,580	0,873			
AU_7	0,436	0,586	0,221	0,521	0,708	0,690		
AU_8	0,540	0,763	0,259	0,704	0,797	0,753	0,709	
AU_9	0,356	0,523	0,267	0,505	0,559	0,545	0,549	0,645

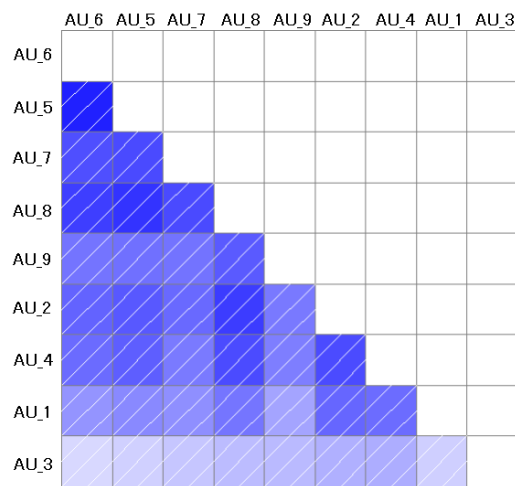


Figura 235. Correlograma de los ítems de Autodeterminación

En cuanto a las correlaciones policóricas entre los nueve ítems, todas las relaciones fueron significativamente positivas. El ítem que mostró las relaciones más fuertes con el resto de los ítems fue AU\_6 ('Otras personas deciden cómo gastar su dinero'), especialmente con AU\_5 ('Otras personas deciden sobre su vida personal'). No obstante, la relación fue menor con el ítem AU\_3 ('El servicio al que acude toma en cuenta sus preferencias'), como todas las relaciones encontradas entre éste y los demás ítems que conforman la dimensión. Igualmente, fueron bastante altos los valores encontrados entre todas las relaciones posible entre el hecho de que otras personas decidan sobre su vida personal (AU\_5), que otras personas decidan la hora a la que se acueste (AU\_6) y el que sea la persona quien organice su propia vida (AU\_7). La misma situación se dio entre elegir cómo pasar su tiempo libre (AU\_2) con defender sus ideas y opiniones (AU\_4) y

*elegir con quién vivir* (AU\_8). Todas estas relaciones se detallan en la Tabla 147 e ilustran en la Figura 235.

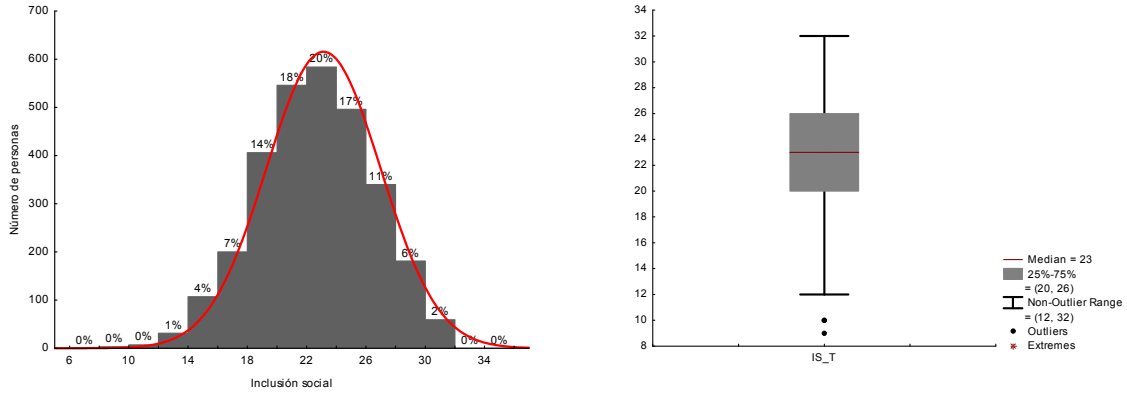
#### 6.4.1.8. Puntuaciones en Inclusión social

Los ocho ítems que componen la dimensión *Inclusión Social* dan lugar a una distribución bastante cercana a la normal, como se puede apreciar en la Figura 236. No obstante, sigue apareciendo una ligera asimetría negativa (*asimetría* =  $-0,137$ ; *curtosis* =  $-0,264$ ). La media alcanza un valor de 23,05 (*DT* = 3,087), la mediana y la moda ( $n = 323$ ) un valor de 23. Los tres valores superan el punto medio teórico de este factor (que además coincide con el percentil 25) (*Pto. Medio Teórico* =  $P_{25} = 20$ ), pero lo hacen sólo ligeramente. El rango de las puntuaciones se encontró entre 9 y 32, por lo que ninguna persona obtuvo la calificación mínima en todos los ítems, mientras sí alcanzó la máxima.

En lo referente a las medianas, tres ítems obtuvieron un valor 2: IS\_1 (*‘Utiliza entornos comunitarios’*), IS\_5 (*‘Sus amigos le apoyan cuando lo necesita’*) e IS\_7 (*‘Sus amigos se limitan a los que acuden al mismo servicio’*); dos ítems alcanzaron una mediana igual a 3: IS\_2 (*‘Su familia le apoya cuando lo necesita’*), IS\_3 (*‘Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social’*) e IS\_4 (*‘Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad’*); finalmente, sólo dos ítems obtuvieron como mediana el valor correspondiente a la máxima puntuación ( $Me = 4$ ): IS\_6 (*‘El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad’*) e IS\_8 (*‘Es rechazado o discriminado por los demás’*). Por su parte, las medias de los ítems oscilaron 2,08 y 3,65.

Si analizamos el contenido de los ítems (Figura 237 y Tabla 148), constatamos que en general los profesionales no aceptan la idea de que los participantes sean *rechazados o discriminados por los demás* (en el 71% de los casos responden con la categoría *‘nunca o casi nunca’*) (IS\_8). Asimismo, aunque en muchos casos *sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio* (IS\_7) (*‘siempre o casi siempre’* en el 39,76% y *‘frecuentemente’* en el 26,72%), *pueden contar con ellos cuando les necesitan* (el 21,91% cuentan con ellos *‘siempre o casi siempre’* y el 27,71% lo hacen *‘frecuentemente’*). No obstante, para uno de cada tres de los participantes, este *apoyo de los amigos* (IS\_5) sólo sucede *‘algunas veces’*. El *apoyo familiar* (IS\_2), cuando lo

necesitan, es algo más frecuente: en un 4,20% de los participantes, los profesionales consideran que sucede 'siempre o casi siempre' y en un 23,75% 'frecuentemente'.



Frecuencia	Tallo y hojas
3,00	Extremos (= <1,0)
5,00	12 . 0
5,00	13 . 0
23,00	14 . 0000
37,00	15 . 000000
62,00	16 . 0000000000
79,00	17 . 000000000000
104,00	18 . 0000000000000000
152,00	19 . 0000000000000000000000
196,00	20 . 0000000000000000000000000000
246,00	21 . 00
238,00	22 . 00
284,00	23 . 000
228,00	24 . 00
225,00	25 . 00
218,00	26 . 000
177,00	27 . 00
124,00	28 . 000000000000000000000000
124,00	29 . 000000000000000000000000
44,00	30 . 0000000
32,00	31 . 000000
21,00	32 . 000

Ancho Tallo:	1
Cada hoja:	6 caso(s)

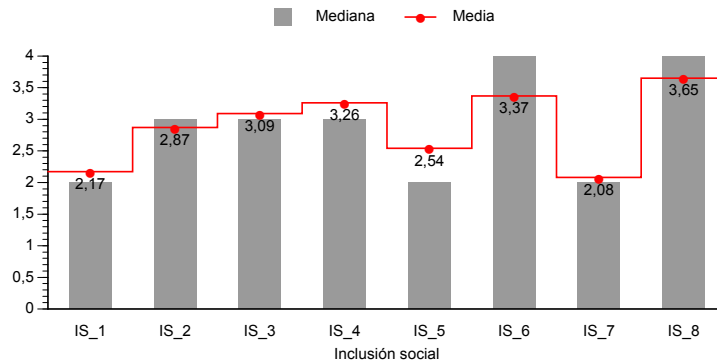


Figura 236. Distribuciones de Inclusión social (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)

Respecto a la participación en la comunidad, un 37,70% de los participantes *no utiliza los entornos comunitarios* (IS\_1) ‘nunca o casi nunca’ y una cuarta parte los utiliza ‘algunas veces’, a pesar de que el 42,14% opina que ‘nunca o casi nunca *existen barreras físicas, culturales o sociales que dificulten la inclusión social*’ (IS\_3) (aunque un 35,30% opina que esto sucede ‘algunas veces’), y en un 48,10% se considere que ‘nunca o casi nunca *se carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad*’ (aunque para un 35,30% se opina que esto ocurre ‘algunas veces’) (IS\_4). Finalmente, la opinión mayoritaria entre los profesionales es que *el servicio al que acude la persona fomenta su participación en actividades de la comunidad*: el 54,35% responden ‘siempre o casi siempre’ y el 3,63% ‘frecuentemente’ (IS\_6).

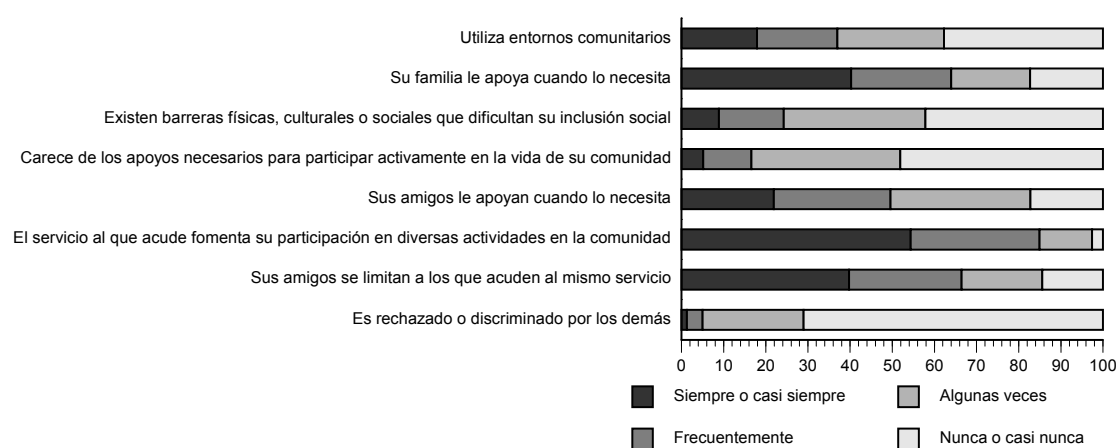


Figura 237. Porcentajes válidos de respuesta en Inclusión social

Tabla 148. Distribución de las respuestas en Inclusión social

Inclusión social	Siempre o casi siempre (%)	Frecuentemente (%)	Algunas veces (%)	Nunca o casi nunca (%)
Utiliza entornos comunitarios	17,92	19,08	25,29	37,70
Su familia le apoya cuando lo necesita	4,20	23,75	18,74	17,31
Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social	8,88	15,36	33,62	42,14
Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad	5,19	11,41	35,30	48,10
Sus amigos le apoyan cuando lo necesita	21,91	27,71	33,17	17,22
El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad	54,35	3,63	12,39	2,62
Sus amigos se limitan a los que acuden al mismo servicio	17,92	19,08	25,29	37,70
Es rechazado o discriminado por los demás	4,20	23,75	18,74	17,31

En este caso, destaca la escasa correlación encontrada entre los ocho ítems que forman la dimensión ( $-.077 \leq \rho \leq ,564$ ) (Tabla 149). De hecho, podemos afirmar que no existe relación entre *utilizar entornos comunitarios* (IS\_8) y *ser rechazado o discriminado por los demás* (IS\_8), ni entre que *el servicio fomente la participación en diversas actividades* (IS\_6) y que *los amigos se limiten a los que acuden al mismo servicio* (IS\_7). En cambio, encontramos una única correlación alta entre el hecho de que *existan barreras físicas, culturales o sociales que dificulten la inclusión social* (IS\_3) y *carecer de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de la comunidad* (IS\_4). Las relaciones entre los demás ítems son entre bajas y muy bajas (Figura 238).

Tabla 149. Correlaciones policóricas entre los ítems de Inclusión social

	IS_1	IS_2	IS_3	IS_4	IS_5	IS_6	IS_7
IS_2	-,025						
IS_3	,096	,160					
IS_4	,186	,163	,564				
IS_5	,200	,334	,202	,204			
IS_6	,390	,137	,171	,295	,300		
IS_7	,100	,086	,160	,135	,255	-,077	
IS_8	-,020	,290	,334	,261	,359	,131	,131

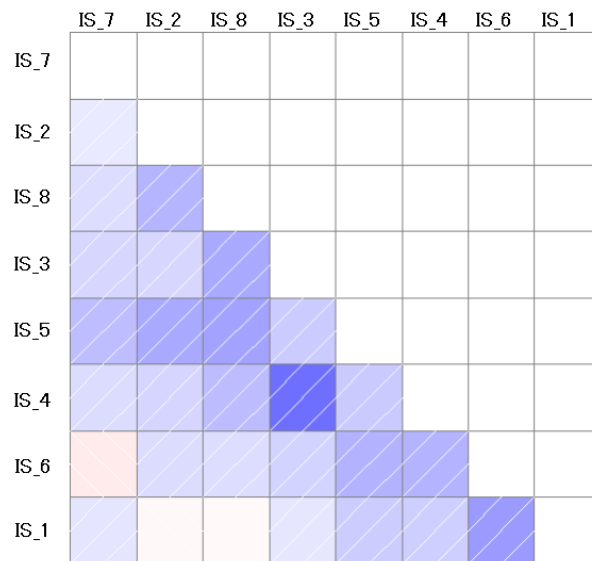


Figura 238. Correlograma de los ítems de Inclusión social



#### 6. 4. 1. 9. Puntuaciones en Derechos

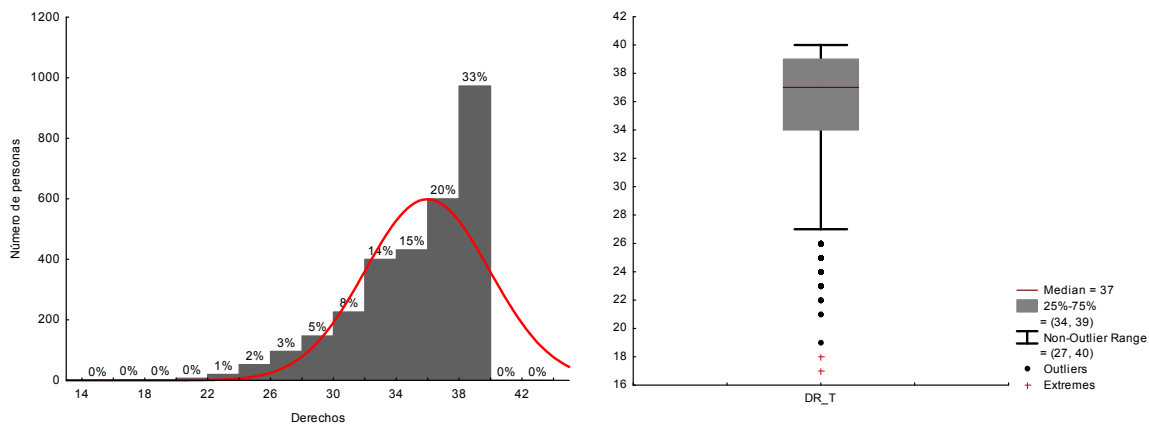
Por último, los diez ítems que conforman la dimensión *Derechos* muestran una distribución con una clara asimetría negativa (*asimetría* = -1,035; *curtosis* = ,713), tal como puede observarse en la Tabla 150 y la Figura 239. Así, el punto medio teórico en este factor (*Pto. Medio Teórico* = 20) es superado ampliamente por el valor de su media ( $M = 35,868$ ,  $DT = 3,185$ ) y de su mediana ( $Me = 37$ ). De hecho, en este caso la moda es igual a la máxima puntuación posible ( $Mo = 40$ ), que es obtenida por 652 participantes (22,06% del  $N$  válido). Tal resultado no es de extrañar en una dimensión como ésta, al encontrarnos en un estado en que los derechos básicos están generalmente garantizados. El rango de las puntuaciones, sin *outliers* estaba comprendido entre 27 y 40 (de este modo, encontramos que las puntuaciones por debajo del valor 26 se consideran en esta dimensión valores atípicos). Dadas estas circunstancias, no es de extrañar que la mediana de todos los ítems alcance el valor de la máxima puntuación ( $Me = 4$ ), con la única excepción del ítem '*Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados*' (DE\_4), cuya mediana fue igual a 3 ('algunas veces'). Las medias oscilaron entre 3,01 y 3,95.

Al analizar las respuestas dadas por los profesionales a los ítems de esta dimensión encontramos que, en general, la percepción de los profesionales sobre el *servicio al que acuden los participantes* es muy positiva: la respuesta 'siempre o casi siempre' es elegida entre el 78,48% y el 89,79% de los casos en relación con el respeto de *la intimidad* (DE\_5), *las posesiones y el derecho a la propiedad* (DE\_6), *la privacidad de la información* (DE\_9), y *el respeto y defensa de sus derechos* (DE\_10). En el 68,72% las *familias* de los participantes 'nunca o casi nunca' vulneran su intimidad (aunque esto sucede 'siempre o casi siempre' en uno de cada diez casos).

De manera similar, observamos que en el 78,11% de los casos las personas son tratadas 'siempre o casi siempre' con *respeto* en su entorno (DE\_2) y el 67,95% no tienen limitados sus *derechos legales* (DE\_6). No obstante, es notable el hecho de que se encuentren limitados para el 15,14% de los participantes 'siempre o casi siempre'.

Por último, es extremo el rechazo de situaciones de *explotación, violencia o abusos*: en el 97% de las personas sobre las que se cumplimenta la escala esto no sucede 'nunca o casi nunca' (igualmente, consideramos preocupante el que ocurra en el 3% restante 'algunas veces', 'frecuentemente' o 'siempre o casi siempre'). Asimismo, sólo algo más de la mitad (51,65%) dispone de *información sobre sus derechos* civiles 'siempre o casi siempre' (mientras un 14,07% no recibe ningún tipo de información), y únicamente el 43,99% no muestra 'nunca o casi nunca'

dificultades para *defender sus derechos* cuando éstos son violados (mientras el 16,07% encuentra dificultades siempre o casi siempre).



Frecuencia	Tallo y hojas
7,00	Extremos (= <26,0)
23,00	27 . 00
,00	27 .
61,00	28 . 00000
,00	28 .
54,00	29 . 0000
,00	29 .
81,00	30 . 0000000
,00	30 .
107,00	31 . 000000000
,00	31 .
94,00	32 . 00000000
,00	32 .
142,00	33 . 000000000000
,00	33 .
216,00	34 . 0000000000000000
,00	34 .
173,00	35 . 00000000000000
,00	35 .
209,00	36 . 0000000000000000
,00	36 .
274,00	37 . 00000000000000000000
,00	37 .
269,00	38 . 00000000000000000000
,00	38 .
284,00	39 . 00000000000000000000
,00	39 .
57,00	40 . 00

Ancho Tallo: 1  
Cada hoja: 12 caso(s)

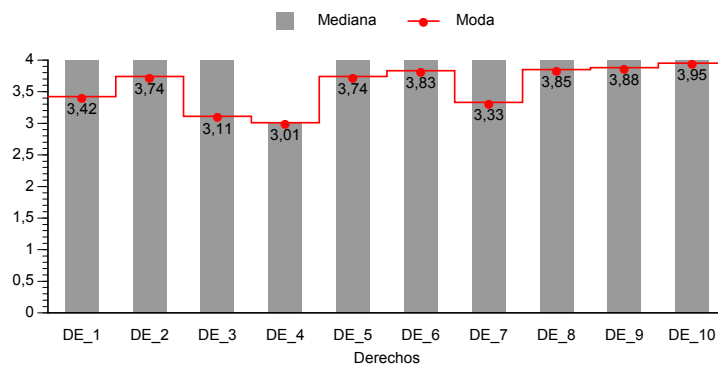


Figura 239. Distribuciones de Derechos (histograma, diagrama de caja, tallo y hojas) y descriptivos de los ítems (mediana y media)

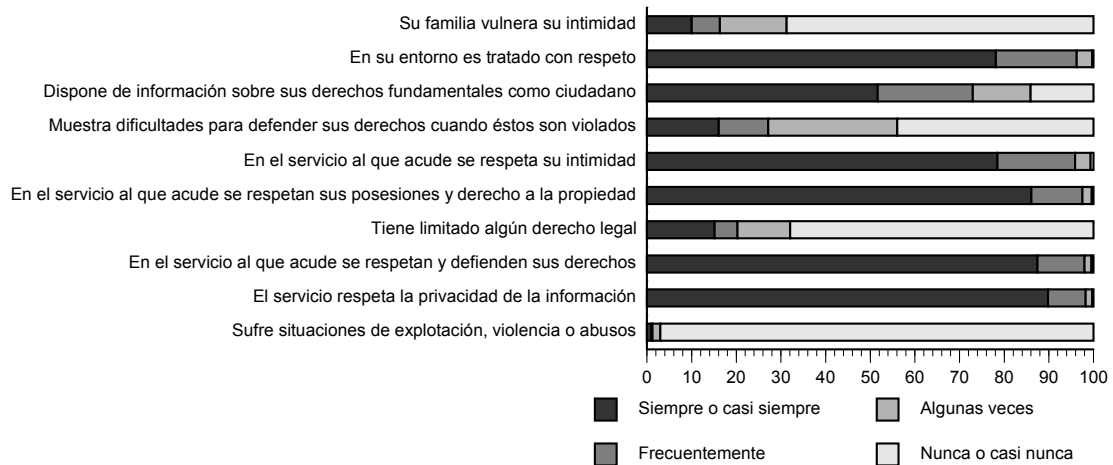


Figura 240. Porcentajes válidos de respuesta en Derechos

Tabla 150. Distribución de las respuestas en Derechos

Derechos	Siempre o casi siempre (%)	Frecuentemente (%)	Algunas veces (%)	Nunca o casi nunca (%)
En su entorno es tratado con respeto	9,99	6,33	14,96	68,72
Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano	78,11	18,10	3,52	,27
Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados	51,65	21,31	12,97	14,07
En el servicio al que acude se respeta su intimidad	16,07	11,09	28,86	43,99
En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad	78,48	17,39	3,46	,67
Tiene limitado algún derecho legal	86,07	11,44	2,09	,40
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	15,14	5,15	11,76	67,95
El servicio respeta la privacidad de la información	87,44	1,56	1,50	,50
Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos	1,00	,20	1,80	97,00

Tabla 151. Correlaciones policóricas entre los ítems de Derechos

	DR_1	DR_2	DR_3	DR_4	DR_5	DR_6	DR_7	DR_8	DR_9
DR_2	,291	1,000							
DR_3	,374	,411	1,000						
DR_4	,431	,184	,463	1,000					
DR_5	,359	,518	,552	,231	1,000				
DR_6	,274	,568	,444	,173	,757	1,000			
DR_7	,444	,060	,442	,560	,277	,148	1,000		
DR_8	,283	,540	,473	,161	,741	,739	,170	1,000	
DR_9	,227	,534	,422	,121	,692	,681	,071	,875	1,000
DR_10	,158	,215	-,066	,249	,010	,070	,141	-,034	,035

Finalmente, como se observa en la Tabla 151 y en la Figura 241, encontramos una correlación muy alta entre las respuestas referidas al *respeto de los derechos* (DE\_8) con el respeto a la *privacidad de la información* (DE\_9), a la *intimidación* (DE\_5) y a la *propiedad* (DE\_10) por parte del servicio al que acude la persona. Por el motivo contrario (i.e., ausencia de relación) destaca el ítem DE\_10 ('*Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos*'), que presenta la correlación más alta ( $\rho = ,249$ ; correlación que puede calificarse de baja) con las *dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados* (DE\_4) y con *ser tratado con respeto en su entorno* (DE\_2). Además, muestra una correlación negativa, si bien muy baja con *disponer de información sobre los derechos fundamentales como ciudadano* (DE\_3). Asimismo, *tener limitado algún derecho legal* (DE\_7) apenas tiene relación con las respuestas en otros ítems, con las excepciones de *disponer información sobre los derechos fundamentales* (DE\_3), que *la familia vulnere la intimidad* (DE\_1) y *mostrar dificultad para defender los derechos* (DE\_4).

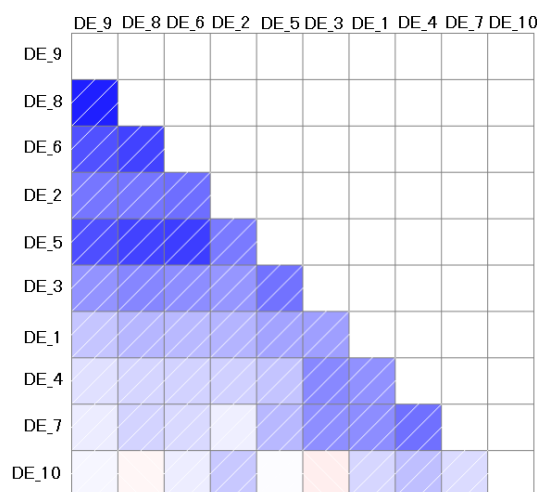


Figura 241. Correlograma de los ítems de Derechos

## Resumen

En este apartado hemos analizado las puntuaciones obtenidas por los participantes en los ocho factores de la Escala GENCAT y en la Escala total. Tanto los análisis por dimensiones como en el total de la escala pusieron de manifiesto que *los resultados sobre la calidad de vida de las personas evaluadas son positivos* (distribuciones con asimetrías negativas que llevan a rechazar la hipótesis de normalidad; medianas de los ítems de 3 y 4 en la mayor parte de los ítems; modas, medias y medianas por encima de los puntos medios teóricos; etc.). En este sentido, las puntuaciones más altas se han obtenido en *Derechos* y *Bienestar material*, seguidas muy de cerca por el *Bienestar físico* y *Desarrollo personal*. Las cuatro dimensiones restantes arrojan resultados más dispares. No obstante, se podría afirmar que *Desarrollo personal* e *Inclusión social* resultaron ser las dimensiones que dieron lugar a las puntuaciones más bajas, seguidas de *Bienestar emocional*, *Autodeterminación* y *Relaciones interpersonales*.

### 6. 4. 2. Comparación de puntuaciones en función de las variables sociodemográficas

A continuación presentamos los resultados en función de las variables sociodemográficas incluidas en la investigación: género, edad, ámbito geográfico, condición, estado civil, lugar de residencia y nivel educativo.

#### 6. 4. 2. 1. Comparación de las puntuaciones en función del género

Para contrastar la relación entre la puntuación total obtenida en la escala con la variable relativa al género, utilizamos la prueba *t* para muestras independientes. Éste dio lugar a diferencias significativas ( $t_{(2582)} = 2,57; p = ,010; d = 0,015$ ): las puntuaciones fueron algo más positivas entre los varones ( $M = 213,31; DT = 23,68$ ) que entre las mujeres ( $M = 210,66; DT = 24,07$ ). En la Figura 242 se muestran estas ligeras diferencias: la mediana se sitúa en 211 para las mujeres y 213 para los varones. En el caso de los varones el rango es ligeramente superior si tenemos en cuenta los valores atípicos (135), con una puntuación mínima de 136 y una máxima de 271. El grupo de mujeres muestra un rango de 127, con puntuaciones totales entre 145 y 272. No obstante, se da la situación contraria (i.e., mayor rango de puntuaciones) si eliminamos los *outliers*, que solo se encuentran en la distribución de los varones.

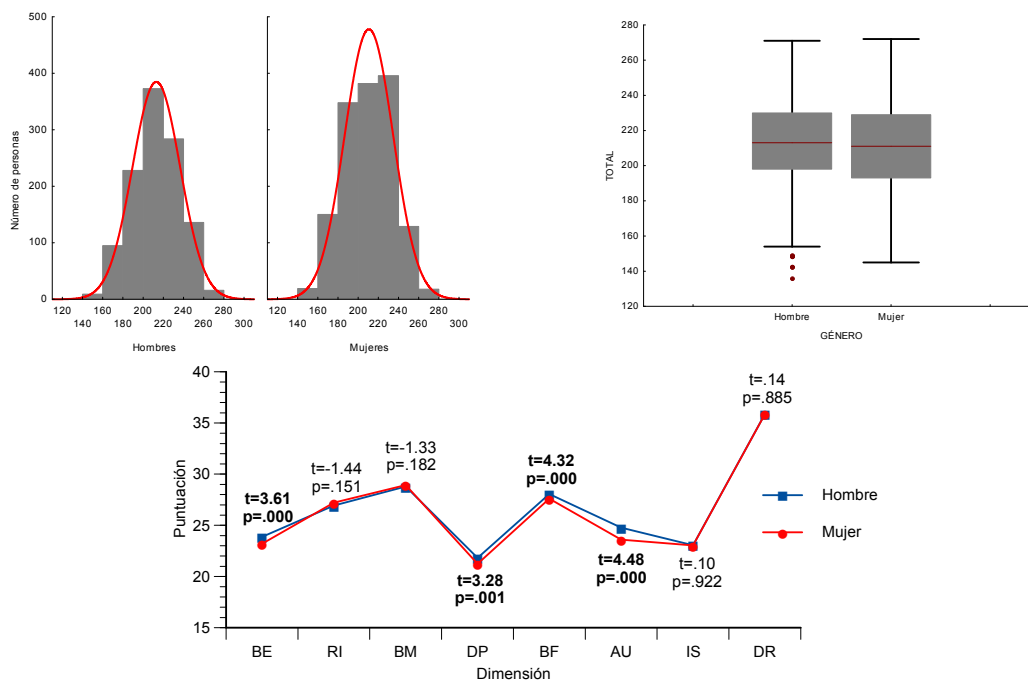


Figura 242. Diferencias en función del género: puntuación total y dimensiones

La prueba *post hoc* constató que existían diferencias significativas en función del género en cuatro de las ocho dimensiones siempre a favor de los varones: Bienestar emocional ( $t = 3,61$ ;  $p = ,000$ ;  $d = 0,038$ ), Desarrollo personal ( $t = 3,28$ ;  $p = ,001$ ;  $d = 0,205$ ), Bienestar físico ( $t = 4,32$ ;  $p = ,000$ ;  $d = 0,163$ ) y Autodeterminación ( $t = 4,48$ ;  $p = ,000$ ;  $d = 0,168$ ). Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en Relaciones interpersonales ( $t = 1,44$ ;  $p = ,151$ ;  $d = 0,052$ ), Bienestar material ( $t = 1,33$ ;  $p = ,182$ ;  $d = 0,052$ ), Inclusión social ( $t = 0,10$ ;  $p = ,922$ ;  $d = 0,005$ ) y Derechos ( $t = 0,14$ ;  $p = ,885$ ;  $d = 0,007$ ). Debemos señalar, no obstante, que las discrepancias son ligeras y pueden estar causadas, en gran medida, por el alto número de participantes. De hecho, los tamaños de los efectos son muy pequeños ( $< 0,300$ ). Las mayores diferencias se encontraron en Desarrollo personal y Autodeterminación.

### Resumen

Existen *diferencias significativas a favor de los hombres* en la puntuación total en función del género de la persona evaluada ( $t_{(2582)} = 2,57$ ;  $p = ,010$ ;  $d = 0,015$ ). En cuanto a las puntuaciones obtenidas en las dimensiones, tales diferencias se repiten en cuatro casos: *Bienestar emocional, Bienestar físico, Autodeterminación y Desarrollo personal*.

#### 6. 4. 2. 2. Comparación de las puntuaciones en función de la edad

Al analizar las puntuaciones obtenidas por los participantes en la escala total en función de su edad, comprobamos en primer lugar que las distribuciones mostradas por los grupos son muy desiguales. En este sentido, los menores de 20 años, que constituyen el grupo menos numeroso, obtienen puntuaciones de calidad de vida comprendidas entre 192 y 244 (mostrando el menor rango de puntuaciones en comparación con los demás grupos). Los mayores de ochenta años, en cambio, forman el grupo con mayor número de participantes y alcanzan puntuaciones entre 136 y 272 (mostrando así el mayor rango de puntuaciones en comparación con los demás). Además, como se observa en la Figura 243, si atendemos a las medias (representadas mediante una línea negra en segundo gráfico, a la izquierda) observamos que son los menores de 20 años los que obtienen, con diferencia, el valor más alto. No obstante, es este grupo también el que muestra el mayor error de medida en un intervalo de confianza del 95% (representado con una línea vertical roja en el mismo gráfico). En el otro extremo (i.e., con la puntuación más baja), encontramos a las personas entre 31 y 40 años, y a los mayores de 80 años con las puntuaciones con menores errores de medida.

Los resultados del análisis de varianza (ANOVA) dieron lugar a diferencias significativas en la puntuación total de calidad de vida entre los grupos ( $F_{(7)} = 7,775; p = ,000$ ). Para conocer entre qué grupos se encontraban esas diferencias, realizamos las correspondientes pruebas post-hoc (F de Scheffé) de significación entre grupos homogéneos. En la Figura 243 (tercer gráfico, a la derecha), se muestran gráficamente los resultados: bajo el mismo rectángulo se presentan las medias entre las que no se han encontrado diferencias significativas al nivel de confianza del 95%, mientras cada conjunto de puntos encerrados en un mismo rectángulo es significativamente distinto del resto de los puntos al mismo nivel de confianza.

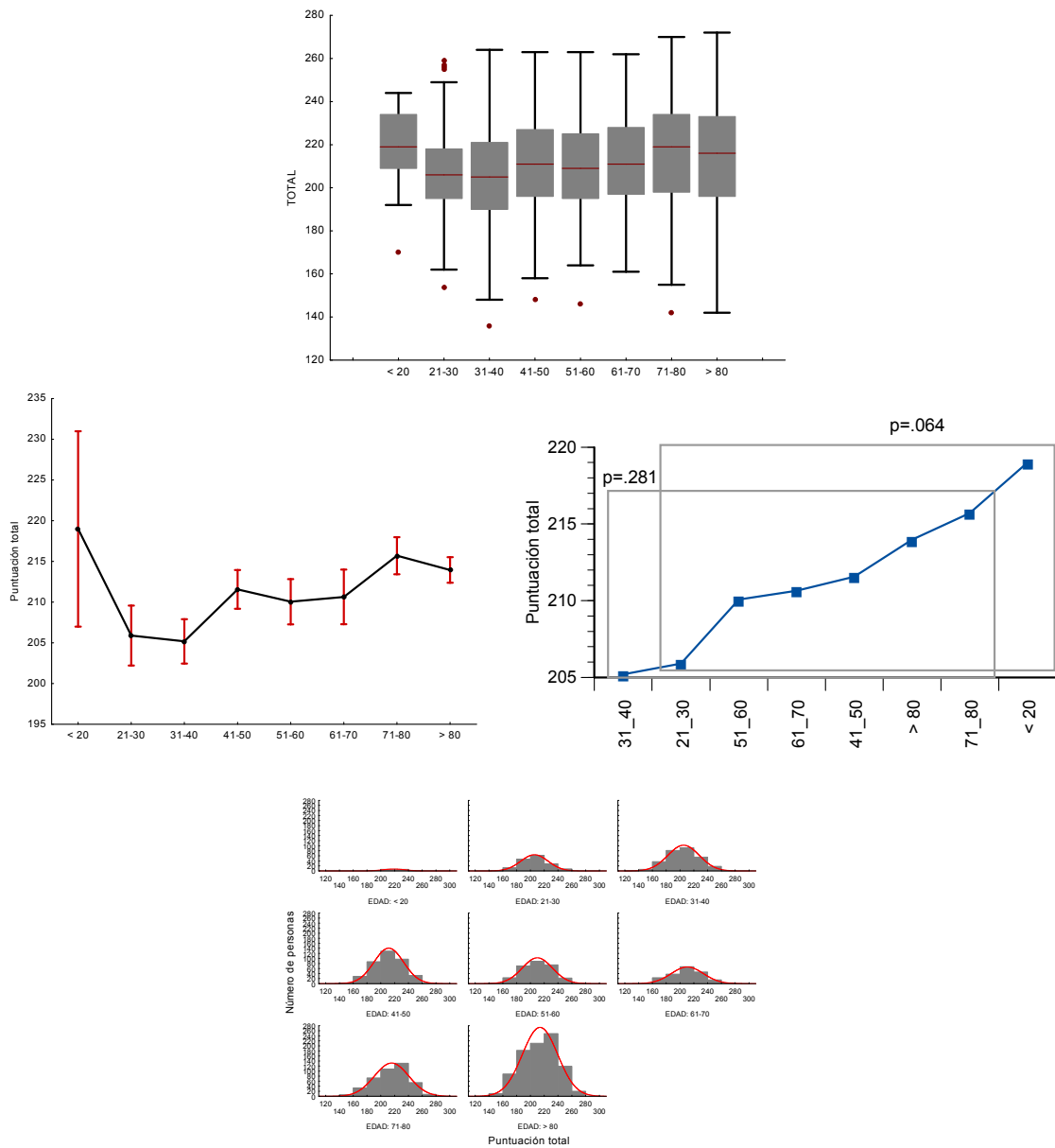


Figura 243. Diferencias en función de la edad: puntuación total

Tabla 152. Puntuación en las dimensiones por edad (ANOVA)

<i>Bienestar Emocional</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	271,402	7	38,772	1,560	,143
<i>Intra-grupos</i>	73032,145	2938	24,858		
<i>Total</i>	73303,547	2945			
<i>Relaciones Interpersonales</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	797,785	7	113,969	5,093	,000
<i>Intra-grupos</i>	63618,821	2843	22,377		
<i>Total</i>	64416,606	2850			
<i>Bienestar Material</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	274,487	7	39,212	4,866	,000
<i>Intra-grupos</i>	23698,135	2941	8,058		
<i>Total</i>	23972,623	2948			
<i>Desarrollo Personal</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	329,977	7	329,977	2,167	,034
<i>Intra-grupos</i>	64145,270	2949	21,752		
<i>Total</i>	64475,248	2956			
<i>Bienestar Físico</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	389,325	7	55,618	7,071	,000
<i>Intra-grupos</i>	23061,492	2932	7,865		
<i>Total</i>	2345,816	2939			
<i>Autodeterminación</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	5466,365	7	78,909	16,715	,000
<i>Intra-grupos</i>	137121,218	2935	46,719		
<i>Total</i>	142587,583	2942			
<i>Inclusión Social</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	582,393	7	83,199	5,714	,000
<i>Intra-grupos</i>	42615,941	2927	14,560		
<i>Total</i>	43198,334	2934			
<i>Derechos</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	4137,168	7	591,024	42,398	,000
<i>Intra-grupos</i>	40746,141	2923	13,940		
<i>Total</i>	44883,309	2930			



El mismo procedimiento se llevó a cabo, posteriormente, para comprobar si existían diferencias por edad en cada una de las ocho dimensiones. Como se observa en la Tabla 152, casi todas las diferencias resultaron significativas ( $p = ,000$ ), aunque *Desarrollo personal* mostró una significación algo menor ( $p = ,034$ ). La única excepción fue *Bienestar emocional*, que no dio lugar a diferencias significativas entre los grupos ( $F_{(7)} = 1,560$ ;  $p = ,143$ ).

Tal como se muestra en la Figura 244, los resultados de las pruebas *post hoc* por dimensiones diferenciaron un único grupo en *Bienestar emocional* ( $p = ,067$ ), *Bienestar material* ( $p = ,660$ ), *Desarrollo personal* ( $p = ,071$ ) y *Bienestar físico* ( $p = ,342$ ). Es decir, las puntuaciones en tales dimensiones en función de los grupos de edad no son significativamente diferentes entre sí a un nivel de confianza del 95% y aparecen, por tanto, encerradas dentro del mismo rectángulo.

En cambio, se diferenciaron dos grupos en tres de las dimensiones: *Relaciones interpersonales*, *Inclusión social* y *Derechos*. En este sentido, en *Relaciones interpersonales*, los menores de 20 años alcanzaron puntuaciones significativamente más altas que las personas comprendidas entre 31 y 40 años, si bien ninguno de estos fue significativamente distinto del resto de los grupos ( $p = ,064$  para los primeros;  $p = ,783$  para los segundos). Algo similar ocurrió en *Inclusión social*: los menores de 20 puntúan significativamente más alto que, esta vez las personas con edades entre 61 y 70 años. En contraste, en *Derechos* encontramos que los menores de 20 junto con todas las personas mayores de 40 forman un único grupo que no difieren significativamente entre sí, pero que puntúan significativamente más alto (a partir de los 51) que las personas con edades entre 21 y 40 años (que no difieren entre sí, ni con los menores de 20 ni con las personas con 41-50 años).

Finalmente, la prueba *F* de *Scheffé* diferenció entre tres grupos con un nivel de confianza del 95% en *Autodeterminación*. También esta vez fueron aquellos con 21-30 años quienes obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que aquellos con 61-70, y ambos a su vez obtuvieron puntuaciones significativamente peores que las personas con 71-80 años, que se situaron en el extremo superior con la mejores puntuaciones.

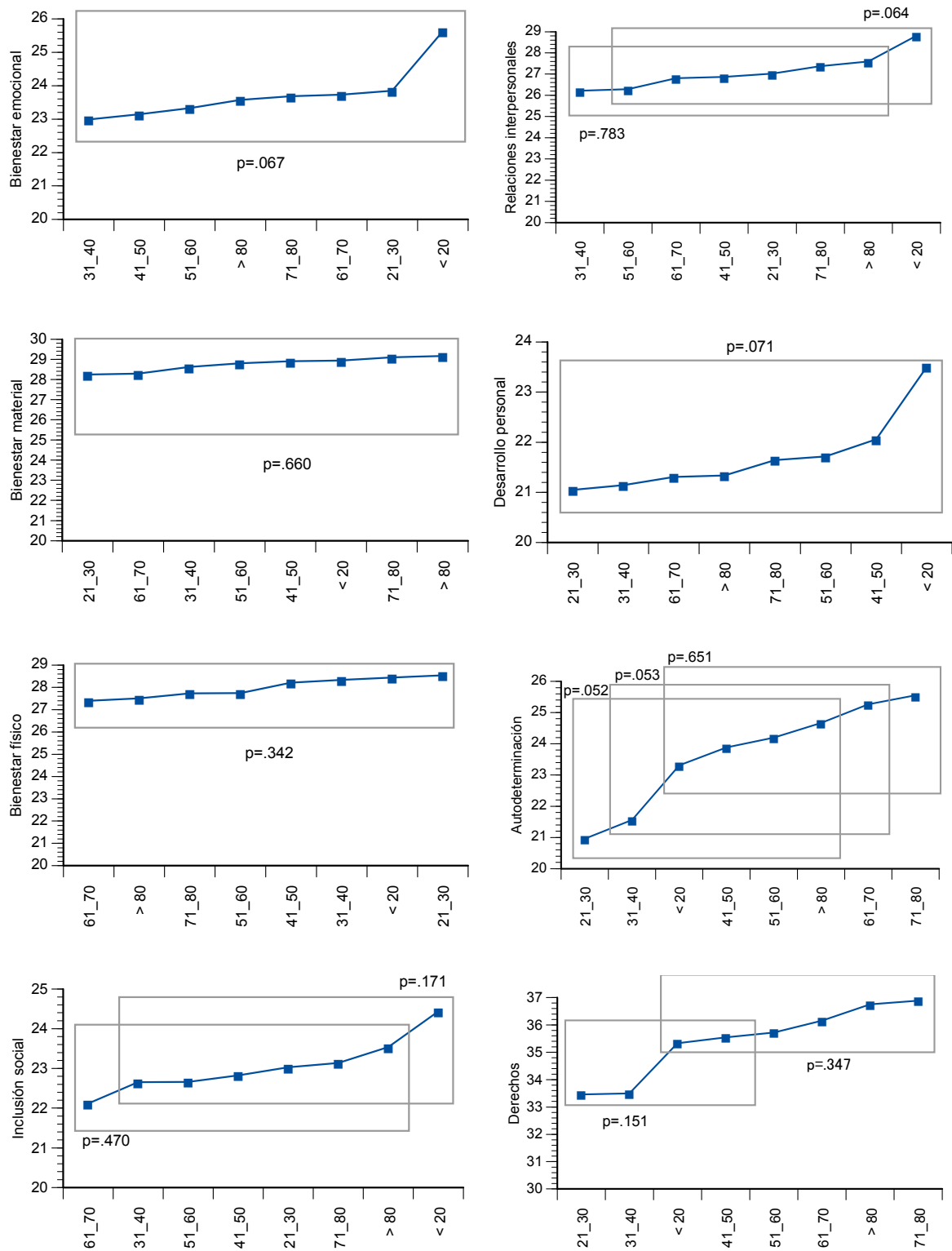


Figura 244. Gráficos de comparaciones post-hoc por edad: todas las dimensiones

## Resumen

En síntesis, aunque el análisis de varianza puso de manifiesto que existían diferencias significativas entre los distintos grupos de edad tanto en la puntuación total obtenida en la Escala GENCAT ( $F(7) = 7,775; p = ,000$ ), como en siete de las pruebas *post hoc* realizadas por dimensiones (en Bienestar emocional no se encontraron diferencias significativas), la Figura 245, que serviría de resumen para todas estas puntuaciones, redonda en los resultados de las pruebas *post-hoc*: la alta proximidad entre las puntuaciones obtenidas en Bienestar emocional, Bienestar material, Bienestar físico y Desarrollo personal dan lugar a un solo grupo que no difiere significativamente entre sí (por tanto, parece que la significación estadística parece estar asociada al alto número de participantes).

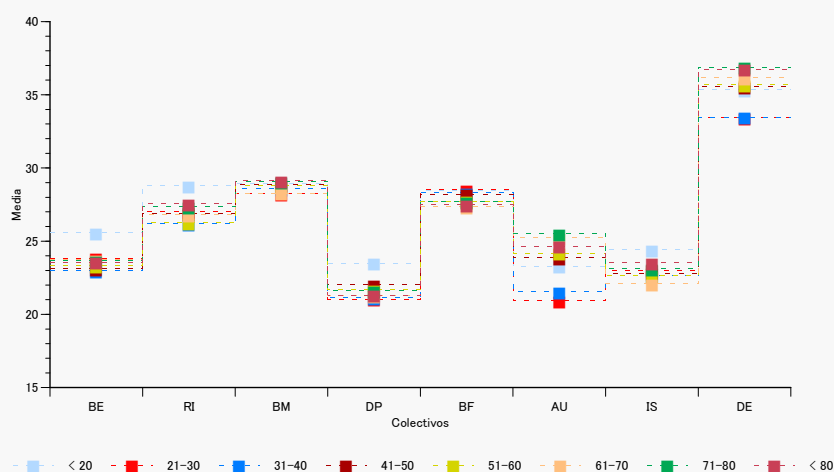


Figura 245. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del grupo de edad

Teniendo en cuenta esta circunstancia, resalta que *los menores de 20 años* alcanzan las puntuaciones más altas (en comparación con el resto de los grupos de edad) en cinco de las ocho dimensiones: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Desarrollo personal, Bienestar físico e Inclusión social. En cambio, en las tres dimensiones restantes (i.e., Bienestar material, Autodeterminación y Derechos) son *los mayores de 70 años* los que obtienen mejores resultados. En cambio las puntuaciones más bajas las obtienen aquellas personas con edades comprendidas entre *21 y 40 años* en todas las dimensiones, con la excepción de Bienestar físico (en la que precisamente éstos alcanzan los mejores resultados, mientras las personas con *61-70 años* obtienen las más bajas) e Inclusión social (en la que también son las personas con edades entre los *61 y los 71 años* quienes puntúan peor).

#### 6. 4. 2. 3. Comparación de las puntuaciones en función del ámbito geográfico

Las distribuciones de la puntuación obtenida en la escala total por los participantes en función del ámbito geográfico en el que se ubicaba el centro proveedor de servicios sociales al que acudían, revela que el mayor número de participantes procedía del Ámbito Metropolitano, mientras el número mínimo corresponde al Alto Pirineo y Arán. Los ámbitos que alcanzan la mediana mayor son Campo de Tarragona y Ámbito de Poniente ( $Me = 218$ ), la menor es la obtenida por las Comarcas Gerundenses ( $Me = 205$ ) (ver gráficos en la Figura 246). Por otro lado, el rango de puntuaciones más amplio fue el observado en este último territorio (i.e., las Comarcas Gerundenses con puntuaciones comprendidas entre 136 y 268;  $M = 205,520$ ) y en el Ámbito de Poniente (puntuaciones entre 142 y 271, con una media igual a 215,932). El menor rango de puntuaciones se dio en Alto Pirineo y Arán (161-263;  $M = 214,615$ ) y Tierras del Ebro (160-261;  $M = 209,785$ )

El análisis de varianza (ANOVA) realizado constató que existían diferencias significativas en la puntuación total entre los distintos grupos ( $F_{(6)} = 8,96$ ,  $p = ,000$ ). Para conocer entre qué grupos se encontraban tales diferencias, realizamos las correspondientes pruebas *post-hoc* de significación entre grupos homogéneos. En la Figura 246 (tercer gráfico, a la derecha) se ilustran los resultados: existen diferencias significativas entre las Comarcas Gerundenses (con puntuaciones significativamente inferiores) y Tierras del Ebro, Ámbito de Poniente y Campo de Tarragona (con puntuaciones significativamente superiores). Sin embargo, las Comarcas Gerundenses no difieren significativamente del Alto Pirineo y Arán, el Ámbito Metropolitano y las Comarcas Centrales.

Así, si ordenamos los ámbitos en función de la media obtenida en la puntuación total (usando el tamaño muestral de la media armónica), resulta que Campo de Tarragona, seguido de Ámbito de Poniente y Tierras de Ebro son los territorios que obtienen puntuaciones más altas (entre 213,75 y 217,5). A continuación, encontramos las Comarcas Centrales, el Ámbito Metropolitano y el Alto Pirineo y Arán con puntuaciones medias (con puntuaciones comprendidas entre los valores 208,26 - 213,75). Y, finalmente, con las puntuaciones más bajas las Comarcas Gerundenses (entre 205,52 y 208,26).

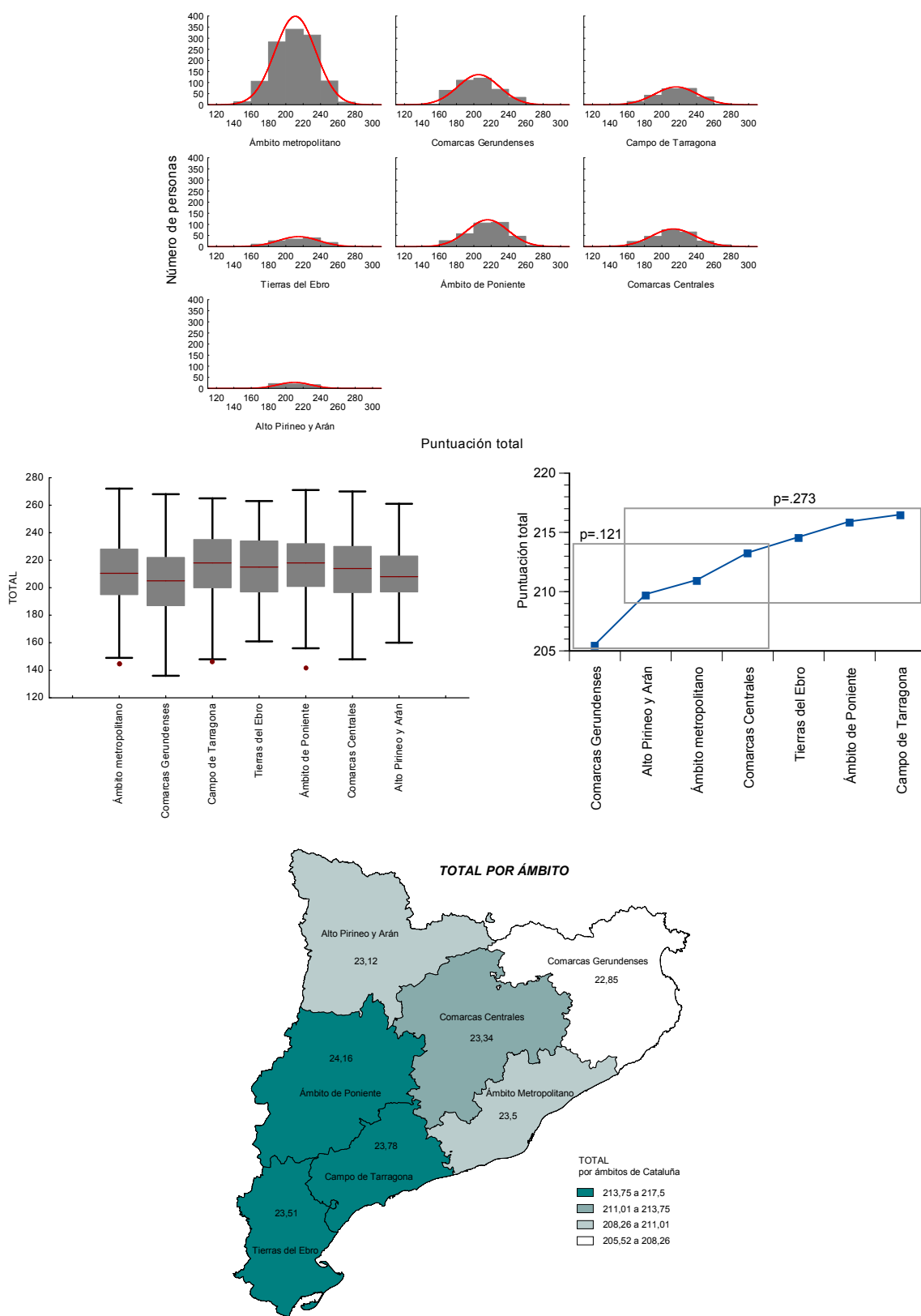


Figura 246. Diferencias en función del ámbito geográfico: puntuación total

A continuación, repetimos los contrastes con cada una de las dimensiones que forman la escala. Tal como se observa en la Tabla 153, las diferencias resultaron significativas en todas las dimensiones, pero especialmente ( $p = ,000$ ) en *Bienestar Material*, *Bienestar Físico*, *Autodeterminación*, *Inclusión Social* y *Derechos*.

Tabla 153. Puntuación en las dimensiones por ámbito geográfico (ANOVA)

<i>Bienestar Emocional</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	40,28	6	66,71	2,69	,013
<i>Intra-grupos</i>	73501,15	2964	24,80		
<i>Total</i>	73901,44	2970			
<i>Relaciones Interpersonales</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	314,03	6	52,34	2,33	,030
<i>Intra-grupos</i>	64353,13	2868	22,44		
<i>Total</i>	64667,17	2874			
<i>Bienestar Material</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	559,28	6	93,21	11,73	,000
<i>Intra-grupos</i>	23575,55	2968	7,94		
<i>Total</i>	24134,83	2974			
<i>Desarrollo Personal</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	334,12	6	55,69	2,56	,018
<i>Intra-grupos</i>	64663,36	2975	21,74		
<i>Total</i>	64997,48	2981			
<i>Bienestar Físico</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	484,45	6	8,74	1,25	,000
<i>Intra-grupos</i>	23301,99	2959	7,87		
<i>Total</i>	23786,44	2965			
<i>Autodeterminación</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	1991,46	6	331,91	6,94	,000
<i>Intra-grupos</i>	141625,90	2961	47,83		
<i>Total</i>	143617,36	2967			
<i>Inclusión Social</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	538,20	6	89,70	6,16	,000
<i>Intra-grupos</i>	4300,65	2953	14,56		
<i>Total</i>	43538,84	2959			
<i>Derechos</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	779,37	6	129,90	8,50	,000
<i>Intra-grupos</i>	45059,89	2948	15,28		
<i>Total</i>	45839,26	2954			

La prueba *post-hoc* de significación entre grupos homogéneos que realizamos seguidamente redunda en estos resultados. Tan sólo se diferenció un grupo en las dimensiones de *Bienestar Emocional*, *Relaciones Interpersonales* y *Desarrollo Personal*. Es decir, las puntuaciones en las distintas regiones geográficas no son significativamente diferentes entre sí a un nivel de confianza del 95% (aparecen, por tanto, encerradas dentro del mismo rectángulo). Estos resultados se muestran en las siguientes figuras y mapas (Figuras 247-248).

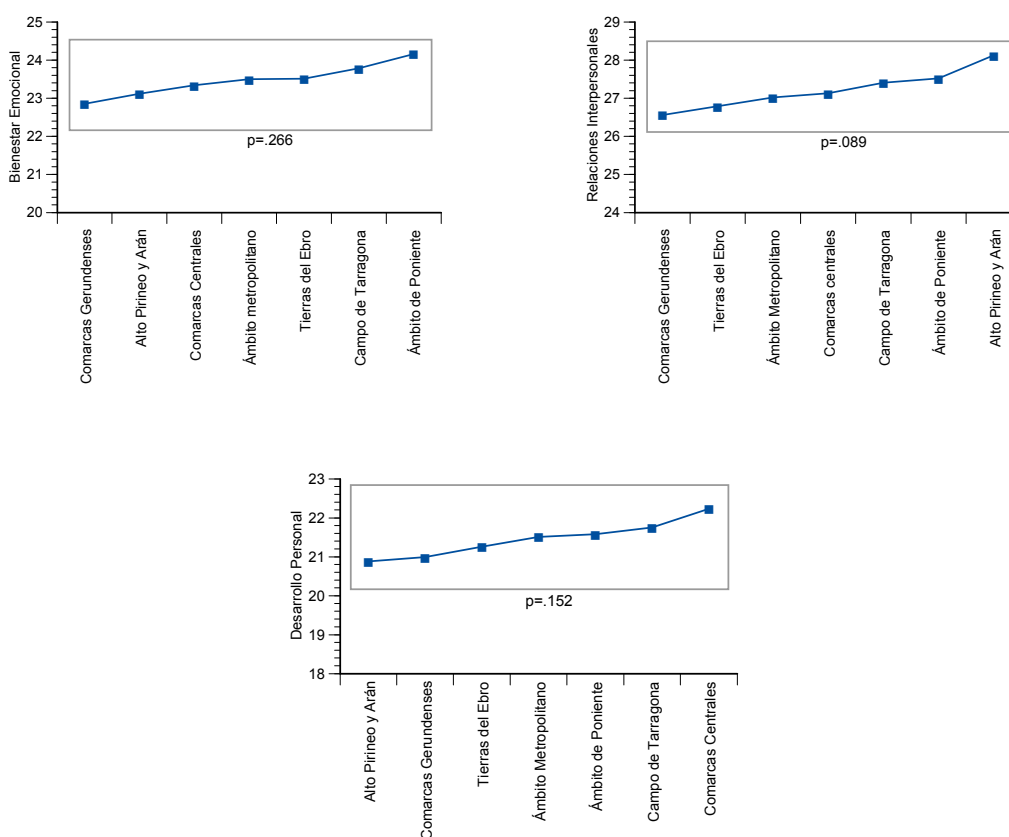


Figura 247. Gráficos de comparaciones *post-hoc* por ámbito geográfico: *Bienestar emocional*, *Relaciones interpersonales* y *Desarrollo personal*

No obstante, en *Bienestar emocional*, es el *Ámbito de Poniente* el que obtiene las puntuaciones más altas, seguido de *Campo de Tarragona*, *Tierras del Ebro*, el *Ámbito Metropolitano* y las *Comarcas Centrales* (con puntuaciones medias). Las puntuaciones más bajas se alcanzan en *Alto Pirineo y Aragón* y las *Comarcas Gerundenses*.

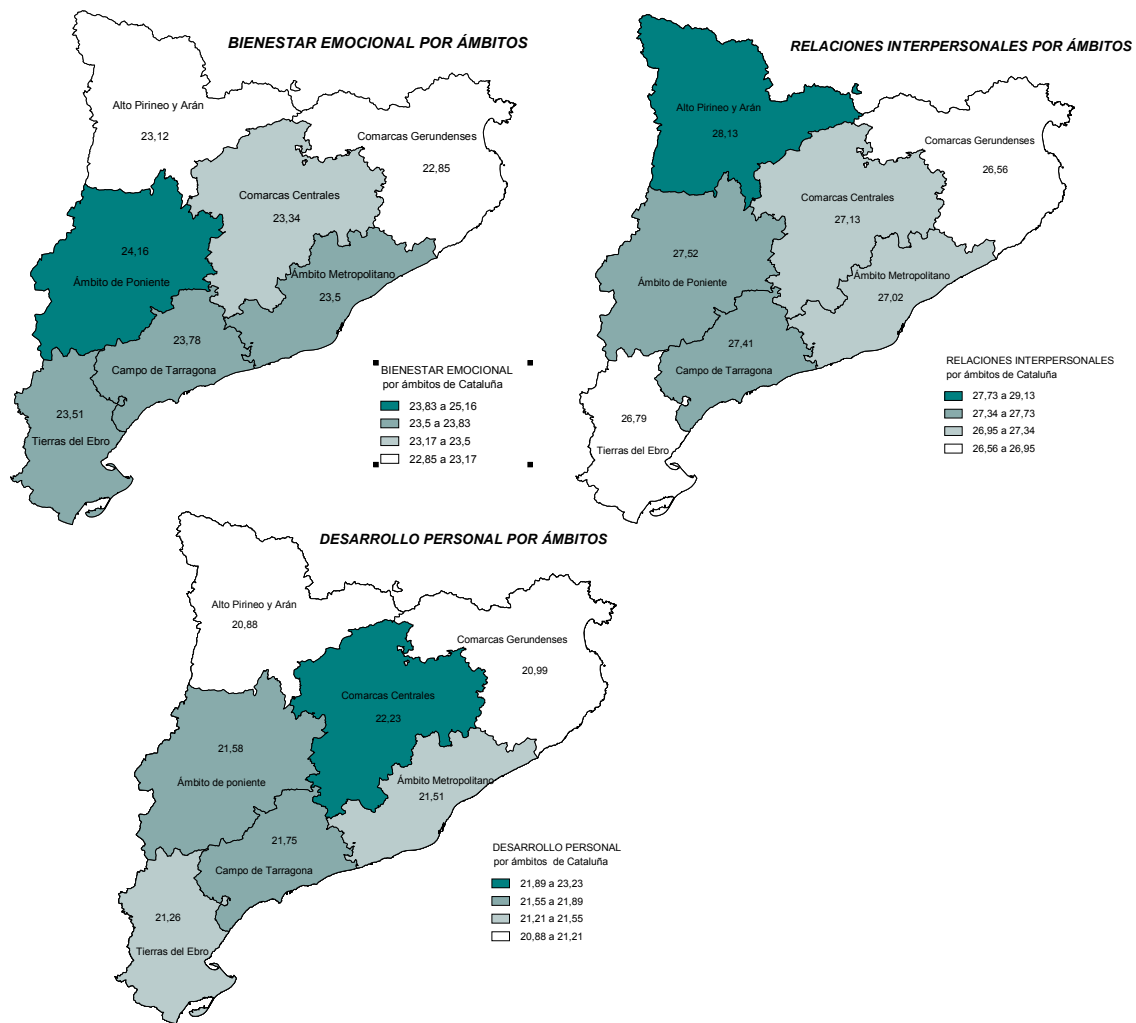


Figura 248. Mapa de comparaciones post-hoc por ámbito geográfico: Bienestar Emocional, Relaciones interpersonales y Desarrollo personal

Para *Relaciones interpersonales*, vuelven a aparecer las Comarcas Gerundenses con las puntuaciones más bajas, junto con tierras del Ebro. Sin embargo, esta vez el Alto y Pirineo y Arán se erige como el territorio que obtiene las mejores puntuaciones. Por otro lado, en *Desarrollo personal*, son de nuevo las Comarcas Gerundenses y el Alto Pirineo y Arán las que muestran las peores puntuaciones, mientras las comarcas Centrales muestran los mejores resultados.



Como se observa en la Figura 249, en las otras cinco dimensiones, la prueba de comparaciones múltiples puso de manifiesto la existencia de, al menos, dos grupos. En *Bienestar Material* pueden distinguirse tres. Así, por ejemplo, la puntuación más elevada se alcanza en las Tierras del Ebro ( $M = 30,07$ ), con puntuaciones significativamente diferentes de las obtenidas en el Campo de Tarragona, las Comarcas Centrales, el Ámbito Metropolitano y las Comarcas Gerundenses. Esta última región (Comarcas Gerundenses) se sitúa en el extremo menos positivo ( $M = 28,33$ ), con puntuaciones significativamente inferiores a las obtenidas en el Ámbito de Poniente y en las Tierras del Ebro.

Asimismo, en *Bienestar Físico* se observan tres grupos. En el extremo más positivo se sitúan las Comarcas Centrales ( $M = 28,61$ ), región que alcanza puntuaciones significativamente superiores a las del Ámbito Metropolitano, las Comarcas Gerundenses y el Alto Pirineo y Arán. Esta última región se sitúa en el extremo menos positivo ( $M = 26,91$ ) y se diferencia significativamente de las puntuaciones más elevadas del Campo de Tarragona, las Tierras del Ebro, el Ámbito de Poniente y las Comarcas Centrales.

Del mismo modo, tres grupos son los que se establecen en la dimensión de *Autodeterminación*. Al igual que en el factor anterior, la puntuación menos positiva se encuentra en Alto Pirineo y Arán ( $M = 22,24$ ), observándose diferencias significativas con las Comarcas Centrales y el Campo de Tarragona. En el otro extremo, Campo de Tarragona alcanza la valoración más positiva ( $M = 25,80$ ) y se diferencia significativamente de las puntuaciones de las Comarcas Gerundenses y Alto Pirineo y Arán.

En la dimensión de *Inclusión Social*, la prueba *post-hoc* permitió diferenciar entre dos grupos. Las puntuaciones son significativamente distintas entre dos de las regiones: Tierras del Ebro en el extremo superior ( $M = 23,84$ ) y las Comarcas Gerundenses en el extremo inferior ( $M = 22,54$ ).

Por último, se han diferenciado tres grupos en la dimensión de *Derechos*. Las puntuaciones en el Campo de Tarragona ( $M = 36,93$ ) obtienen una valoración significativamente más positiva que la alcanzada en las Tierras del Ebro y las Comarcas Gerundenses. Esta última región ocupa la posición menos positiva ( $M = 35,28$ ), diferenciándose significativamente de la puntuación del Ámbito de Poniente y el Campo de Tarragona.

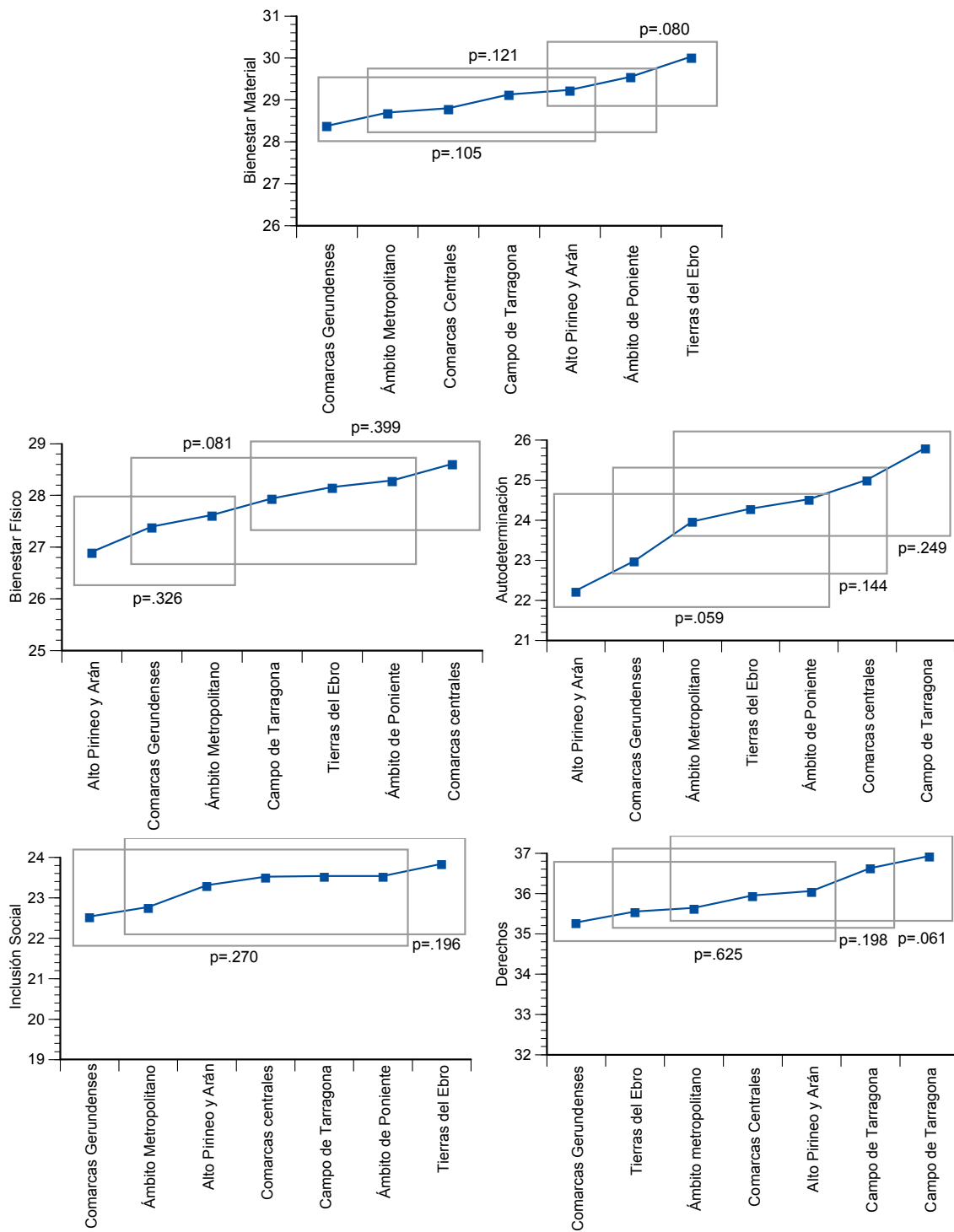


Figura 249. Gráficos de comparaciones post-hoc por ámbito geográfico: Bienestar material, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos

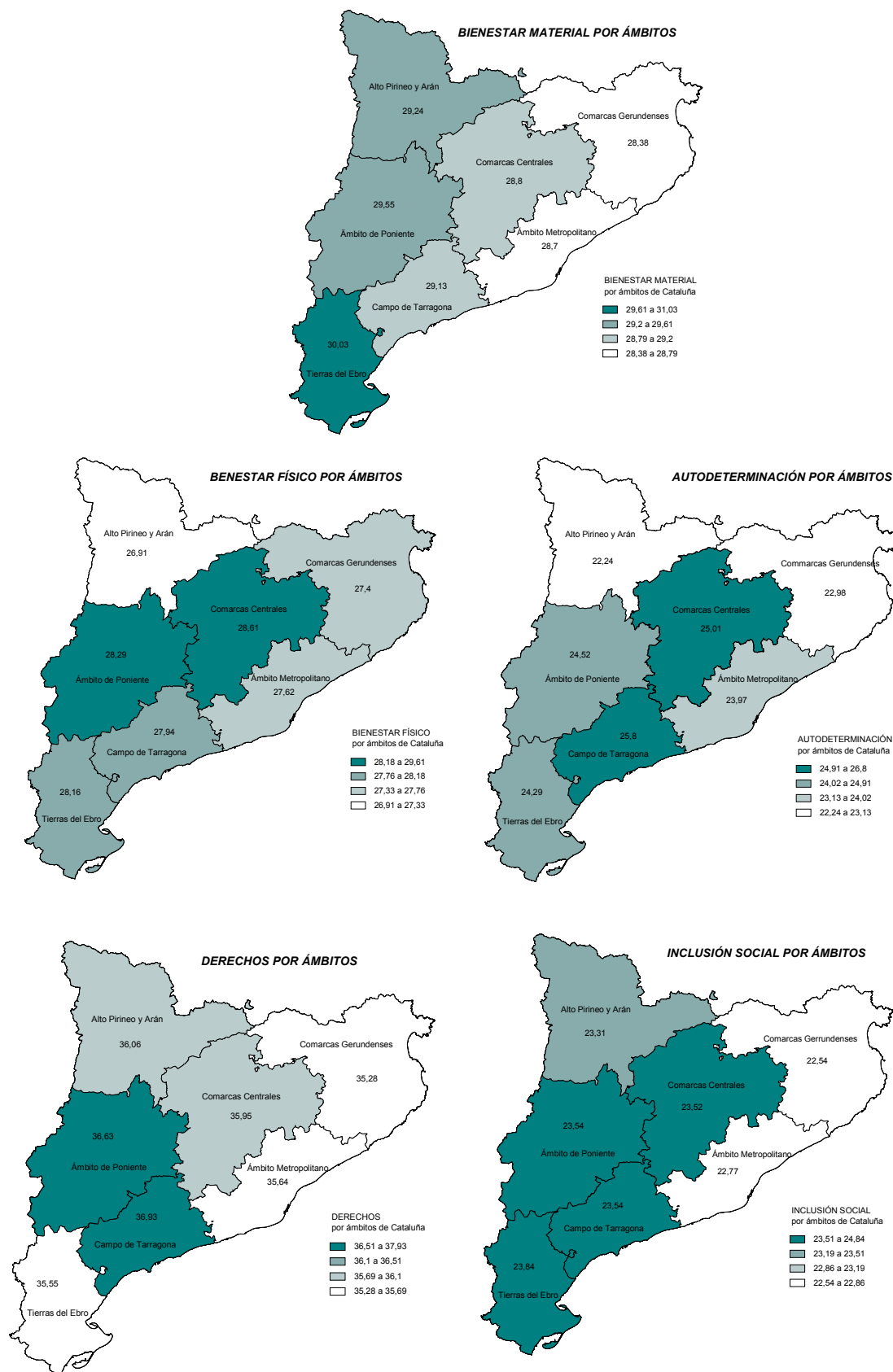


Figura 250. Mapa de comparaciones post-hoc por ámbito geográfico: Bienestar material, Bienestar físico, Autodeterminación, Derechos e Inclusión social

Finalmente, los mapas de comparaciones (Figura 250) que el Ámbito de Poniente y la Comarcas Centrales alcanzan puntuaciones situadas en el rango más alto para tres de las cinco dimensiones: de un lado, las Comarcas Centrales en *Bienestar Físico*, *Autodeterminación* e *Inclusión Social*; de otro lado, el Ámbito de Poniente, en *Bienestar Físico*, *Derechos* e *Inclusión Social*. En inclusión social, además, encontramos que *Campo de Tarragona* y *Tierras del Ebro* también obtienen puntuaciones situadas en el rango más alto. En el otro extremo (i.e., regiones con las menores puntuaciones en *Inclusión social*) se sitúan las Comarcas Gerundenses y el Ámbito metropolitano, que también las obtienen, junto con las Tierras del Ebro, en *Derechos*. Las Comarcas Gerundenses repiten como región con menores puntuaciones en *Bienestar material* (junto con el Ámbito Metropolitano) y en *Autodeterminación* (junto con Alto Pirineo y Arán). Por último, Alto Pirineo y Arán alcanza la peor puntuación en *Bienestar físico*.

### Resumen

Como en el caso anterior, el análisis de varianza puso de manifiesto que existían diferencias significativas entre los ámbitos geográficos catalanes en la puntuación total obtenida en la Escala GENCAT ( $F_{(6)} = 8,96; p = ,000$ ), como en todas de las pruebas *post hoc* realizadas por dimensiones, la Figura resumen 251 revela que la alta proximidad entre las puntuaciones obtenidas en Bienestar emocional, Relaciones interpersonales y Desarrollo personal dan lugar a un solo grupo y, por tanto, la significación estadística de las diferencias parece estar asociada al alto número de participantes.

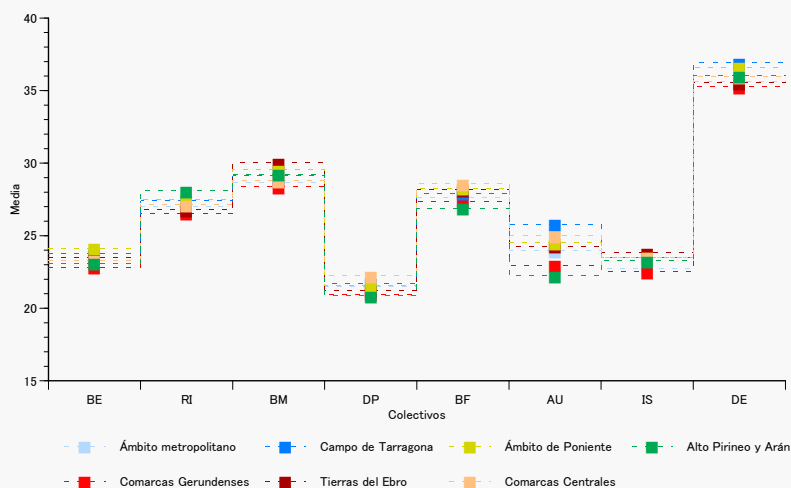


Figura 251. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del grupo de edad

Dejando esto a un lado, al analizar detenidamente las puntuaciones obtenidas en las distintas regiones por dimensiones observamos lo siguiente. En el extremo menos positivo (i.e., las puntuaciones más bajas en comparación con el resto de los grupos, encontramos a las *Comarcas Gerundenses* en seis de ocho las dimensiones: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. En las

otras dos dimensiones restantes (Desarrollo personal y Bienestar Físico) es el *Alto Pirineo y Arán* el que muestra los peores resultados.

En cambio, no existe un territorio que presente de forma sistemática las puntuaciones máximas en las distintas dimensiones. En este sentido, son las *Comarcas Centrales* las que mejores puntúan en Desarrollo personal y Bienestar físico, el *Campo de Tarragona* en Inclusión y Derechos, las *Tierras del Ebro* en Inclusión social y Bienestar material, el *Ámbito de Poniente* en Bienestar emocional, y el *Alto Pirineo y Arán* en Relaciones interpersonales.

Si tuviéramos que ordenar (de menor a mayor) los territorios por las medias obtenidas en las ocho dimensiones el orden serían como sigue: *Comarcas Centrales* ( $M = 25,873$ ), *Alto Pirineo y Arán* ( $M = 26,238$ ), *Ámbito Metropolitano* ( $M = 26,340$ ), *Tierras del Ebro* ( $M = 26,677$ ), *Comarcas Centrales* ( $M = 26,825$ ), *Ámbito de Poniente* ( $M = 26,974$ ) y *Campo de Tarragona* ( $M = 27,034$ ).

#### 6. 4. 2. 4. Comparación de las puntuaciones en función del colectivo

En análisis de la puntuación total en la Escala GENCAT por colectivos (i.e., en función de la condición de la persona evaluada), revela en primer lugar la desproporción del número de participantes incluidos en cada categoría (Figura 252). Así, observamos que el grupo más numeroso es el conformado por personas mayores que viven en residencias ( $n = 1160$ ), que llegan casi a doblar al segundo grupo más numeroso, el formado por personas con discapacidad intelectual ( $n = 522$ ). En el otro extremo (i.e., grupos con menor representación), se sitúan las personas con VIH/SIDA ( $n = 72$ ) y personas con drogodependencias ( $n = 68$ ). Asimismo, son las personas mayores en residencias quienes presentan un rango más amplio de puntuaciones ( $PD = 142-272$ ;  $Rango = 130$ ) y las personas con VIH/SIDA aquellos que muestran las puntuaciones más homogéneas ( $PD = 162-255$ ;  $Rango = 93$ ). En cambio, son las personas con discapacidad intelectual las que alcanzan las puntuaciones más bajas ( $Me = 206$ ), mientras las personas mayores –tanto en residencias como en centros de día– vuelven a ser quienes obtienen los mejores resultados ( $Me = 216$ ). Con respecto a la fiabilidad de las puntuaciones, las correspondientes a las personas mayores en residencias ( $EM = 0,754$ ) son las que presentan menores errores de medida, en contraste con las de las personas con drogodependencias ( $EM = 2,936$ ) y VIH/SIDA ( $EM = 2,450$ ).

Con el fin de contrastar la existencia de diferencias significativas en la puntuación total de la escala en función de la condición específica de la persona evaluada, llevamos a cabo un análisis de varianza que puso de manifiesto la existencia de diferencias significativas:  $F_{(6)} = 10,85$  ( $p = ,000$ ). Posteriormente, como puede observarse en la Figura 252 (tercer gráfico), la prueba de

comparaciones múltiples constató la existencia de dos grupos. En el extremo menos positivo se encuentran las personas con discapacidad intelectual ( $M = 205,590$ ), con puntuaciones significativamente inferiores a las encontradas en el grupo de drogodependencias ( $M = 215,13$ ), que ocupa el extremo más positivo.

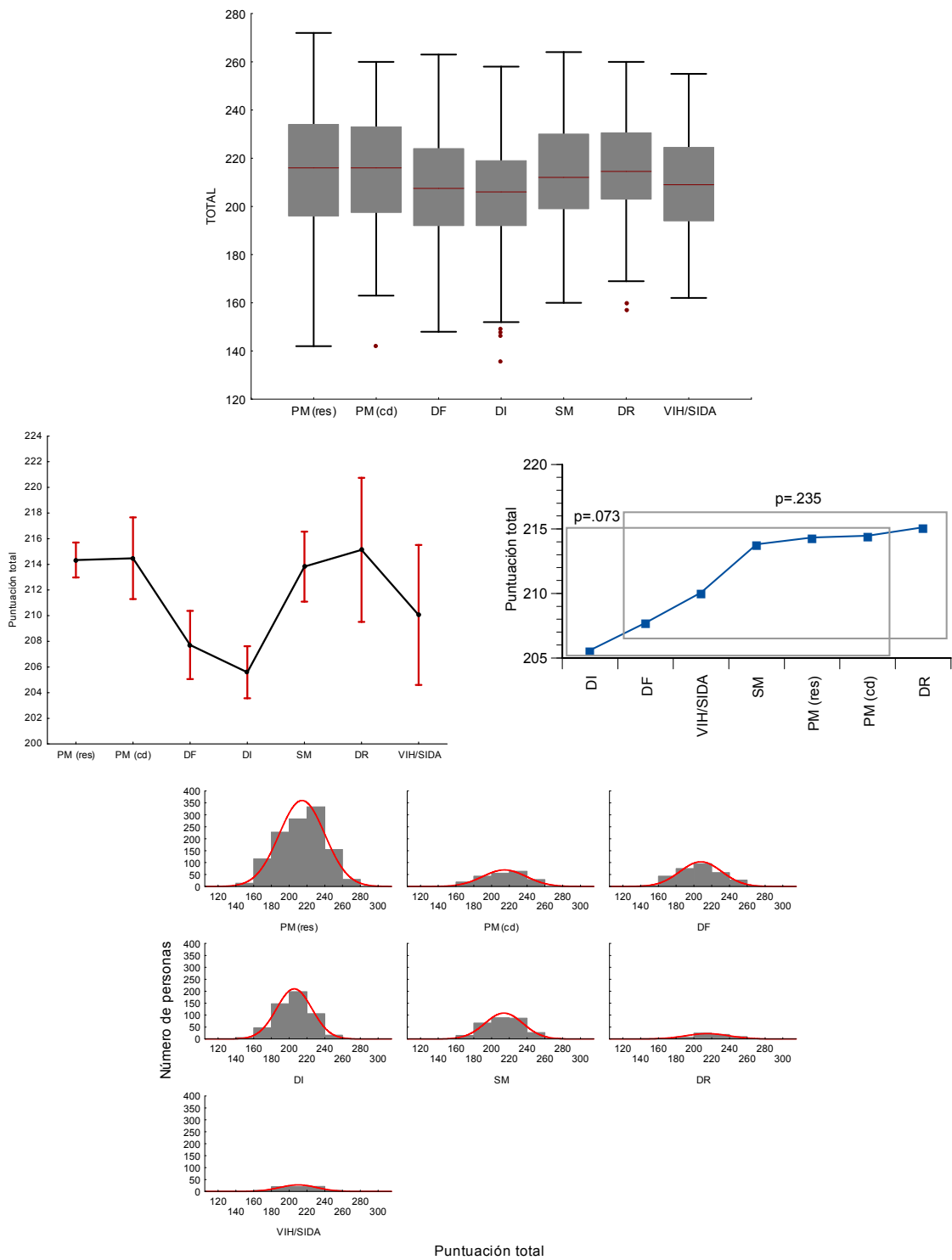


Figura 252. Diferencias en función de la condición: puntuación total

Tabla 154. Puntuación en las dimensiones por condición (ANOVA)

<i>Bienestar emocional</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	846,96	6	141,16	5,73	,000
<i>Intra-grupos</i>	73054,47	2964	24,65		
<i>Total</i>	73901,44	2970			
<i>Relaciones interpersonales</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	1139,62	6	189,94	8,57	,000
<i>Intra-grupos</i>	63527,54	2868	22,15		
<i>Total</i>	64667,17	2874			
<i>Bienestar material</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	531,40	6	88,57	11,14	,000
<i>Intra-grupos</i>	23603,43	2968	7,95		
<i>Total</i>	24134,83	2974			
<i>Desarrollo personal</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	1679,26	6	279,88	13,15	,000
<i>Intra-grupos</i>	63318,22	2975	21,28		
<i>Total</i>	64997,48	2981			
<i>Bienestar físico</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	141,74	6	235,12	31,09	,000
<i>Intra-grupos</i>	22375,70	2959	7,56		
<i>Total</i>	23786,44	2965			
<i>Autodeterminación</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	1472,91	6	2453,48	56,36	,000
<i>Intra-grupos</i>	128896,45	2961	43,53		
<i>Total</i>	143617,36	2967			
<i>Inclusión social</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	774,98	6	129,16	8,92	,000
<i>Intra-grupos</i>	42763,86	2953	14,48		
<i>Total</i>	43538,84	2959			
<i>Derechos</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	7685,49	6	128,91	98,97	,000
<i>Intra-grupos</i>	38153,78	2948	12,94		
<i>Total</i>	45839,26	2954			

Seguidamente, realizamos el ANOVA con cada una de las ocho dimensiones que componen la escala. Tal como se observa en la Tabla 154, las diferencias resultaron significativas en todas las dimensiones de la escala. De este modo, también la prueba *post-hoc* desarrollada posteriormente permitió diferenciar al menos dos grupos en cada una de las ocho dimensiones (Figura 253).

En *Bienestar Emocional*, se distinguen dos grupos a un nivel de significación del 95%. En el extremo superior se encuentran las personas con discapacidad intelectual ( $M = 24,24$ ), con puntuaciones significativamente más positivas que las obtenidas por las personas con VIH/SIDA ( $M = 22,16$ ), grupo que se sitúa en el extremo inferior. Por tanto, el *Bienestar Emocional* es evaluado de manera muy positiva entre las personas con discapacidad intelectual, mientras que las personas con VIH/SIDA tienen más dificultades.

En la dimensión *Relaciones Interpersonales*, la prueba *post-hoc* permitió diferenciar tres grupos. La valoración más positiva se obtiene en el grupo de personas mayores de centros de día ( $M = 28,37$ ), con una puntuación que difiere significativamente de la encontrada en el grupo de personas con problemas de salud mental ( $M = 26,22$ ) y las personas con VIH/SIDA ( $M = 24,975$ ). Entre estos dos grupos no existen diferencias significativas, aunque el grupo de VIH/SIDA se sitúan en el extremo inferior y su puntuación es significativamente inferior a la encontrada en los otros grupos (con la excepción del grupo de salud mental). Consecuentemente, las mayores dificultades en el establecimiento y disfrute de relaciones interpersonales lo encuentran las personas con VIH/SIDA y aquellas con problemas de salud mental. El resto de colectivos (y especialmente las personas mayores que acuden a centros de día) valoran positivamente esta dimensión.

La siguiente dimensión analizada fue *Bienestar Material*, donde la prueba *post-hoc* ha constatado la existencia de tres grupos. La puntuación menos positiva la obtiene el grupo de drogodependencias ( $M = 27,46$ ). Esta puntuación no difiere significativamente de la encontrada en personas con discapacidad física y con VIH/SIDA, pero es significativamente inferior a la del resto de los grupos. En el extremo superior encontramos al grupo de discapacidad intelectual ( $M = 29,17$ ). Sus puntuaciones tan sólo son significativamente superiores a las encontradas en los grupos de drogodependencias y discapacidad física ( $M = 28,07$ ). Por tanto, las personas con discapacidad intelectual, junto con las personas mayores y las que tienen problemas de salud mental obtienen las valoraciones más positivas. Mayores dificultades relacionadas con el *Bienestar material* se observan en el grupo de drogodependencias y discapacidad física.

En *Desarrollo Personal* también se observan tres grupos diferenciados a un nivel de confianza de ,05. En el extremo más positivo se sitúan las personas con drogodependencias ( $M = 23,93$ ) y las personas con VIH/SIDA ( $M = 23,89$ ), con puntuaciones significativamente superiores a las encontradas en el resto de los grupos, con la excepción de las personas con problemas de



salud mental, con quien no se observan diferencias significativas. En el otro extremo, el grupo de personas con discapacidad intelectual ( $M = 20,54$ ) obtiene la valoración más negativa, con puntuaciones significativamente distintas a las encontradas en los grupos de salud mental, VIH/SIDA y drogodependencias. En resumen, la dimensión de desarrollo personal resulta en general más satisfactoria en los colectivos de personas con drogodependencias y VIH/SIDA, y menos positiva entre las personas con discapacidad intelectual.

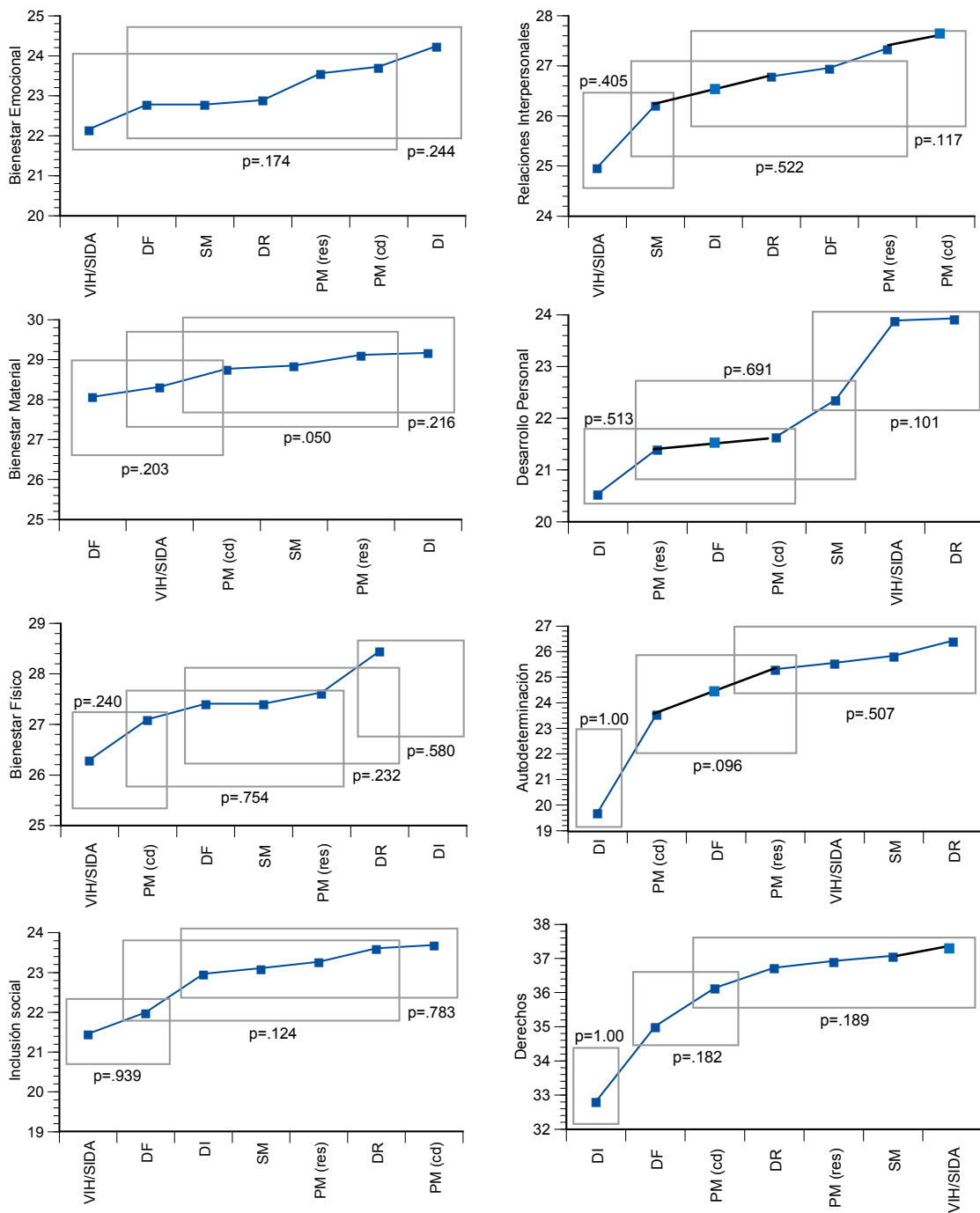


Figura 253. Comparaciones post-hoc por condición: todas las dimensiones

Por su parte, cuatro son los grupos diferenciados que aparecen en la dimensión de *Bienestar Físico*. El grupo con la valoración más positiva lo forman las personas con discapacidad intelectual y aquellas con problemas de drogodependencias, mientras que el grupo menos positivo está formado por las personas con VIH/SIDA y las personas mayores que acuden a centros de día. Los otros dos grupos alcanzan puntuaciones intermedias. En todo caso, tal como se observa en la Figura 253, el grupo de discapacidad intelectual ( $M = 29,08$ ) alcanza una puntuación significativamente más elevada que el resto de los grupos (excepto el grupo de drogodependencias, con quien no se constatan diferencias significativas). En el otro extremo, las personas con VIH/SIDA valoran su bienestar físico de manera significativamente más baja que el resto de los grupos (a excepción de las personas mayores de centros de día, con quien no existen diferencias significativas). Entre ambos extremos, se sitúan las personas con discapacidad física, personas con problemas de salud mental y personas mayores que están en residencias.

La prueba *post-hoc* permitió distinguir tres grupos en *Autodeterminación*. El extremo menos positivo es ocupado por las personas con discapacidad intelectual ( $M = 19,71$ ), cuya puntuación difiere significativamente de las del resto de los grupos. En el grupo intermedio se encuentran las personas mayores en centros de día ( $M = 23,57$ ), cuyas puntuaciones no difieren de las encontradas en discapacidad física y personas mayores en residencias, aunque sí son significativamente inferiores a las encontradas entre los colectivos del grupo superior: personas con VIH/SIDA, salud mental y, en el puesto más elevado, personas con drogodependencias ( $M = 26,43$ ). Por tanto, llama la atención la baja puntuación obtenida, en comparación con los otros grupos, por las personas con discapacidad intelectual.

Respecto a la dimensión *Inclusión Social*, hemos constatado la existencia de tres grupos diferenciados. Tal como se observa en la Figura 253, en el extremo menos positivo encontramos al grupo de VIH/SIDA ( $M = 21,46$ ), con puntuaciones significativamente inferiores al resto de los grupos, excepto con el grupo de discapacidad física (con quien las diferencias no son significativas). En el extremo superior encontramos a las personas mayores de centro de día ( $M = 23,69$ ). Sus puntuaciones son significativamente superiores a las encontradas en personas con discapacidad física y VIH/SIDA, pero no difieren significativamente del resto de los grupos. Consecuentemente, la valoración sobre la *Inclusión Social* resulta más problemática en personas con discapacidad física y, muy especialmente, en personas con VIH/SIDA. Sin embargo, es más

positiva en el resto de los grupos, especialmente entre las personas mayores que acuden a centros de día.

Por último, en la dimensión *Derechos*, se encuentran tres grupos diferenciados (Figura 253). El grupo con valoración más negativa está formado exclusivamente por las personas con discapacidad intelectual ( $M = 32,82$ ). Con puntuaciones intermedias encontramos a las personas con discapacidad física y las personas mayores en centros de día (entre estas éstas no existen diferencias significativas). En el extremo superior se sitúan las personas con VIH/SIDA ( $M = 37,26$ ), seguido sin constatarse diferencias significativas de los grupos de salud mental, personas mayores en residencias, personas con drogodependencias y personas mayores en centros de día. Las puntuaciones del grupo de VIH/SIDA son significativamente superiores a las encontradas en personas con discapacidad física y, sobre todo, intelectual. Por tanto, el conocimiento, ejercicio, defensa y respeto de los derechos parece un aspecto deficitario especialmente en las personas con discapacidad intelectual, siendo más positiva su valoración en el grupo de VIH/SIDA.

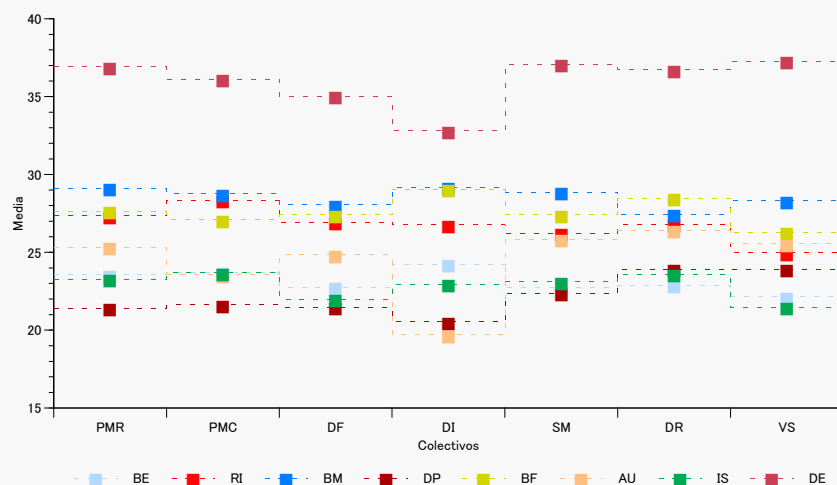
## Resumen

En conclusión, el análisis de varianza por dimensiones puso de manifiesto que existían diferencias significativas entre los distintos colectivos receptores de servicios sociales participantes tanto en la puntuación total obtenida en la Escala GENCAT ( $F_{(6)} = 10,85$ ;  $p = ,000$ ), como en las pruebas *post hoc* realizadas por dimensiones.

Para la puntuación total, la prueba de comparaciones múltiples constató la existencia de dos grupos: las personas con discapacidad intelectual se situaron en el extremo menos positivo ( $M = 205,590$ ), con puntuaciones significativamente inferiores a las encontradas en el grupo de drogodependencias ( $M = 215,13$ ), que ocupó el extremo más positivo.

Para las puntuaciones por dimensiones, la Figura 254 sirve de resumen. En ella observamos cómo las *personas con discapacidad intelectual* obtienen los peores resultados en tres de las ocho dimensiones: Autodeterminación, Desarrollo personal y Derechos. En cambio, muestran los mejores resultados en el caso de los tres tipos de Bienestar (emocional, material y físico). Por tanto, podemos concluir que las personas con discapacidad intelectual obtienen, como es esperable, peores resultados en aquellas dimensiones más directamente relacionadas con la capacidad intelectual y las mejores en aquellas que tienen más que ver con la satisfacción.

Por otro lado, *las personas con VIH/SIDA* obtienen las puntuaciones más bajas en cuatro dimensiones: Inclusión social, Relaciones interpersonales, Bienestar físico y Bienestar emocional. De este modo, parece que este colectivo tiene los mayores problemas en los aspectos sociales, así como la mayor insatisfacción con su estado emocional y físico. Algo similar a lo que les ocurre a las *personas con drogodependencias* con respecto a su Bienestar material (dimensión en la que obtienen las peores puntuaciones en comparación con el resto de los grupos). En cambio, éstos alcanzan los mejores resultados en Autodeterminación y Desarrollo personal. *Las personas mayores en centros de día*, sin embargo, obtienen las mejores puntuaciones en aquellas más directamente relacionadas con la esfera social: Inclusión social y Relaciones interpersonales. Sin puntuaciones extremas (i.e., las puntuaciones más altas o bajas) aparecen los grupos restantes, si bien las puntuaciones mostradas por las *personas mayores en residencias* y las *personas con problemas de salud mental* suelen acercarse más al extremo más positivo, mientras las *personas con discapacidad física* se aproximan más al extremo negativo.



Nota. PMR = personas mayores en residencias; PMC = personas mayores en centros de día; DF = personas con discapacidad física; DI = personas con discapacidad intelectual; SM = personas con problemas de salud mental; DR = personas con drogodependencias; VS = personas con VIH/SIDA

Figura 254. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del colectivo

Finalmente, si tuviéramos que ordenar a los colectivos por la media de las puntuaciones obtenidas en las ocho dimensiones el orden sería de mayor a menor: *drogodependencias* ( $M = 27,037$ ), *mayores en residencias* ( $M = 26,824$ ), *salud mental* ( $M = 26,705$ ), *mayores en centros de día* ( $M = 26,625$ ), *VIH/SIDA* ( $M = 26,238$ ), *discapacidad física* ( $M = 26,069$ ) y *discapacidad intelectual* ( $M = 25,663$ ).

### 6. 4. 2. 5. Puntuaciones obtenidas en la escala en función del estado civil

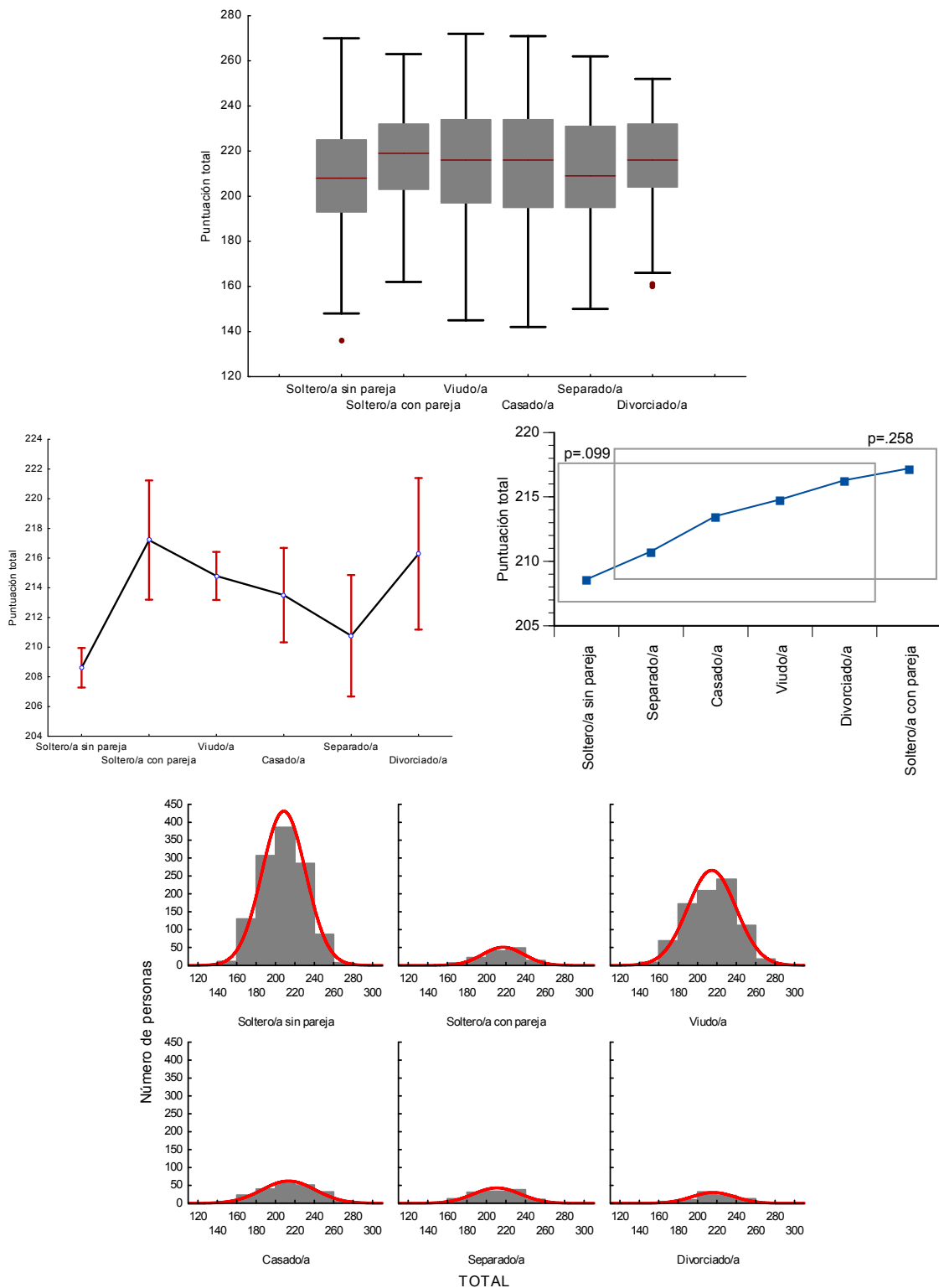


Figura 255. Diferencias en función del estado civil: puntuación total

Como se muestra en la Figura 255, en esta ocasión, al analizar la puntuación total obtenida por los participantes en función de su estado civil, encontramos que los grupos más numerosos son los formados por personas solteras sin pareja ( $n = 1215$ ) y viudas ( $n = 830$ ), las menos fueron aquellas que estaban divorciadas ( $n = 83$ ). Son los solteros sin pareja quienes precisamente muestran un rango mayor de puntuaciones ( $PD = 136 -270$ ;  $Rango = 134$ ), pero seguidos esta vez de los casados ( $PD = 142 -271$ ;  $Rango = 129$ ). Los divorciados, por su parte, obtienen resultados más similares ( $PD = 160-252$ ;  $Rango = 92$ ). En cambio, son los solteros los que obtienen las mejores puntuaciones ( $Me = 219$ ;  $M = 217,216$ ) cuando tienen pareja y las peores cuando no la tienen ( $Me = 208$ ;  $M = 208,612$ ).

En cuanto a la fiabilidad de las puntuaciones, puede apreciarse en el segundo gráfico (a la izquierda) de la Figura 255 que son las más fiables las obtenidas por los solteros sin pareja ( $EM = 0,645$ ) y los viudos ( $EM = 0,865$ ). Por la circunstancia contraria (i.e., puntuaciones menos fiables) destacan los separados ( $EM = 2,110$ ) y divorciados ( $EM = 2,413$ ).

El análisis de varianza realizado con objeto de comprobar si existían o no diferencias en la puntuación total en función del estado civil de las personas evaluadas nos llevaron a aceptar la hipótesis nula ( $F_{(5)} = 9,311$ ;  $p = ,000$ ): sí existían diferencias significativas entre los distintos grupos. Por este motivo, realizamos a continuación un contraste de medias múltiple. Los resultados de dicho contraste se presentan en la Tabla 155. En ella se puede apreciar que todos los contrastes inter-grupos dieron lugar a diferencias significativas ( $p = ,000$ ), especialmente en Derechos ( $F_{(5)} = 34,257$ ), Relaciones interpersonales ( $F_{(5)} = 25,831$ ) y Bienestar material ( $F_{(5)} = 11,185$ ).

En la Figura 256 se observa, además, que las pruebas *post-hoc* dieron lugar al menos a dos grupos en todas las dimensiones, si bien se llegaron a diferenciar hasta tres grupos en Relaciones Interpersonales, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos.

Así, en *Bienestar emocional*, encontramos que las personas solteras sin pareja ( $M = 23,591$ ) puntúan significativamente más alto que las separadas ( $M = 22, 208$ ) y las casadas ( $22,712$ ), que se sitúan en el extremo inferior y que no se diferencian significativamente de las divorciadas, solteras sin pareja y viudas.

En *Relaciones interpersonales*, como apuntamos, son los separados quienes se sitúan en el extremo inferior ( $M = 25,108$ ) con puntuaciones significativamente más bajas que el resto (excepto que los solteros sin pareja con los que no se encontraron diferencias significativas). En

el extremo con las puntuaciones significativamente más positivas encontramos a las personas solteras con pareja ( $M = 28,925$ ) y a las casadas ( $M = 28,962$ ) que, en cambio, no se distinguen significativamente de aquellos en situación de viudedad ( $M = 27,637$ ). Se distingue, además, un grupo intermedio formado por los solteros sin pareja ( $M = 26,403$ ), divorciados ( $M = 26,966$ ) y viudos que difieren significativamente de los separados, solteros con pareja y casados.

Tabla 155. Puntuación en las dimensiones por estado civil (ANOVA)

<i>Bienestar emocional</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	585,810	5	117,162	4,732	,000
<i>Intra-grupos</i>	72745,864	2938	24,760		
<i>Total</i>	73331,674	2943			
<i>Relaciones interpersonales</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	2766,000	5	553,200	25,831	,000
<i>Intra-grupos</i>	6095,439	2846	21,416		
<i>Total</i>	63716,439	2851			
<i>Bienestar material</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	444,627	5	88,925	11,185	,000
<i>Intra-grupos</i>	23391,140	2942	7,951		
<i>Total</i>	23835,768	2947			
<i>Desarrollo personal</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	661,542	5	132,308	6,113	,000
<i>Intra-grupos</i>	63824,276	2949	21,643		
<i>Total</i>	64485,817	2954			
<i>Bienestar físico</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	411,138	5	82,228	1,388	,000
<i>Intra-grupos</i>	2324,739	2936	7,916		
<i>Total</i>	23651,878	2941			
<i>Autodeterminación</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	471,599	5	942,120	2,111	,000
<i>Intra-grupos</i>	137538,412	2936	46,846		
<i>Total</i>	142249,011	2941			
<i>Inclusión social</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	734,570	5	146,914	1,142	,000
<i>Intra-grupos</i>	4240,226	2927	14,486		
<i>Total</i>	43134,796	2932			
<i>Derechos</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	2513,763	5	502,753	34,257	,000
<i>Intra-grupos</i>	42883,557	2922	14,676		
<i>Total</i>	45397,319	2927			

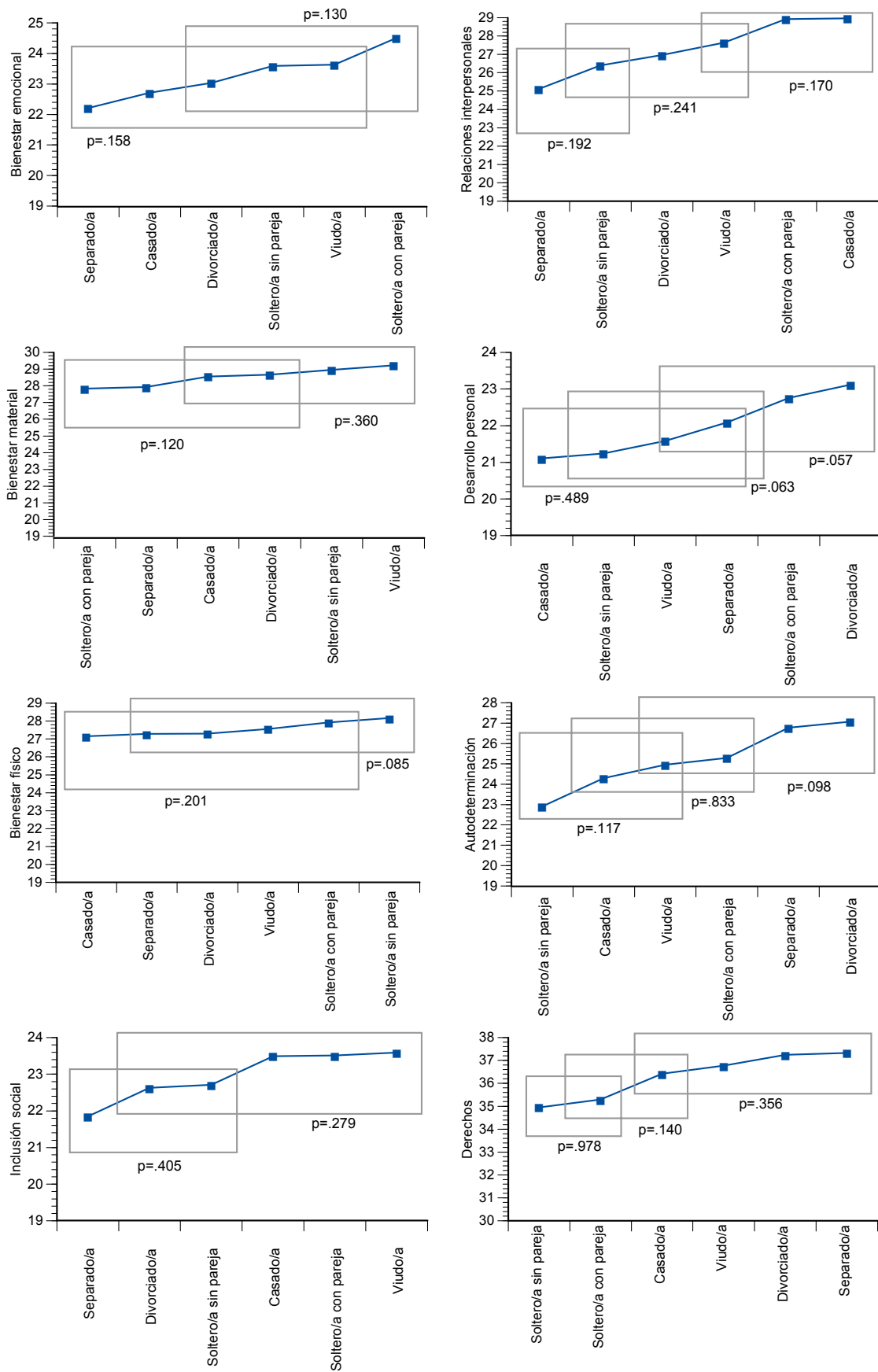


Figura 256. Comparaciones post-hoc por estado civil: todas las dimensiones



En *Bienestar material* volvemos a constatar la existencia de dos grupos que difieren significativamente entre sí. De un lado, con las puntuaciones significativamente más bajas, encontramos a los solteros con pareja ( $M = 27,823$ ) y a los separados ( $M = 27,931$ ). En el otro extremo, con puntuaciones significativamente más altas, se sitúan las personas viudas ( $M = 29,223$ ) y los solteros sin pareja ( $M = 28,957$ ). Ninguno de ellos se diferencia significativamente de aquellos que están casados ( $M = 28,558$ ) o divorciados ( $M = 28,663$ ).

En cuanto a la dimensión *Desarrollo personal*, son los casados ( $M = 21,105$ ) quienes se encuentran en el extremo inferior con las puntuaciones significativamente más bajas (si bien no se distinguen significativamente de los solteros sin pareja, viudos y separados, que conformarían un grupo con puntuaciones intermedias). En el extremo opuesto, con las puntuaciones significativamente más altas, encontraríamos a los solteros con pareja ( $M = 22,757$ ) y divorciados ( $M = 23,120$ ), que no se obtienen puntuaciones estadísticamente distintas de los viudos y separados).

Son dos grupos los que vuelven a discriminarse en las puntuaciones obtenidas en *Bienestar físico*. Esta vez, los solteros sin pareja ( $M = 28,174$ ) obtienen puntuaciones significativamente mejores que los casados ( $M = 27,151$ ), que se sitúan en el extremo inferior, pero ninguno de ellos difiere significativamente del resto de los grupos.

En cambio, son precisamente las personas solteras y sin pareja ( $M = 22,901$ ) quienes se sitúan en el extremo inferior al obtener las puntuaciones significativamente más bajas en *Autodeterminación* (aunque no muestra diferencias significativas con los casados y los viudos). Separados ( $M = 26,772$ ) y divorciados ( $M = 27,066$ ) ostentarían las puntuaciones significativamente más altas (aunque no difieren significativamente de viudos y solteros con pareja). En el grupo con puntuaciones intermedias encontraríamos a casados, viudos y solteros con pareja.

Como en *Relaciones interpersonales*, observamos en *Inclusión social* que los separados ( $M = 21,844$ ) se sitúan en el extremo inferior con las puntuaciones significativamente más altas. En cambio, se sitúan en el extremo más positivo, con las puntuaciones significativamente más altas, las personas casadas ( $M = 23,492$ ), solteras con pareja ( $M = 23,510$ ) y viudas ( $M = 23,594$ ). Ninguno de ellos difiere estadísticamente de los divorciados y los solteros sin pareja.

Finalmente, en *Derechos*, casados ( $M = 35,547$ ), separados ( $M = 36,634$ ), divorciados ( $M = 35,954$ ) y viudos ( $M = 36,928$ ) alcanzan las puntuaciones significativamente más altas, mientras

los solteros tanto con pareja ( $M = 35,285$ ) como sin ella ( $M = 35,640$ ) se sitúan en el extremo inferior con las puntuaciones significativamente más bajas (aunque las puntuaciones alcanzadas por los solteros con pareja no difieren estadísticamente de las puntuaciones obtenidas por las personas casadas).

### Resumen

El análisis de varianza realizado para la puntuación total en función de los distintos estatus civiles mostrados por los participantes también dio lugar a diferencias significativas ( $F_{(5)} = 9,311$ ;  $p = ,000$ ). Asimismo, la prueba de comparaciones múltiples resultó en diferencias significativas inter-grupos en todas dimensiones de calidad de vida ( $p = ,000$ ), especialmente en Relaciones interpersonales ( $F_{(5)} = 25,831$ ) y Bienestar material ( $F_{(5)} = 11,185$ ).

Si miramos las medias obtenidas por cada grupo (Figura 257), nos damos cuenta de que son las *personas separadas* las que muestran los peores resultados en la mayor parte de las dimensiones: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar Físico (junto con las personas casadas) e Inclusión Social. Las peores puntuaciones de las cuatro dimensiones restantes están más repartidas entre: los *solteros sin pareja* en Autodeterminación y Derechos, los *solteros con pareja* en Bienestar material, y los casados en Desarrollo personal. En cambio, con las mejores puntuaciones: en Bienestar material, Inclusión social y Derechos destacan los *viudos*; en Desarrollo personal y Autodeterminación los *divorciados*; los *casados* en Relaciones interpersonales; los *solteros con pareja* en Bienestar emocional y los *solteros sin pareja* en Bienestar físico. De este modo, teniendo en cuenta la media de las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones, encontraríamos (de menor a mayor): *solteros sin pareja* ( $M = 26,203$ ), *separados* ( $M = 26,235$ ), *casados* ( $M = 26,477$ ), *divorciados* ( $M = 26,840$ ), *viudos* ( $M = 26,890$ ) y *solteros con pareja* ( $M = 27,002$ ).

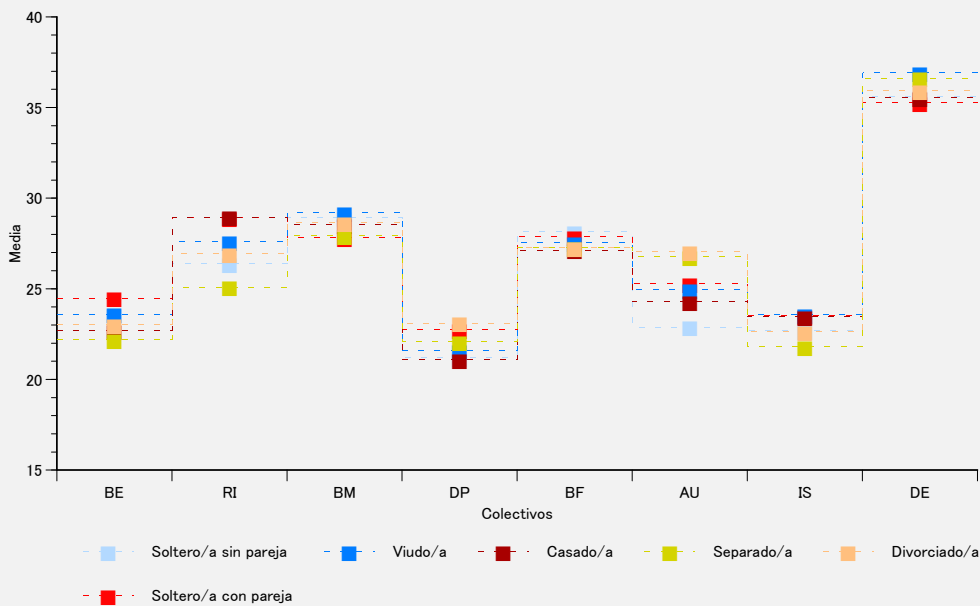


Figura 257. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del colectivo

#### 6. 4. 2. 6. Comparación de las puntuaciones en función del lugar de residencia

Como en los casos anteriores, realizamos un análisis de las puntuaciones obtenidas por los participantes en función de su lugar de residencia (i.e., si vivían de forma independiente sin apoyos o con ellos, si residían en la vivienda familiar, en pisos tutelados, en residencias o en algún otro tipo de viviendas). En este caso, el grupo más numeroso fue con diferencias el formado por aquellos que vivían en residencias ( $n = 2.072$ ), mientras el conjunto más pequeño fue el formado por personas que vivían de forma independiente sin ningún tipo de apoyo ( $n = 22$ ), seguido de aquellos que lo hacían con apoyos ( $n = 56$ ).

Al analizar las puntuaciones totales obtenidas en la Escala, encontramos que, como se observa en la Figura 258, las personas que viven de forma independiente con apoyos alcanzan las puntuaciones más altas ( $Me = 223,500$ ;  $M = 220,804$ ), seguidos muy de cerca de los que viven de forma independiente sin apoyos ( $Me = 217$ ;  $M = 217,136$ ). En el otro extremo, con las puntuaciones más bajas, se sitúan las personas que viven en residencias ( $Me = 211$ ;  $M = 211,235$ ) y las personas que viven en la residencia familiar ( $Me = 213$ ;  $M = 209,753$ ). Sin embargo, son éstos quienes obtienen un rango de puntuaciones más amplio ( $PD = 136 - 272$ ,  $Rango = 136$  para las personas con residencias; y  $PD = 142$ ,  $Rango = 263$  para las personas en residencia familiar). En cambio, las personas que vivían en pisos tutelados obtuvieron las puntuaciones más similares ( $PD = 172 - 249$ ;  $Rango = 77$ ). El error de medida, por su parte, estuvo acorde con el tamaño de las poblaciones. Por tanto, las puntuaciones más fiables son las mostradas por las personas en residencias ( $EM = 0,536$ ), mientras las puntuaciones con mayores errores de medida fueron las de las personas que vivían de forma independiente ( $EM = 2,864$  para quienes vivían de modo independiente con apoyos;  $EM = 5,690$  para las personas que vivían de forma independiente sin apoyos).

En esta ocasión, el análisis de varianza volvió a arrojar diferencias significativas entre los grupos:  $F_{(5)} = 2,824$ ;  $p = ,015$ ), si bien el tamaño del efecto no parecía ser demasiado grande y sólo da lugar a diferencias a un nivel de significación del 95% mientras que no las daría a un nivel de significación mayor. De hecho, como se aprecia en el tercer gráfico (a la derecha) de la Figura 258, la prueba *post-hoc* distingue un único grupo ( $p = ,183$ ) que aglutina a todos los tipos de residencia, por lo que las diferencias mostradas por el ANOVA pueden estar debidas simplemente al tamaño de la muestra.

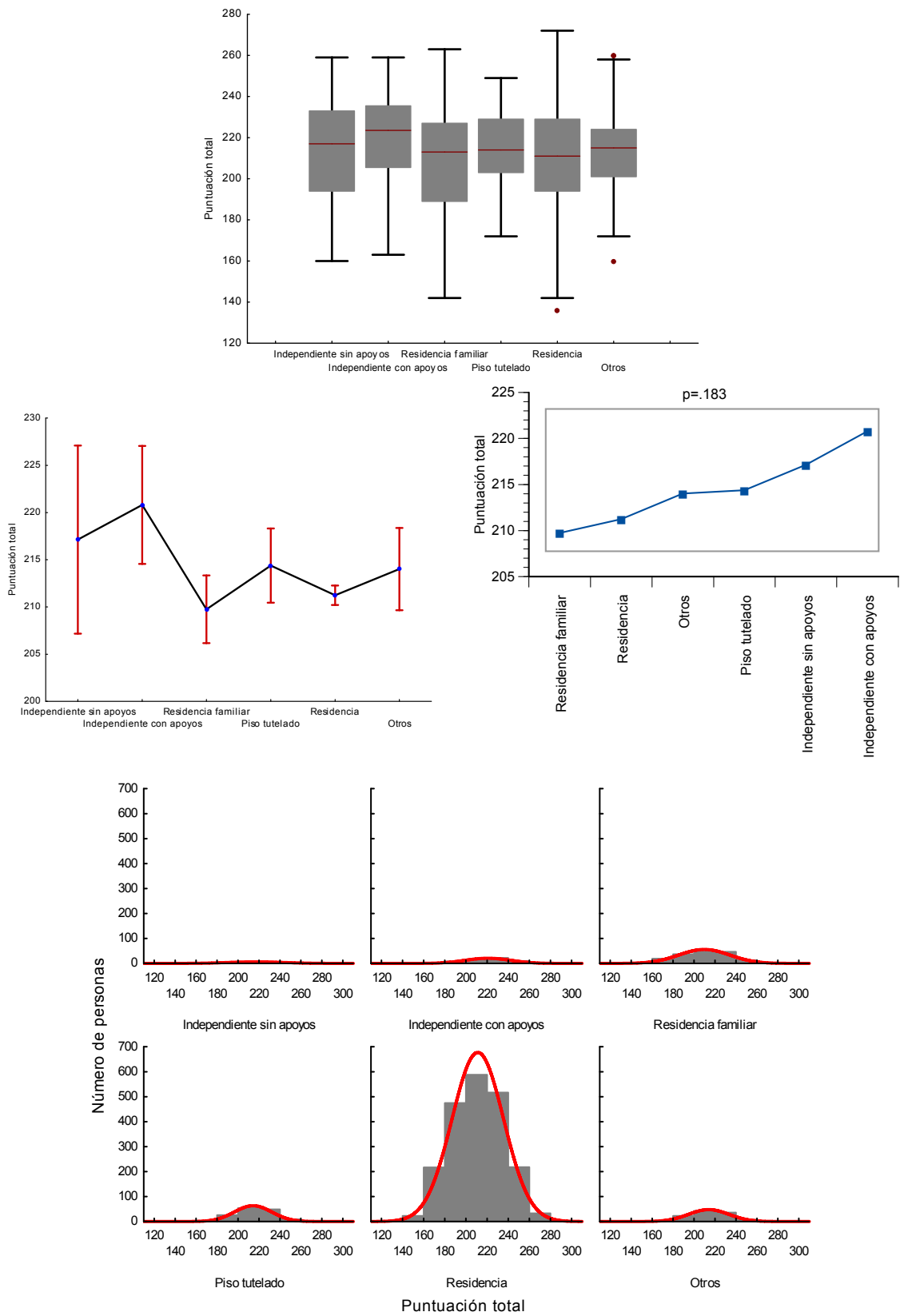


Figura 258. Diferencias en función del lugar de residencia: puntuación total

Tabla 156. Puntuación en las dimensiones por residencia (ANOVA)

<i>Bienestar emocional</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	627,872	5	125,574	5,089	,000
<i>Intra-grupos</i>	71514,186	2898	24,677		
<i>Total</i>	72142,058	2903			
<i>Relaciones interpersonales</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	581,208	5	116,242	5,230	,000
<i>Intra-grupos</i>	62495,665	2812	22,225		
<i>Total</i>	63076,873	2817			
<i>Bienestar material</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	171,623	5	34,325	4,296	,001
<i>Intra-grupos</i>	23202,303	2904	7,990		
<i>Total</i>	23373,926	2909			
<i>Desarrollo personal</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	398,104	5	79,621	3,680	,003
<i>Intra-grupos</i>	62966,785	2910	21,638		
<i>Total</i>	63364,889	2915			
<i>Bienestar físico</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	568,485	5	113,697	14,456	,000
<i>Intra-grupos</i>	22761,298	2894	7,865		
<i>Total</i>	23329,783	2899			
<i>Autodeterminación</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	1917,520	5	383,504	8,039	,000
<i>Intra-grupos</i>	138163,281	2896	47,708		
<i>Total</i>	14008,801	2901			
<i>Inclusión social</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	453,442	5	9,688	6,235	,000
<i>Intra-grupos</i>	42021,750	2889	14,545		
<i>Total</i>	42475,192	2894			
<i>Derechos</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	507,976	5	101,595	6,607	,000
<i>Intra-grupos</i>	44329,376	2883	15,376		
<i>Total</i>	44837,352	2888			

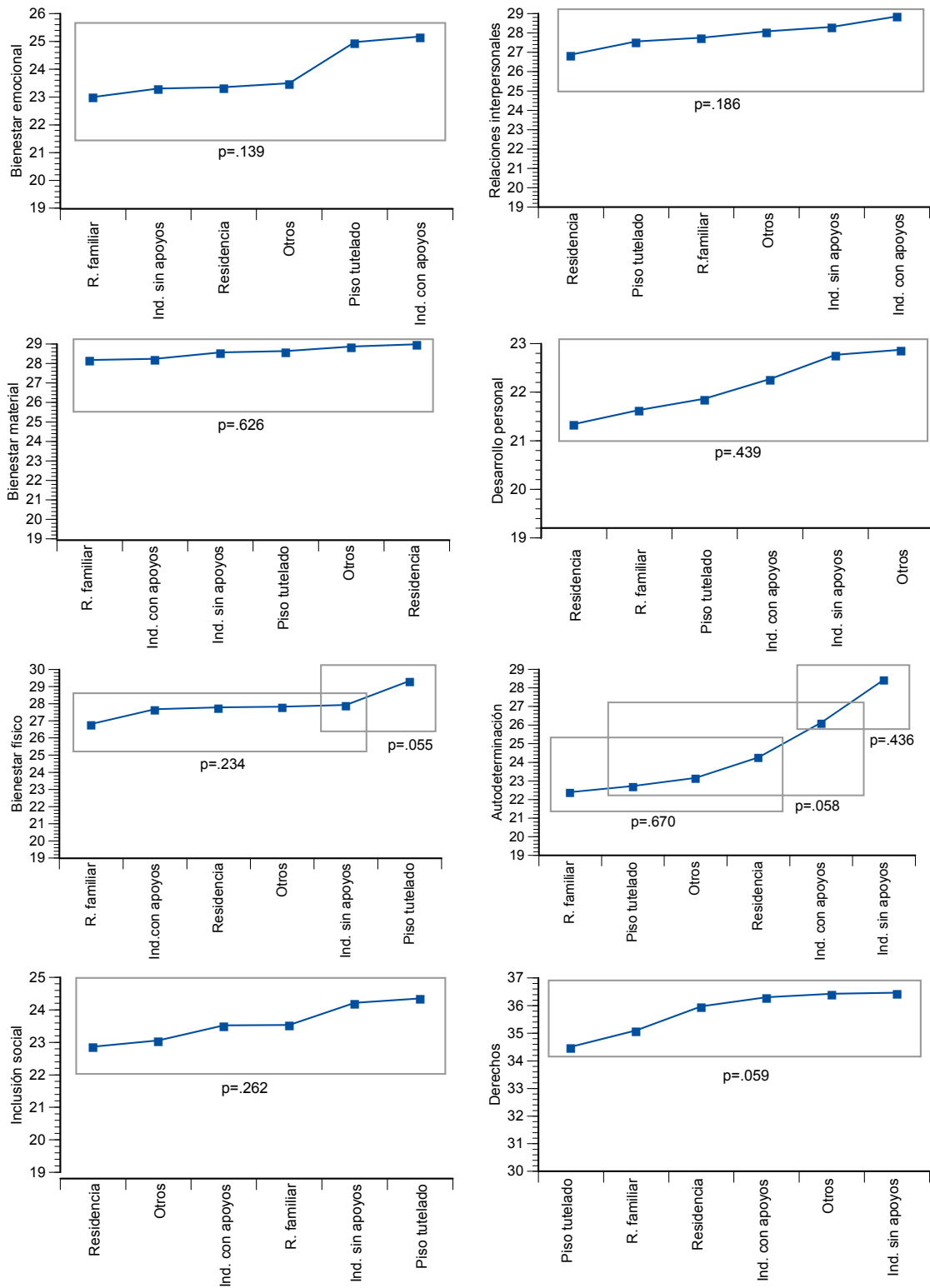


Figura 259. Comparaciones post-hoc por lugar de residencia: todas las dimensiones

Con objeto de comprobar, si las diferencias serían significativas en las puntuaciones obtenidas por dimensiones, llevamos a cabo una prueba de comparaciones múltiples que confirmó la existencia de tales diferencias en todas y cada una de las dimensiones, especialmente, con  $p = ,000$ , en *Bienestar emocional*, *Relaciones interpersonales*, *Bienestar físico*, *Autodeterminación*, *Inclusión social* y *Derechos* (Tabla 156 y Figura 259).

No obstante, las pruebas *post-hoc* pusieron de manifiesto que, como ocurría con la puntuación total, se distinguía un único grupo en todas ellas. Las únicas excepciones a esta afirmación fueron *Bienestar físico* (con dos grupos diferenciados) y *Autodeterminación* (con tres grupos diferenciados).

De este modo, las puntuaciones obtenidas en *Bienestar físico* reflejan que las personas que viven en pisos tutelados ( $M = 29,333$ ) obtienen puntuaciones significativamente más altas que el resto (si bien no se diferencian significativamente de aquellos que viven de forma independiente sin apoyos).

En *Autodeterminación* son las personas que viven de forma independiente sin apoyos ( $M = 28,448$ ) las que alcanzan las puntuaciones significativamente más altas (aunque no difieren de quienes lo hacen con apoyos). En el extremo contrario (i.e., puntuaciones significativamente más bajas) encontramos a quienes viven en la residencia familiar ( $M = 22,399$ ). Sin embargo, éstos no difieren significativamente de las personas que viven en residencias, pisos tutelados y otros lugares de residencia no contemplados en el estudio.

## Resumen

Los contrastes de medias en función del lugar de residencia de los participantes llevados a cabo tanto para la puntuación total como para las dimensiones, dieron lugar a diferencias significativas. No obstante, las pruebas *post-hoc* no confirmaron tales diferencias en ninguno de los casos, ya que dieron lugar a un único grupo (las diferencias mostradas por el ANOVA podrían estar causadas, por tanto, por el tamaño de la muestra). Solo hubo dos excepciones: Bienestar Físico y Autodeterminación, para las que se discriminaron dos y tres grupos respectivamente. La Figura 260, pone de manifiesto la proximidad de las medias obtenidas por los diferentes grupos en las distintas dimensiones, así como la mayor distancia en las dos dimensiones comentadas.

No obstante, al ordenar los grupos (de menor a mayor) por la media obtenida en las dimensiones encontramos que las personas que viven en la *residencia familiar* se sitúan en el extremo inferior con las puntuaciones más bajas ( $M = 26,053$ ), seguidos muy de cerca de personas que viven en *residencias* ( $M = 26,435$ ), en *otros* tipos de vivienda no tenidas en cuenta

en el estudio ( $M = 26,726$ ) y en *pisos tutelados* ( $M = 26,742$ ). Con las puntuaciones más altas, en el extremo superior, se colocan las personas que viven de forma *independiente* ( $M = 27,274$  con apoyos;  $M = 27,502$  sin apoyos).

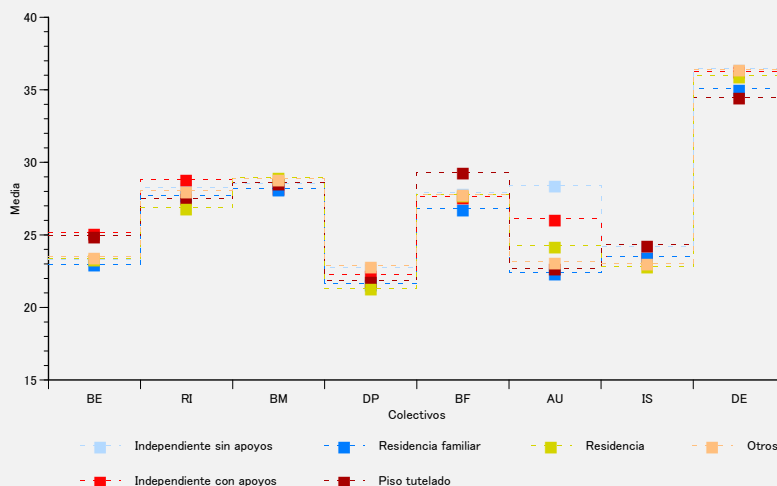


Figura 260. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del colectivo

De hecho, las personas que viven de forma *independiente* obtienen las puntuaciones más altas en cuatro dimensiones: Bienestar emocional y Relaciones interpersonales (aquellos que tienen apoyos), y Autodeterminación y Derechos (aquellos que viven sin apoyos). En cambio, las personas que viven en la *residencia familiar* obtienen las puntuaciones más bajas en los tres tipos de Bienestar (emocional, material y físico) y en Autodeterminación. Además, llama la atención que quienes viven en *residencias* alcanzan las mejores puntuaciones en Bienestar material, mientras obtienen las peores en Inclusión social y Desarrollo personal. Asimismo, resulta llamativo el caso de las personas que viven en *pisos tutelados*, puesto que obtienen los mejores resultados en Bienestar físico e Inclusión social, y los peores en Relaciones interpersonales y Derechos. Finalmente, quienes viven en *otros* lugares o tipos de residencias diferentes a los hasta ahora mencionados obtuvieron las puntuaciones más altas en Desarrollo personal.

#### 6. 4. 2. 7. Comparación de las puntuaciones en función del nivel educativo

En último lugar, estudiamos las puntuaciones obtenidas en función del máximo nivel educativo alcanzado por los participantes. En primer lugar, analizamos los resultados obtenidos en la puntuación total. Como se aprecia en la Figura 261, el grupo más numeroso fue el formado por personas que habían terminado Primaria ( $n = 1.391$ ) y, a continuación, el grupo de los no escolarizados ( $n = 742$ ). En cambio, los grupos más pequeños fueron los formados por aquellos que realizaron cursos de Garantía social ( $n = 4$ ), y quienes terminaron una Diplomatura ( $n = 24$ ) o Licenciatura ( $n = 20$ ). Consecuentemente, son las puntuaciones de estos últimos las que



muestran mayores errores de medida y las más similares, mientras las de los primeros son las más fiables y con el rango más amplio.

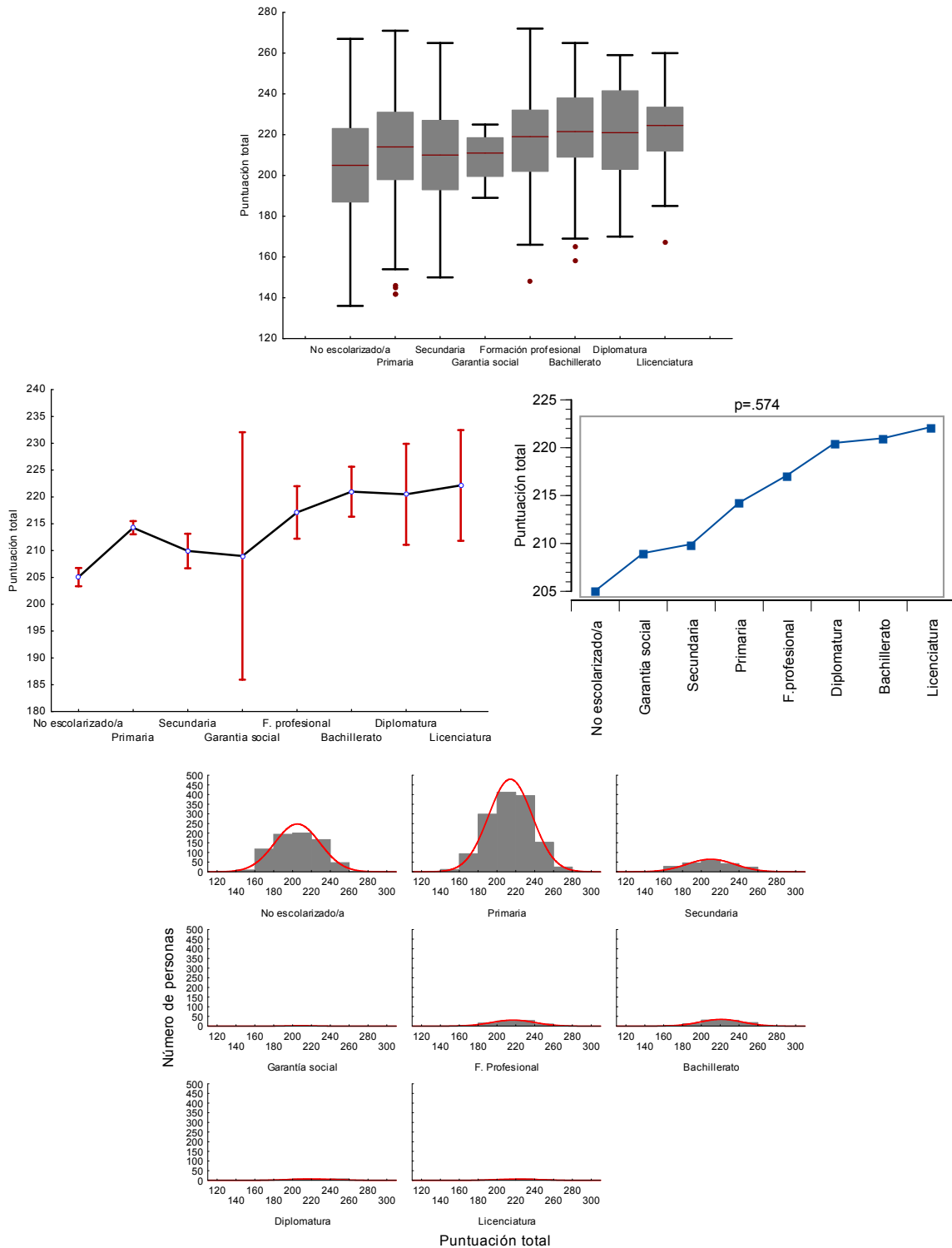


Figura 261. Diferencias en función del nivel educativo: puntuación total

Si atendemos a las medianas y medias mostradas por los grupos en la puntuación total, las personas que nunca estuvieron escolarizadas se situarían en el extremo inferior ( $Me = 205$ ;  $M = 205,058$ ). A continuación, se situarían las personas que cursaron Secundaria ( $Me = 210$ ;  $M = 209,927$ ), Garantía Social ( $Me = 211$ ;  $M = 209$ ), Primaria ( $Me = 214$ ;  $M = 214,269$ ) y Formación Profesional ( $Me = 219$ ;  $M = 217,112$ ). Finalmente, encontraríamos a quienes terminaron Bachillerato ( $Me = 221$ ;  $M = 220,500$ ), una Diplomatura ( $Me = 221$ ;  $M = 220,980$ ) o una Licenciatura ( $Me = 224$ ;  $M = 222,150$ ).

Como ocurría con el lugar de residencia, el análisis de varianza volvió a resultar en diferencias significativas entre los grupos ( $F(7) = 14,890$ ;  $p = ,000$ ), mientras que la prueba *post-hoc*, como se ilustra en la Figura 261 (tercer gráfico, a la derecha) da lugar a un grupo único ( $p = ,574$ ). De este modo, parece que una vez más las diferencias se debían básicamente al alto número de participantes considerados en el estudio.

No obstante, con ánimo de comprobar si tal situación se repetía en el análisis de las puntuaciones por dimensiones, realizamos (como en las ocasiones anteriores) una prueba de contrastes múltiples. La Tabla 157 pone de manifiesto que también ésta dio lugar a diferencias significativas para todas las dimensiones, especialmente ( $p = ,000$ ) en Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Autodeterminación e Inclusión social. Sin embargo, una vez más la prueba *post-hoc* negaba tales diferencias al mostrar un único grupo en todas las dimensiones, con la excepción de Relaciones interpersonales. Los resultados de la prueba *post-hoc* se representan en la Figura 262.

De esto modo, observamos en *Relaciones interpersonales* que las personas que cursaron Garantía social se situaban en el extremo inferior con puntuaciones significativamente inferiores a las obtenidas por aquellos que terminaron el Bachillerato o una Diplomatura (si bien el resto no difería significativamente de los grupos mencionados).

Tabla 157. Puntuación en las dimensiones por nivel educativo (ANOVA)

<i>Bienestar emocional</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	498,989	7	71,284	2,859	,006
<i>Intra-grupos</i>	72248,070	2898	24,930		
<i>Total</i>	72747,059	2905			
<i>Relaciones interpersonales</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	945,773	7	135,110	6,083	,000
<i>Intra-grupos</i>	62393,889	2809	22,212		
<i>Total</i>	63339,662	2816			
<i>Bienestar material</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	265,091	7	37,870	4,720	,000
<i>Intra-grupos</i>	23282,360	2902	8,023		
<i>Total</i>	23547,451	2909			
<i>Desarrollo personal</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	2667,190	7	381,027	18,040	,000
<i>Intra-grupos</i>	61463,981	2910	21,122		
<i>Total</i>	64131,171	2917			
<i>Bienestar físico</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	122,002	7	17,429	2,177	,033
<i>Intra-grupos</i>	23176,177	2895	8,006		
<i>Total</i>	23298,180	2902			
<i>Autodeterminación</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	10734,532	7	1533,505	34,038	,000
<i>Intra-grupos</i>	130517,115	2897	45,053		
<i>Total</i>	141251,647	2904			
<i>Inclusión social</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	974,159	7	139,166	9,613	,000
<i>Intra-grupos</i>	41837,788	2890	14,477		
<i>Total</i>	42811,948	2897			
<i>Derechos</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Inter-grupos</i>	2336,038	7	333,720	22,757	,000
<i>Intra-grupos</i>	42321,799	2886	14,665		
<i>Total</i>	44657,837	2893			

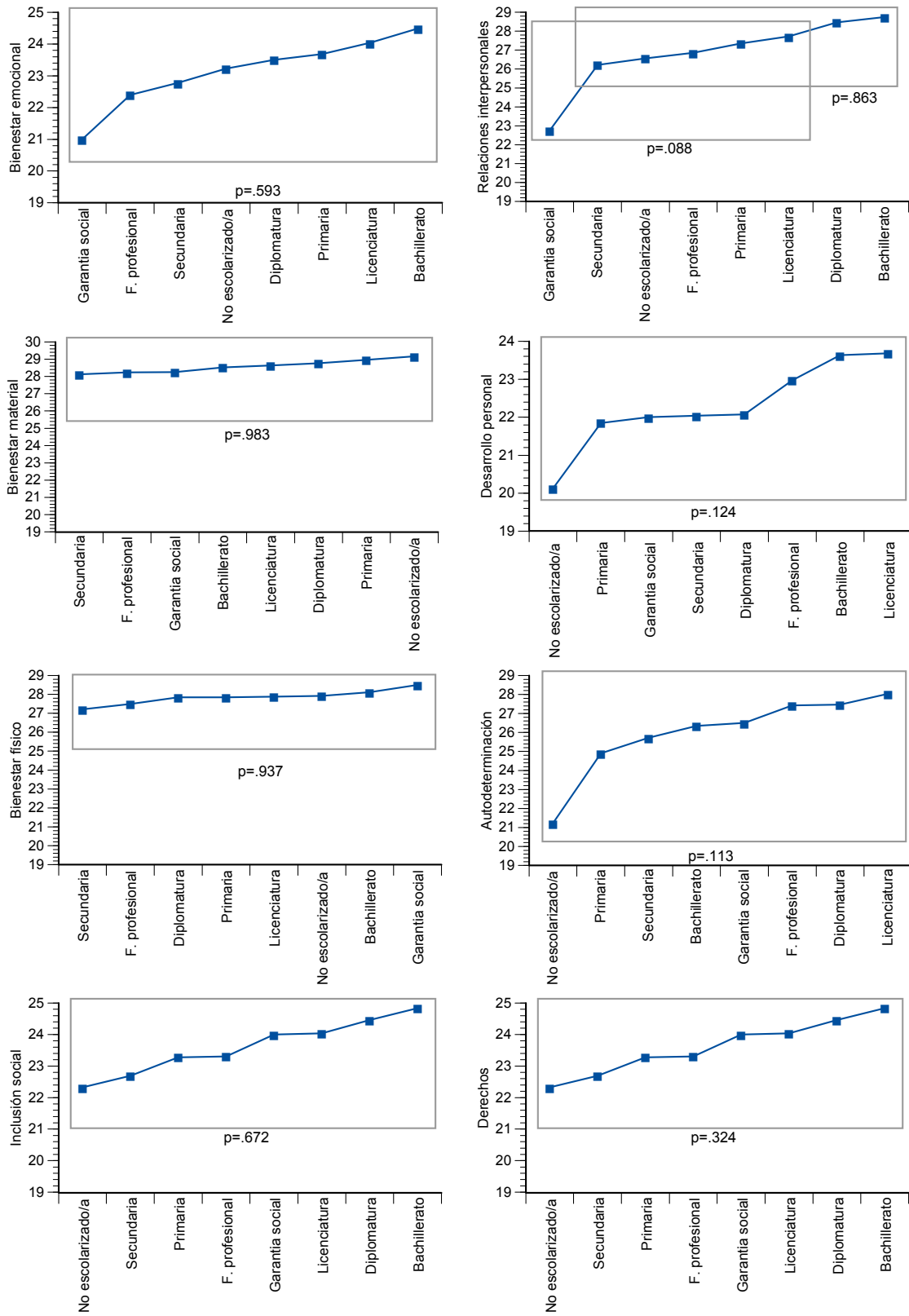


Figura 262. Comparaciones post-hoc por nivel educativo: todas las dimensiones

## Resumen

Aunque los contrastes de medias en función del nivel educativo dieron lugar a diferencias significativas tanto para la puntuación total como para las dimensiones, las pruebas *post-hoc* dieron lugar a un único grupo en todos los casos, con la única excepción de Relaciones interpersonales, en la que las personas que cursaron *Garantía social* puntuaron significativamente más bajo que aquellos que terminaron *Bachillerato* o una *Diplomatura*. La Figura 263, pone de manifiesto la proximidad de las medias obtenidas por los diferentes grupos en las distintas dimensiones, así como la mayor distancia en la dimensión comentada.

A pesar de que la ausencia de diferencias significativas (con la excepción comentada), si tenemos en cuenta la media de las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones, el orden de menor a mayor sería el que sigue: *Garantía social* ( $M = 22,812$ ), *no escolarizado* ( $M = 22,979$ ), *Secundaria* ( $M = 23,135$ ), *Formación Profesional* ( $M = 23,589$ ), *Primaria* ( $M = 23,664$ ), *Diplomatura* ( $M = 24,014$ ), *Licenciatura* ( $M = 24,223$ ) y *Bachillerato* ( $M = 24,419$ ).

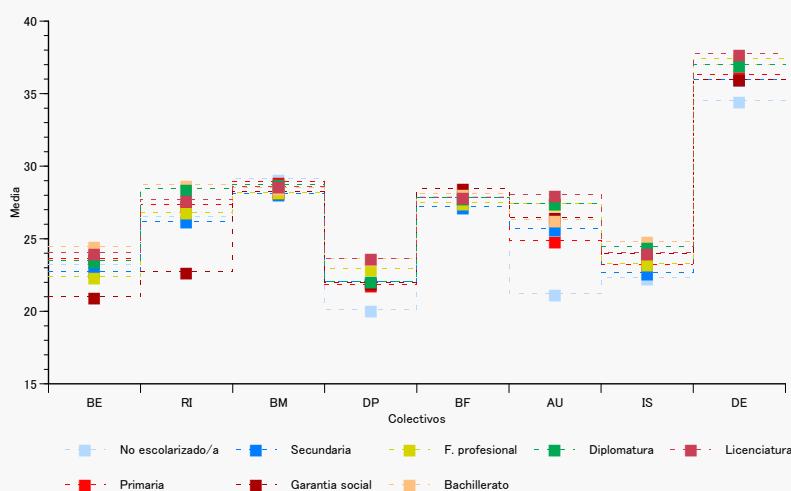


Figura 263. Resumen de las puntuaciones en las dimensiones en función del colectivo

De hecho, son las personas que terminaron *Bachillerato* quienes obtienen las puntuaciones más altas en Bienestar emocional, Relaciones interpersonales e Inclusión social. En cambio, las personas con una *Licenciatura* obtienen los mejores resultados en Autodeterminación, Desarrollo personal y Derechos. Sorprende el hecho de que quienes mejor puntúan en las dimensiones restantes sean las personas que cursaron algún programa de *Garantía social* (que obtienen las peores puntuaciones en Bienestar emocional y Relaciones interpersonales) y aquellos que *nunca* estuvieron *escolarizados* (que son a su vez quienes peor puntúan Desarrollo personal, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos). En Bienestar material y en Bienestar físico son aquellos que terminaron *Secundaria* los que obtienen los peores resultados y se sitúan por tanto, en el extremo inferior.

### 6. 4. 3. Relación de las puntuaciones con distintas variables sociodemográficas

El siguiente paso consistió en analizar las relaciones existentes entre, de un lado, la puntuación total de la Escala GENCAT (los 69 ítems) y la puntuación obtenida en cada una de las ocho subescalas y, de otro lado, las variables sociodemográficas consideradas en el estudio (i.e., el género, la edad, la condición o colectivo, el estado civil, el lugar de residencia y el nivel educativo alcanzado de las personas evaluadas). Concretamente, el objetivo consistió en comprobar si las relaciones de las variables mencionadas se distribuían bajo el supuesto de equiprobabilidad (i.e., el modelo de independencia) o, por el contrario, se observaban relaciones entre ellas. Para realizar tales comparaciones utilizamos las respectivas tablas de contingencias y representamos los resultados mediante los denominados gráficos tipo *mosaico* (Friendly, 1992, 1994, 1997, 1999, 2000; Hartigan y Kleiner, 1981, 1984).

Los mosaicos son similares a los gráficos de barras agrupadas, en los que la anchura de las barras muestra las frecuencias relativas de una variable y la altura de las secciones de cada barra muestran las frecuencias relativas de la segunda variable. De modo parecido, los mosaicos representan relaciones bivariadas y multivariadas, concretamente las distribuciones de los residuos (desviaciones) estandarizados de Pearson, de suerte que el color azul corresponde a las celdas cuya frecuencia observada es sustancialmente mayor de la que cabría esperar bajo la hipótesis de independencia. En cambio, ocurriría lo contrario (frecuencias por debajo de lo esperado bajo el supuesto de independencia) cuando las celdas se encuentran coloreadas de color rojo. Celdas en blanco aludirían a asociaciones entre variables más débiles si los bordes son azules o rojos (en el sentido de la explicación anterior) o a ausencia de relación (si el borde es negro). El color del relleno se basa en los residuos estandarizados que exceden los valores absolutos 2 y 4, aludiendo los tonos más oscuros a mayores fuerzas en la relación y los tonos claros a relaciones de menor fortaleza. Así, las celdas con tonos oscuros ( $>|4|$ ) representan residuos que son individualmente significativos aproximadamente al ,001 y aquellas con tonos claros ( $>|2|$ ) representan residuos significativos al ,05.

Para realizar las comparaciones convertimos las puntuaciones obtenidas tanto en la escala en general como en las subescalas en variables categóricas. De este modo, todas las personas quedaron distribuidas en tres grupos en función de sus puntuaciones: alto, medio y bajo. Como hicimos en otras ocasiones, utilizamos los centiles  $C_{25}$  y  $C_{75}$  para realizar tal distribución (i.e.,  $C_{<25}$  = bajo,  $C_{25-75}$  = medio y  $C_{>75}$  = alto).

### 6. 4. 3. 1. Relación de las puntuaciones con el género

Al contrastar la relación entre las distintas puntuaciones y la variable género, como se puede apreciar en la Figura 264, constatamos que no existía ninguna relación entre las distintas combinaciones de variables a un nivel de significación menor al ,001. Al 95%, en cambio, se vislumbraron algunas relaciones entre las variables que señalamos más adelante, pero no (o la relación era excesivamente débil) entre el hecho de ser hombre o mujer y las puntuaciones en *Relaciones interpersonales* ( $\chi^2_{(2)} = 2,653$ ;  $p = ,265$ ), *Bienestar material* ( $\chi^2_{(2)} = 0,866$ ;  $p = ,649$ ), *Inclusión social* ( $\chi^2_{(2)} = 0,327$ ;  $p = ,849$ ) y *Derechos* ( $\chi^2_{(2)} = 2,557$ ;  $p = ,279$ ). En el resto de las puntuaciones sí encontramos relación (a un nivel de significación del 95%), aunque en el caso concreto de *Bienestar emocional* ( $\chi^2_{(2)} = 10,317$ ;  $p = ,05$ ), la prueba de Ji-Cuadrado da lugar a diferencias significativas al nivel de significación ,05 pero las comparaciones individualmente no confirman tales diferencias o bien son demasiado pequeñas (y por este motivo aparecen todas las celdas coloreadas en blanco en la Figura 264).

Por una parte, los *hombres* obtuvieron puntuaciones bajas en una proporción significativamente inferior a lo esperable según el modelo de independencia en la puntuación total de la escala ( $\chi^2_{(2)} = 10,664$ ;  $p = ,05$ ), así como en la subescalas de Desarrollo personal ( $\chi^2_{(2)} = 12,645$ ;  $p = ,002$ ) y Autodeterminación ( $\chi^2_{(2)} = 13,651$ ;  $p = ,001$ ). Por otro lado, alcanzaron una puntuación alta en una proporción significativamente superior a lo esperado en Bienestar físico ( $\chi^2_{(2)} = 28,728$ ;  $p = ,000$ ).

Por otra parte, sólo parece existir relación significativa entre ser *mujer* y las puntuaciones en dos subescalas: Desarrollo personal ( $\chi^2_{(2)} = 12,645$ ;  $p = ,002$ ) y Bienestar físico ( $\chi^2_{(2)} = 28,728$ ;  $p = ,000$ ), de tal modo que en la primera la frecuencia observada de puntuaciones bajas es superior a lo esperable mientras en la segunda la proporción de puntuaciones altas es más baja de lo esperable.

Estos resultados son congruentes con los comentados anteriormente para hombres y mujeres, en el sentido de existir diferencias significativas muy ligeras a favor de los hombres en las dimensiones comentadas. Así, era esperable que la proporción de frecuencias observadas en los hombres fuera superior a lo esperado en las categorías de las puntuaciones altas e inferiores en las categorías bajas (y viceversa para las mujeres).

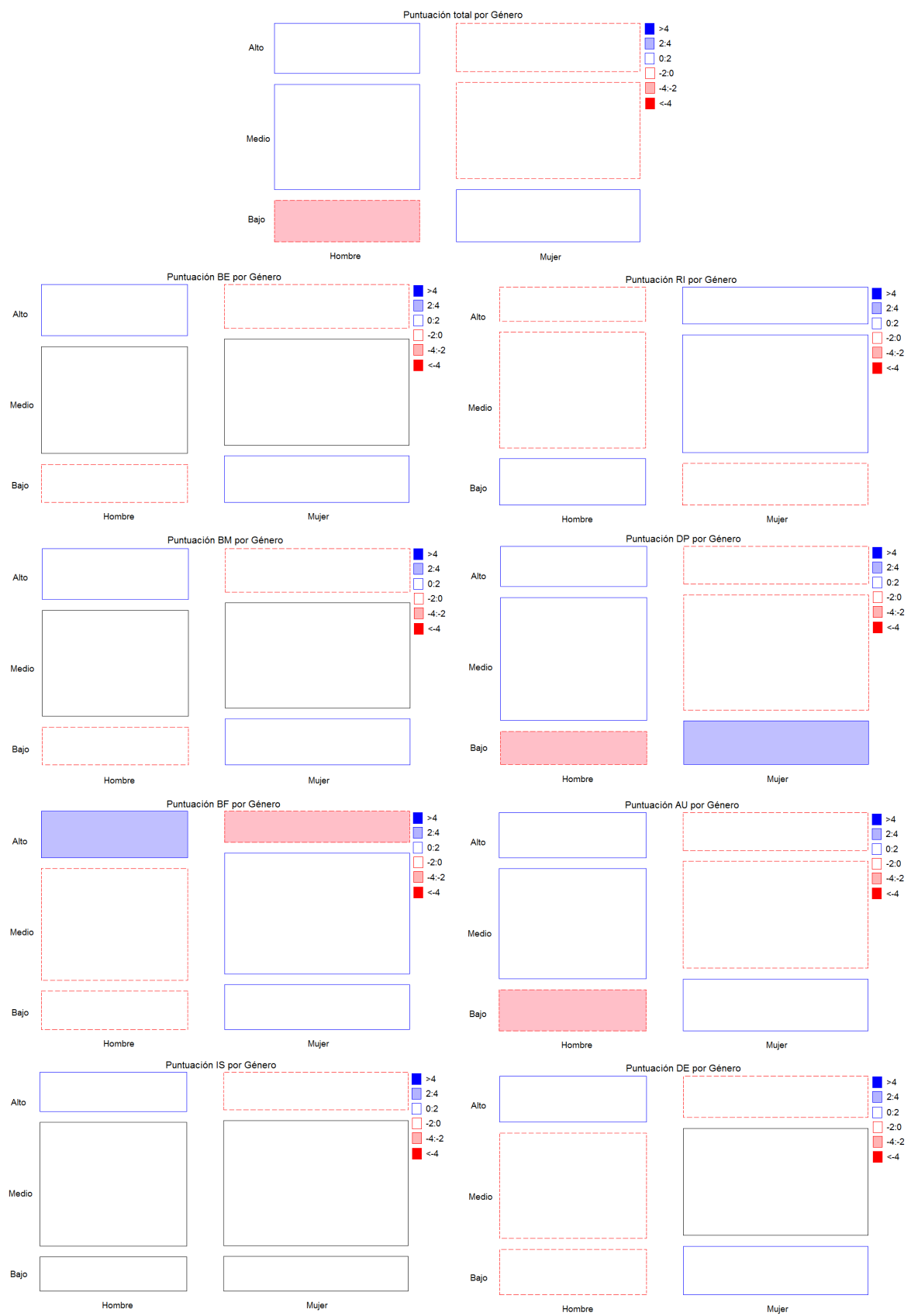


Figura 264. Relación entre las puntuaciones y el género (residuos estandarizados de Pearson)



### 6. 4. 3. 2. Relación de las puntuaciones con la edad

Como se muestra en la Figura 265, al estudiar las relaciones entre las puntuaciones obtenidas por los participantes con los distintos rangos de edad, comprobamos que existían diferencias significativas entre las frecuencias observadas y esperadas en todas las puntuaciones con la excepción de *Bienestar emocional* ( $\chi^2_{(14)} = 22,757; p = ,064$ ). En el resto de las comparaciones, se aprecian algunas relaciones bivariadas significativas al 95% y en el caso de Autodeterminación y Derechos algunas al 99%: *puntuación total* ( $\chi^2_{(14)} = 79,013; p = ,000$ ), *Relaciones interpersonales* ( $\chi^2_{(14)} = 32,607; p = ,003$ ), *Bienestar material* ( $\chi^2_{(14)} = 36,375; p = ,001$ ), *Desarrollo personal* ( $\chi^2_{(14)} = 59,501; p = ,000$ ); *Bienestar físico* ( $\chi^2_{(14)} = 66,476; p = ,000$ ), *Autodeterminación* ( $\chi^2_{(14)} = 126,822; p = ,000$ ), *Inclusión social* ( $\chi^2_{(14)} = 32,540; p = ,003$ ) y *Derechos* ( $\chi^2_{(14)} = 239,681; p = ,000$ ).

Concretamente, al analizar las distribuciones de los *menores de 20 años* constatamos que es el único grupo cuyas distribuciones se ajustan a lo esperado bajo el supuesto de equiprobabilidad y, así, alcanzan puntuaciones altas, medias y moderadas en las distintas variables con el mismo grado de probabilidad. No ocurre así en los tramos de edad restantes.

Las personas con edades comprendidas *entre 21 y 30 años* alcanzan con mayor probabilidad a lo esperable puntuaciones medias en la escala total y altas en Bienestar físico ( $p < ,05$ ), Autodeterminación ( $p < ,001$ ) y Derechos ( $p < ,001$ ). En contraste, su proporción es inferior en la categoría alta de la puntuación total ( $p < ,05$ ), Desarrollo personal ( $p < ,05$ ), Autodeterminación ( $p < ,05$ ) y Derechos ( $p < ,001$ ).

La distribución de las personas con *entre 31 y 40 años* es exactamente igual a la de los anteriores con las únicas excepciones de no mostrar relación con las puntuaciones en Desarrollo personal y tener una distribución con frecuencias superiores a las esperadas en la categoría bajo de la puntuación total en lugar de en la categoría media.

Por otro lado, aquellos con edades *entre 41 y 50 años* obtienen puntuaciones altas en Autodeterminación y Derechos, así como puntuaciones bajas en Desarrollo personal con una probabilidad menor a la esperada. Sin embargo, muestran mayor probabilidad de alcanzar puntuaciones medias en Desarrollo personal y Autodeterminación (tales relaciones son significativas al ,05).

Parece no existir demasiada relación entre tener *51-70 años* con obtener puntuaciones altas, medias o bajas. De hecho, las únicas relaciones que resultaron significativas ( $p < ,05$ ) se produjeron con la obtención de puntuaciones bajas en Relaciones interpersonales entre aquellos con edades comprendidas *entre los 51 y los 60*, y en Bienestar físico e Inclusión social entre quienes tenían *entre 61 y 70 años*.

Para aquellos con *71-80 años* quedó patente la mayor probabilidad de alcanzar puntuaciones altas en la puntuación total ( $p < ,05$ ), Autodeterminación ( $p < ,05$ ) y Derechos ( $p < ,001$ ) y menor probabilidad de obtener puntuaciones bajas en estas dos últimas ( $p < ,05$  en Autodeterminación y  $p < ,001$  en Derechos).

Finalmente, las puntuaciones de los *mayores de 80* fueron las que menos se ajustaron al supuesto de equiprobabilidad al mostrar distribuciones con frecuencias generalmente superiores a lo esperable en las categorías altas de todas las dimensiones, menos en bienestar físico (en la que probabilidad fue inferior), Bienestar emocional y Relaciones interpersonales (en la que no se encontraron relaciones significativas), al mismo tiempo que presentaban frecuencias inferiores de puntuar bajo en Relaciones interpersonales ( $p < ,05$ ), Inclusión social ( $p < ,05$ ) y Derechos ( $p < ,001$ ) y alcanzar puntuaciones medias en la puntuación total ( $p < ,05$ ). Contrariamente, mostraron una mayor probabilidad de obtener puntuaciones bajas en Desarrollo personal ( $p < ,05$ ).

Todos estos resultados son, como cabía esperar, coherentes con los encontrados en el apartado anterior.

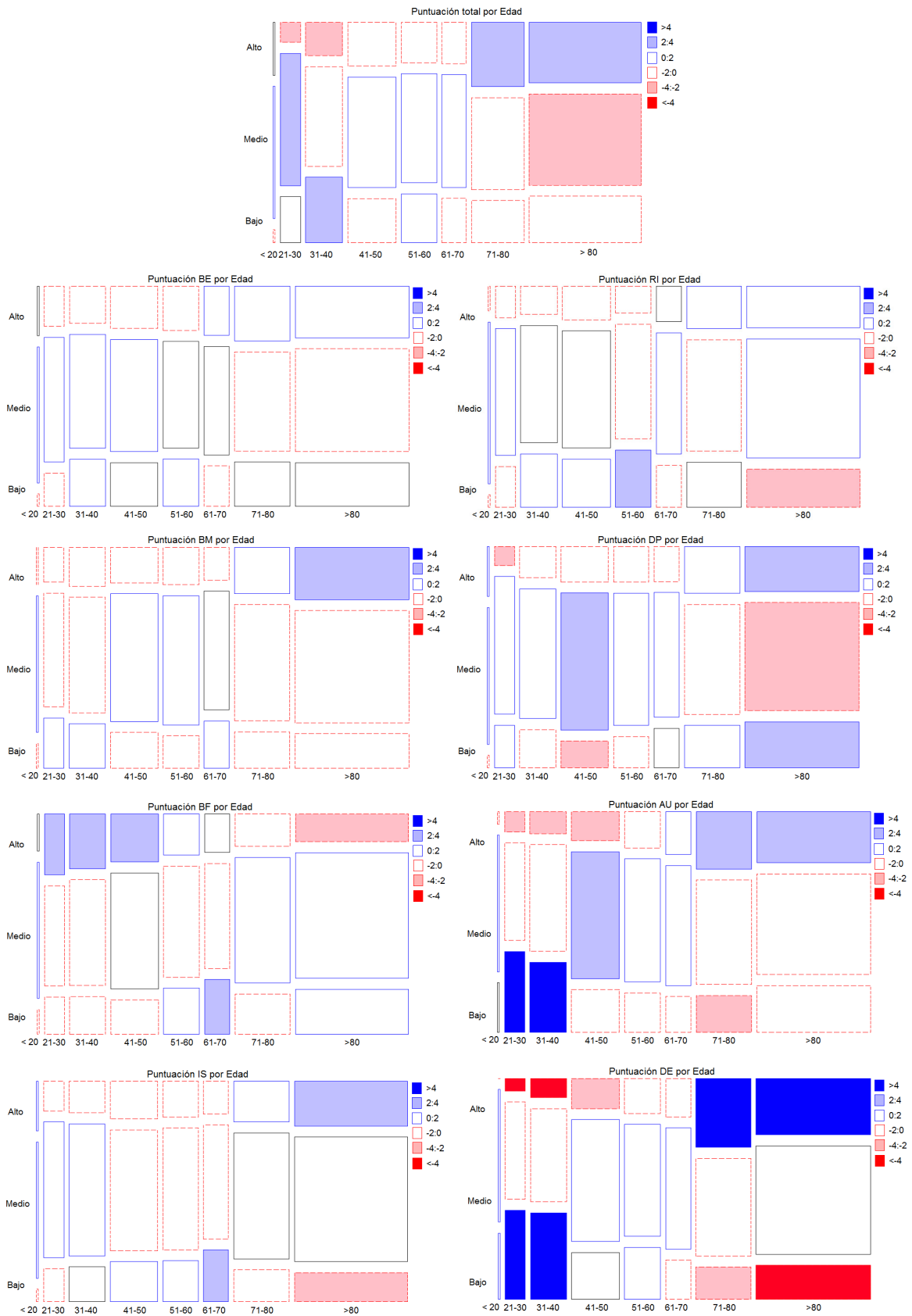


Figura 265. Relación entre las puntuaciones y la edad (residuos estandarizados de Pearson)

### 6. 4. 3. 3. Relación de las puntuaciones con la condición

El estudio de la combinación de las puntuaciones en las diferentes variables con la condición de la persona evaluada o el tipo de colectivo en el que se incluía (Figura 266) dio lugar a relaciones significativas tanto en la puntuación general ( $\chi^2_{(12)} = 88,428$ ;  $p = ,000$ ) como en todas las subescalas a un nivel de significación de ,05: *Bienestar emocional* ( $\chi^2_{(12)} = 42,178$ ;  $p = ,000$ ), *Relaciones interpersonales* ( $\chi^2_{(12)} = 74,155$ ;  $p = ,000$ ), *Bienestar material* ( $\chi^2_{(12)} = 79,961$ ;  $p = ,000$ ), *Desarrollo personal* ( $\chi^2_{(12)} = 127,849$ ;  $p = ,000$ ); *Bienestar físico* ( $\chi^2_{(12)} = 185,275$ ;  $p = ,000$ ), *Autodeterminación* ( $\chi^2_{(12)} = 358,196$ ;  $p = ,000$ ), *Inclusión social* ( $\chi^2_{(12)} = 59,461$ ;  $p = ,000$ ) y *Derechos* ( $\chi^2_{(12)} = 407,682$ ;  $p = ,000$ ).

Así, se observan frecuencias mayores a las esperadas entre las personas *mayores que viven en residencias* que obtienen puntuaciones altas en la escala total ( $p > ,001$ ), Autodeterminación ( $p > ,001$ ), Derechos ( $p > ,001$ ), Bienestar material ( $p > ,05$ ) y Desarrollo personal (si bien también tienen mayores probabilidades de obtener puntuaciones bajas en esta última dimensión). En cambio, muestran menor probabilidad para obtener puntuaciones altas de las que cabría esperar bajo el supuesto de independencia en Bienestar físico.

Los *mayores que acuden a un centro de día*, sin embargo, tienen mayores probabilidades de alcanzar puntuaciones altas y menores de obtener puntuaciones bajas en Relaciones interpersonales, mientras ocurre justo lo contrario en Bienestar físico. Asimismo, parece tienen pocas posibilidades de puntuar bajo en Inclusión social. Todas las relaciones comentadas son significativas a un nivel de confianza del 95%.

Por su parte, las personas con *discapacidad física* muestran los mayores problemas en Bienestar material e Inclusión social al observarse distribuciones con frecuencias superiores a lo esperable ( $p > ,05$ ) en las categorías bajas e inferiores en las categorías altas. Además, muestran más probabilidades ( $p > ,05$ ) de puntuar bajo en Bienestar físico y Derechos. No obstante, es más probable de lo esperado que obtengan puntuaciones altas en Autodeterminación.

En lo que respecta a la personas con discapacidad intelectual, rechazaríamos la hipótesis de independencia para todas las variables excepto para Inclusión social. Así, muestran mínimas probabilidades ( $p > ,001$ ) de alcanzar puntuaciones altas tanto en la escala general, como en Relaciones interpersonales, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos, mientras muestran una probabilidad alta ( $p > ,05$ ) de obtener puntuaciones medias en las tres

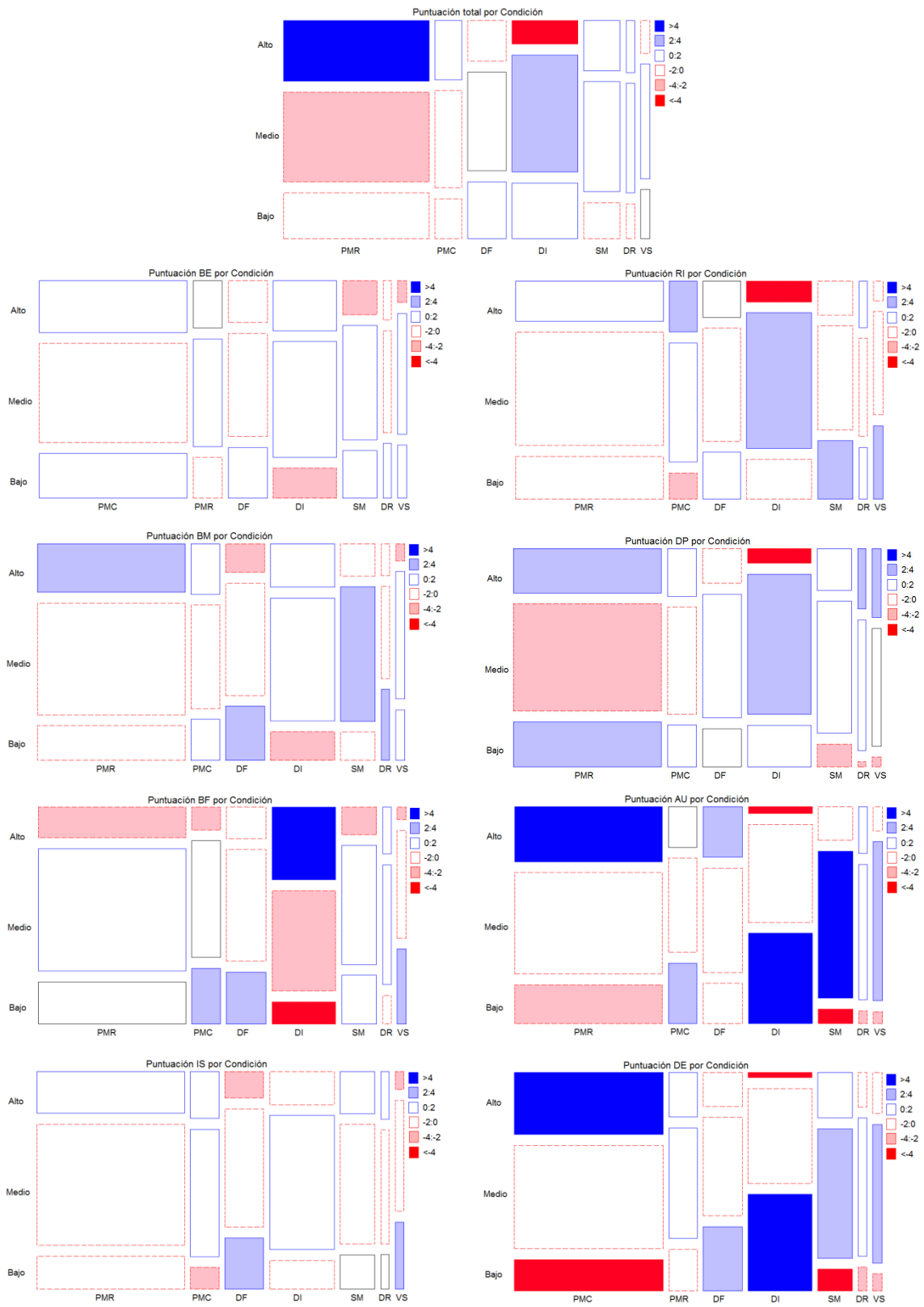
primeras y muy altas ( $p > ,001$ ) de obtener puntuaciones bajas en las dos últimas. Por el contrario, las personas con discapacidad muestran distribuciones con frecuencias mayores a las esperables bajo supuesto de equiprobabilidad de obtener bajas en los tres tipos de Bienestar (i.e., emocional a un nivel de ,05, material a un nivel del 0,5 y físico a un nivel del ,001). Es más, en Bienestar físico este grupo tiene menores probabilidades también de situarse en la categoría media y una probabilidad mucho mayor de situarse en el extremo positivo con puntuaciones altas.

Tales distribuciones contrastan enormemente con las observadas para las personas con problemas de *salud mental*. En este caso, como era de esperar, muestran distribuciones con frecuencias inferiores a lo esperable ( $p > ,05$ ) tanto en las categorías altas de Bienestar emocional como en las de Bienestar físico, mientras tienen mayor probabilidad de situarse en la categoría media en Bienestar material ( $p > ,05$ ). Asimismo, tienen más probabilidades de puntuar bajo en Relaciones interpersonales ( $p > ,05$ ). En cambio, manifiestan una alta probabilidad ( $p > ,05$ ) de puntuar bajo en Desarrollo personal y muy alta ( $p > ,05$ ) en Autodeterminación y Derechos.

Las personas con *drogodependencias*, sin embargo, tienen mayores probabilidades ( $p > ,05$ ) de puntuar bajo en Bienestar material y menores ( $p > ,05$ ) en Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos.

Por último, para las personas con *VIH* o *SIDA* se observan distribuciones con frecuencias inferiores a las esperables ( $p > ,05$ ) en la categoría alta de Bienestar emocional, Bienestar material, Bienestar físico e Inclusión social. Asimismo, existe mayor probabilidad de que puntúen bajo en Relaciones interpersonales. En el otro extremo (i.e., puntuaciones positivas) encontramos mayores probabilidades ( $p > ,05$ ) de puntuar alto en Desarrollo personal, de situarse en las categorías medias de Autodeterminación y Derechos, e inferiores para puntuar bajo en Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos.

De este modo, todos los resultados obtenidos en función de la condición de la persona evaluada refrendan los obtenidos por los contrastes de medias, si bien actúan de modo complementario al proporcionar información más detallada para ayudar a dilucidar las conclusiones posteriores.



Nota. PMR = personas mayores en residencias; PMC = personas mayores en centros de día; DF = personas con discapacidad física; DI = personas con discapacidad intelectual; SM = personas con problemas de salud mental; DR = personas con drogodependencias; VS = personas con VIH/SIDA.

Figura 266. Relación entre las puntuaciones y la condición (residuos estandarizados de Pearson)

#### 6. 4. 3. 4. Relación de las puntuaciones con el estado civil

Encontramos de nuevo diferencias significativas entre las frecuencias observadas y las esperadas bajo el modelo de equiprobabilidad en todas las puntuaciones en función del estado civil de la persona evaluada. De este modo, el cruce de esta variable categórica con los grupos alto, medio y bajo en la puntuación total resultó en un  $\chi^2(10) = 51,523$  ( $p = ,000$ ). En las subescalas ocurrió algo similar: *Bienestar emocional* ( $\chi^2(10) = 28,181$ ;  $p = ,002$ ), *Relaciones interpersonales* ( $\chi^2(10) = 129,172$ ;  $p = ,000$ ), *Bienestar material* ( $\chi^2(10) = 75,369$ ;  $p = ,000$ ), *Desarrollo personal* ( $\chi^2(10) = 74,175$ ;  $p = ,000$ ); *Bienestar físico* ( $\chi^2(10) = 74,713$ ;  $p = ,000$ ), *Autodeterminación* ( $\chi^2(10) = 118,434$ ;  $p = ,000$ ), *Inclusión social* ( $\chi^2(10) = 41,726$ ;  $p = ,000$ ) y *Derechos* ( $\chi^2(10) = 130,585$ ;  $p = ,000$ ).

Al ahondar en las distribuciones mostradas en cada categoría, se observa en la Figura 267 que las personas *solteras sin pareja* alcanzan con una frecuencia mayor a la esperada puntuaciones bajas en la escala general ( $p < ,05$ ), Relaciones interpersonales ( $p < ,05$ ), Autodeterminación ( $p < ,05$ ) y Derechos ( $p < ,001$ ), así como menor frecuencia ( $p < ,001$ ) de puntuaciones altas en dichas variables y en Desarrollo personal (en la que muestran tener mayores de probabilidades de alcanzar puntuaciones medias). Por otro lado, los solteros sin pareja alcanzan puntuaciones altas con mayor frecuencia a lo esperable en Bienestar físico (en la que parecen al mismo tiempo mostrar menor probabilidad de tener puntuaciones medias).

A diferencia de éstos, los *solteros con pareja* obtienen puntuaciones bajas con menor frecuencia a la esperada bajo el supuesto de independencia ( $p < ,05$ ) en Bienestar emocional, Desarrollo personal, Autodeterminación y Relaciones interpersonales (en la que además puntúan alto con mayor frecuencia). En cambio, parecen tener más problemas en los asuntos relacionados con el Bienestar material (puesto que puntúan bajo con mayor frecuencia y alto con menor frecuencia a la esperada) y Derechos (en la que puntúan alto con menor frecuencia a lo esperable).

Las personas *viudas*, sin embargo, obtienen puntuaciones altas con mayor frecuencia en todas las dimensiones ( $p < ,001$  en Derechos y  $p < ,05$  en el resto), exceptuando Bienestar físico en la que las puntuaciones altas se encuentran con menor frecuencia ( $p < ,001$ ) y las puntuaciones medias son más habituales ( $p < ,05$ ).

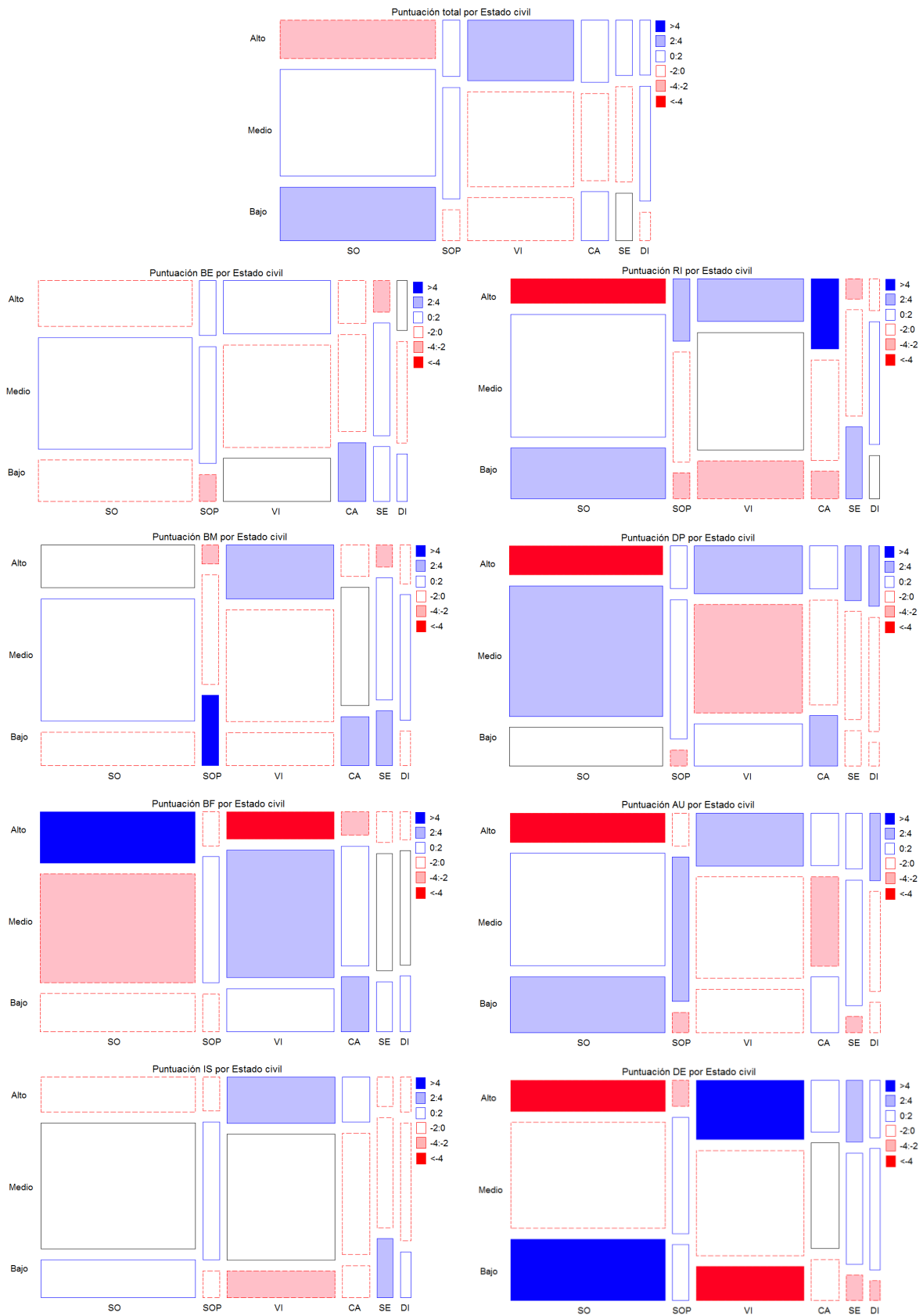
Por su parte, los *casados* presentan problemas en varias dimensiones: Bienestar emocional, Bienestar material, Desarrollo personal y Bienestar físico, ya que obtienen puntuaciones bajas con mayor frecuencia ( $p < ,05$ ). De hecho, en Bienestar físico, además, muestran menos probabilidades de alcanzar puntuaciones altas ( $p < ,05$ ). En cambio, su mayor fortaleza parece encontrarse en Relaciones interpersonales (con mayor frecuencia de puntuaciones altas al ,001 y menor frecuencia de puntuaciones bajas al ,05).

La situación contraria se da para los *separados*; es decir, en Relaciones interpersonales puntúan bajo más frecuentemente a lo esperado y alto con menor frecuencia ( $p < ,05$ ), al igual que les sucede en Bienestar material. También parecen tener más problemas en Bienestar emocional (con menores frecuencias en las categorías altas,  $p < ,05$ ) y en Inclusión social (con mayores frecuencias en las categorías bajas,  $p < ,05$ ). En cambio, su punto fuerte parecen ser Autodeterminación (menor probabilidad de obtener puntuaciones bajas,  $p < ,05$ ) y Derechos (mayores frecuencias en la categoría de puntuaciones altas y menores en la categoría de puntuaciones bajas,  $p < ,05$ ).

Por último, en relación con las personas que están *divorciadas* apenas se observan relaciones con las puntuaciones obtenidas en las distintas variables (o bien las relaciones son demasiado débiles). Tan sólo observamos tres relaciones y las tres favorables a tal estatus civil: distribuciones con frecuencias superiores a lo esperable en las categorías altas de Autodeterminación y Desarrollo personal, y menores en la categoría baja de Derechos. Las tres relaciones mencionadas fueron significativas al ,05.

De este modo, los resultados también son coherentes con los obtenidos el apartado anterior en función del estatus civil.





Nota. SO = soltero sin pareja; SOP = soltero con pareja; VI = Viudo; CA = Casado; SE = Separado; DI = Divorciado.

Figura 267. Relación entre las puntuaciones y el estado civil (residuos estandarizados de Pearson)

#### 6. 4. 3. 5. Relación de las puntuaciones con el lugar de residencia

Los mosaicos incluidos en la Figura 268 para las puntuaciones obtenidas por los participantes en función de su lugar de residencia dieron lugar a valores de Ji-Cuadrado significativos a un nivel de confianza del 95% en todos los casos, aunque las menores diferencias entre las distribuciones observadas y esperadas se dieron en *Bienestar material* ( $\chi^2_{(10)} = 22,988$ ;  $p = ,011$ ) y *Bienestar emocional* ( $\chi^2_{(10)} = 28,181$ ;  $p = ,002$ ). Los mayores efectos se dieron en *Bienestar físico* ( $\chi^2_{(10)} = 83,224$ ;  $p = ,000$ ), *Derechos* ( $\chi^2_{(10)} = 78,135$ ;  $p = ,000$ ) y *Autodeterminación* ( $\chi^2_{(10)} = 70,552$ ;  $p = ,000$ ). Para la *puntuación total* ( $\chi^2_{(10)} = 38,561$ ;  $p = ,000$ ), *Relaciones interpersonales* ( $\chi^2_{(10)} = 35,986$ ;  $p = ,000$ ), *Bienestar material* ( $\chi^2_{(10)} = 22,988$ ;  $p = ,000$ ), *Desarrollo personal* ( $\chi^2_{(10)} = 37,795$ ;  $p = ,000$ ) e *Inclusión social* ( $\chi^2_{(10)} = 37,736$ ;  $p = ,000$ ) los efectos fueron más moderados.

Al examinar las relaciones bivariadas, nos damos cuenta de que existe relación entre vivir de forma *independiente sin apoyos* y obtener puntuaciones altas ( $p < ,05$ ) en Relaciones interpersonales, Desarrollo personal y Autodeterminación. De modo similar, quienes viven de forma *independiente con apoyos* muestran frecuencias menores ( $p < ,05$ ) a las esperadas a la hora de obtener puntuaciones bajas en la escala total, en Relaciones interpersonales y en Autodeterminación.

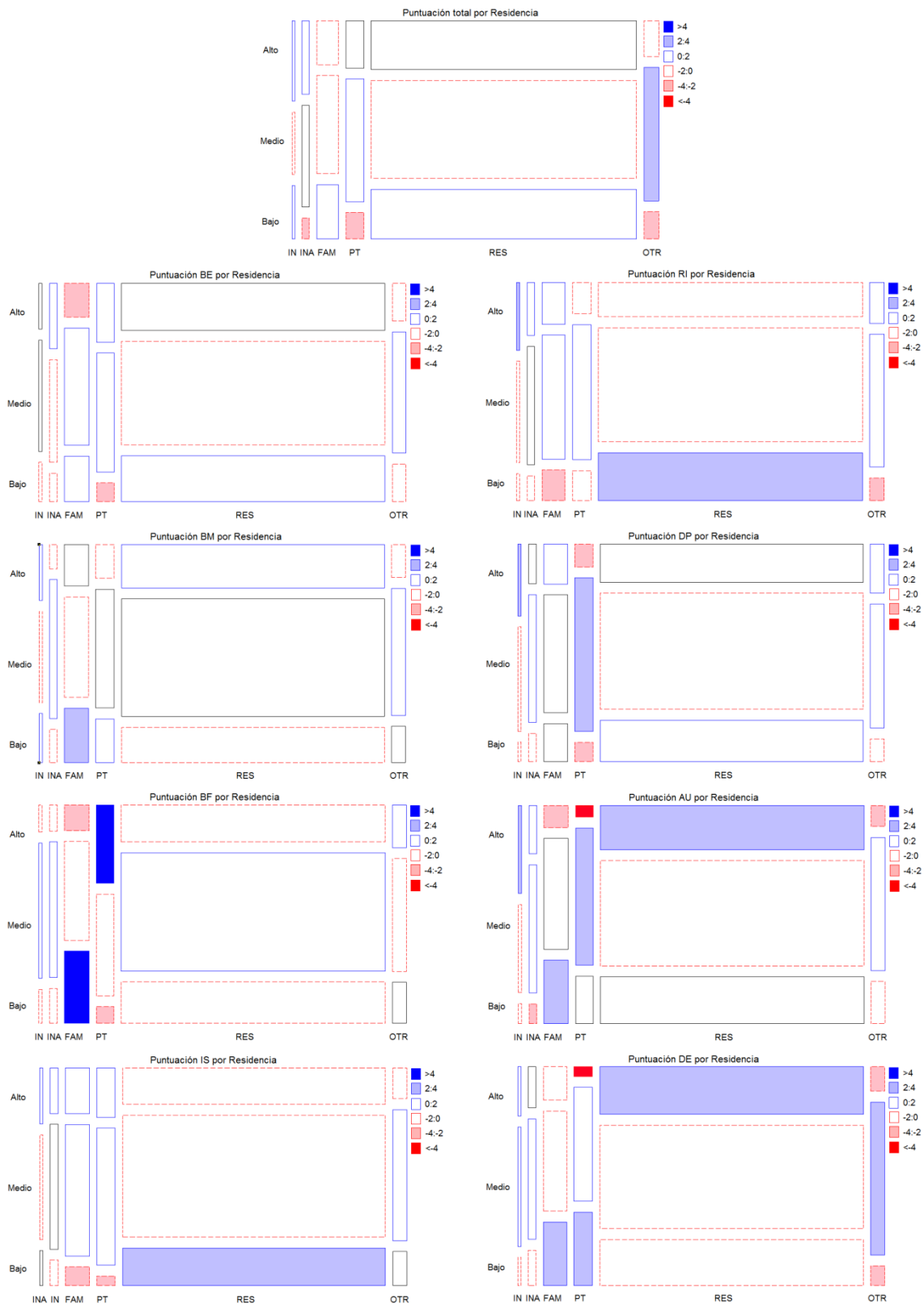
En cambio, residir en la *vivienda familiar* parece estar asociado con una mayor probabilidad de obtener puntuaciones bajas en Bienestar material ( $p < ,05$ ), Derechos ( $p < ,05$ ), Bienestar físico ( $p < ,001$ ) y Autodeterminación ( $p < ,05$ ). En estas dos últimas, además, tienen menos probabilidades de obtener puntuaciones altas ( $p < ,05$  en la primera y  $< ,001$  en la segunda). En cambio parece existir una asociación favorable con Relaciones interpersonales e Inclusión social (dado que obtienen con menor frecuencia puntuaciones bajas al nivel ,05).

Para quienes viven en *pisos tutelados*, no se observaron diferencias significativas en Bienestar material y Relaciones interpersonales. Sí se observa una asociación positiva (i.e., frecuencia inferior de puntuaciones bajas), sin embargo, con la puntuación total, Bienestar emocional, Inclusión social, Bienestar físico (en la que además la frecuencia de puntuaciones altas es superior) y Desarrollo personal (en la que las frecuencias superiores se dan en la categoría media, si bien tienen menores frecuencias que las esperadas en la puntuación alta). Todas las relaciones señaladas hasta el momento fueron significativas a un nivel de confianza del 95%.

Por el contrario, aquellos que viven en pisos tutelados obtienen puntuaciones altas con una frecuencia inferior a lo esperado según el modelo de equiprobabilidad en Autodeterminación ( $p < ,001$ ) y Derechos ( $p < ,001$ ). No obstante, en Autodeterminación muestran una mayor probabilidad de situarse en la categoría de puntuaciones medias ( $p < ,05$ ).

Como señalamos en otras ocasiones, el grupo de personas que se encontraban viviendo en *residencias* fue el más numeroso (de ahí el desproporcionado tamaño de las secciones que representan en esta categoría en la Figura 268). En este caso, el vivir en una residencia presenta una asociación ( $p < ,05$ ) con el alcance de puntuaciones altas en dos de las ocho dimensiones: Autodeterminación y Derechos. En cambio, muestra una relación menos favorable (i.e., frecuencia superior a la esperada de puntuaciones bajas) en Relaciones interpersonales e Inclusión social.

Finalmente, incluimos una categoría de '*otros*', en las que incluimos todos aquellos lugares de residencia que no habíamos contemplado en el estudio (i.e., distintos a los hasta ahora comentados). El cruce de las puntuaciones con esta variable sociodemográfica dio lugar también a asociaciones dignas de destacar. Existe una asociación positiva (i.e., frecuencias inferiores a las esperables de puntuaciones bajas) entre otros lugares de residencia con la puntuación total (en la que muestran frecuencias superiores en la categoría de puntuaciones medias), Relaciones interpersonales y Derechos (en la que también tienen mayores probabilidades de obtener puntuaciones medias pero menores de alcanzar puntuaciones altas). Además de la recién comentada (i.e., frecuencias inferiores en las puntuaciones altas de Derechos), se observa una sola relación negativa con las puntuaciones altas de Autodeterminación (en la que también encontramos frecuencias inferiores). Todas las relaciones comentadas fueron significativas a un nivel de probabilidad del 95%.



Nota. IN = independiente sin apoyos; INA = independiente con apoyos; FAM = vivienda familiar; PT = piso tutelado; RES = residencia; OTR = otros.

Figura 268. Relación entre las puntuaciones y la residencia (residuos estandarizados de Pearson)

#### 6. 4. 3. 6. Relación de las puntuaciones con el nivel educativo

El nivel educativo demostró tener alguna relación más con las puntuaciones que la variable anterior (Figura 269). Igualmente, las distribuciones encontradas en las subescalas y en la puntuación total no se ajustaron en ningún caso al modelo de equiprobabilidad a un nivel de significación del ,05. Los efectos menores se dieron esta vez en *Bienestar físico* ( $\chi^2_{(14)} = 24,714$ ;  $p = ,038$ ) y *Bienestar emocional* ( $\chi^2_{(14)} = 27,058$ ;  $p = ,019$ ), mientras los mayores se encontraron en *Autodeterminación* ( $\chi^2_{(14)} = 198,917$ ;  $p = ,000$ ), *Derechos* ( $\chi^2_{(14)} = 133,060$ ;  $p = ,000$ ), *Desarrollo personal* ( $\chi^2_{(14)} = 107,476$ ;  $p = ,000$ ) y en la *puntuación total* ( $\chi^2_{(14)} = 93,295$ ;  $p = ,000$ ). En *Relaciones interpersonales* ( $\chi^2_{(14)} = 63,077$ ;  $p = ,000$ ), *Bienestar material* ( $\chi^2_{(14)} = 44,306$ ;  $p = ,000$ ), *Bienestar físico* ( $\chi^2_{(14)} = 24,714$ ;  $p = ,000$ ) e *Inclusión social* ( $\chi^2_{(14)} = 68,413$ ;  $p = ,000$ ) los efectos fueron más moderados.

Al examinar con detenimiento las distribuciones, hallamos que las puntuaciones de las personas que *nunca* estuvieron *escolarizadas* se asocian a una frecuencia superior de puntuaciones bajas y una frecuencia inferior de puntuaciones altas en la escala total ( $p < ,05$ ), Desarrollo personal ( $p < ,001$ ), Inclusión social ( $p < ,05$ ), Derechos ( $p < ,001$ ) y Autodeterminación ( $p < ,001$ ). Además en esta última las frecuencias observadas de puntuaciones medias también están infrarrepresentadas ( $p < ,05$ ).

Más positiva es la situación de aquellos que llegaron a completar la *Educación Primaria*: frecuencias observadas inferiores a las que cabría esperar según el modelo de equiprobabilidad en la puntuación total ( $p < ,05$ ) y en las puntuaciones de Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos. Es más, en las dos últimas subescalas la frecuencia con la que alcanzan puntuaciones altas es mayor. Todas las asociaciones comentadas fueron significativas al nivel de confianza del 95%.

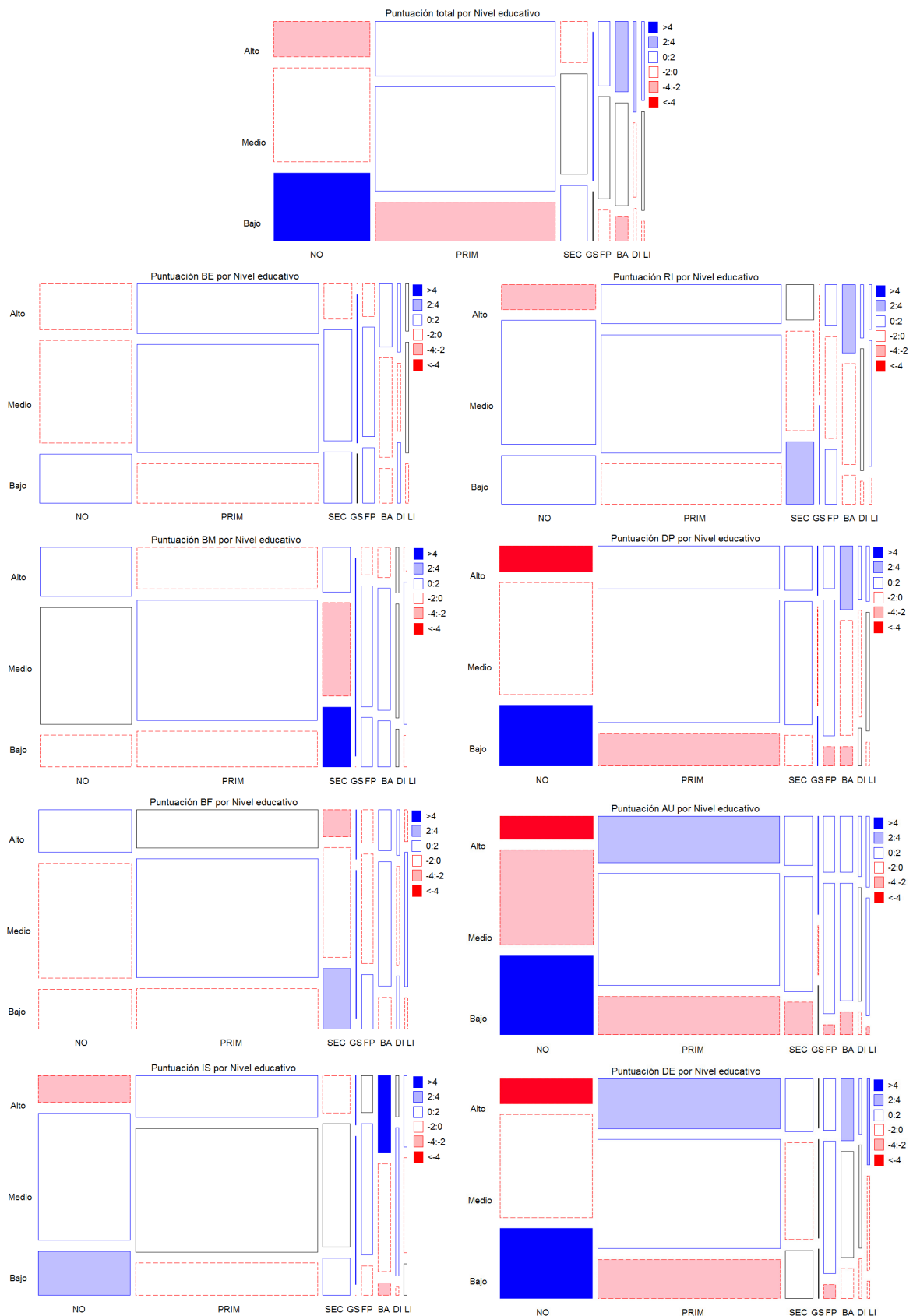
En cambio, las dimensiones en las que quienes finalizaron la *Educación Secundaria* puntuaron de forma baja con una frecuencia inferior (i.e., fortalezas) a un nivel de significación del ,05 fueron Autodeterminación y Derechos. Por otro lado, parecen presentar mayores problemas en otras dimensiones (i.e., más probabilidades de obtener puntuaciones bajas) en Relaciones interpersonales ( $p < ,05$ ), Bienestar material ( $p < ,001$ ) y Bienestar físico ( $p < ,05$ ). De hecho, en Bienestar físico también obtienen puntuaciones medias con menor frecuencia de la esperada ( $p < ,05$ ). La misma circunstancia se repite para las puntuaciones medias en Bienestar físico ( $p < ,05$ ).

El pequeño tamaño muestral del colectivo de personas que cursaron algún programa de *Garantía Social* ( $n = 4$ ) dificulta la interpretación de esta categoría en la Figura 269. De hecho, encontramos categorías que no están representadas al no incluir ningún caso, concretamente la categoría de puntuaciones altas en la puntuación total de la escala, Bienestar emocional, Relaciones interpersonales. No obstante, al comprobar los valores de los residuos estandarizados de Pearson constatamos que no había diferencias significativas en ninguna de las relaciones bivariadas posibles a un nivel de significación de ,05 (pues el valor absoluto de los residuos no llegó a 2 en ningún caso).

Algo similar encontramos en las puntuaciones de las personas que estudiaron *Formación profesional*, puesto que mostraron una única asociación positiva (i.e., frecuencia inferior a la esperable en la categoría de puntuaciones bajas;  $p < ,05$ ) en Derechos.

La situación más ventajosa parece ser la de quienes terminaron el *Bachillerato*, cuyas puntuaciones solo muestran asociaciones favorables. De este modo, observamos que distribuciones con frecuencias superiores en las puntuaciones altas e inferiores en las bajas en la escala total ( $p < ,05$ ) y en las subescalas de Desarrollo personal ( $p < ,05$ ) e Inclusión social ( $p < ,0001$  y  $p < ,05$ , respectivamente). Además, en Relaciones interpersonales y Derechos alcanzan frecuencias superiores ( $p < ,05$ ) en la categoría de puntuaciones altas, al mismo tiempo que tienen menores probabilidades de obtener puntuaciones bajas ( $p < ,05$ ) en Autodeterminación.

Finalmente, aunque escasas y no especialmente fuertes, las puntuaciones de las personas que consiguieron una Diplomatura o una Licenciatura también se tornan favorables. Por un lado, en el caso de los *Diplomados*, se observó una única asociación significativa ( $p < ,05$ ): mayor frecuencia a la esperable en la obtención de puntuaciones altas en la escala total. Los *Licenciados*, por otro lado, además de mostrar frecuencias superiores a las esperadas bajo el supuesto de independencia en la categoría de puntuaciones altas en Derechos ( $p < ,05$ ), demostraron puntuar con frecuencia inferior en la categoría de puntuaciones de la subescala Autodeterminación ( $p < ,05$ ).



Nota. NO = no escolarizado; PRIM = Educación Primaria; SEC = Educación Secundaria; GS = Programas de Garantía Social; FP = Formación profesional; BA = Bachillerato; DI = Diplomatura; LI = Licenciatura.

Figura 269. Relación entre las puntuaciones y el nivel educativo (residuos estandarizados de Pearson)

## Resumen

Los resultados del estudio del cumplimiento del modelo de equiprobabilidad no hacen más que refrendar y ahondar en aquellos obtenidos en los análisis de varianza realizados en el apartado anterior. Casi todos los valores de Ji-Cuadrado obtenidos en la comprobación de este supuesto para la asociación de la puntuación en la escala total y en las subescalas en función de las distintas variables sociodemográficas fueron significativos ( $p < ,05$ ), con las excepciones de la asociaciones entre las puntuaciones en Relaciones interpersonales, Bienestar Material, Inclusión social y Derechos con la variable género, y las puntuaciones en Bienestar emocional con la edad.

A continuación se sintetizan los principales resultados obtenidos en función de cada variable sociodemográfica.

### 1. Género:

Los hombres disfrutaban de una situación más ventajosa que las mujeres, en el sentido de que obtienen con mayor frecuencia puntuaciones positivas en la escala total, Autodeterminación, Desarrollo personal y Bienestar físico. En estas dos últimas las mujeres obtienen con mayor frecuencia puntuaciones negativas.

### 2. Edad:

Existe relación entre tener más de 80 años y obtener puntuaciones altas en todas las variables, excepto en Bienestar físico (donde es más probable que las obtengan personas con 21-50). Por otro lado, los menores de 50 muestran probabilidades superiores de obtener puntuaciones bajas en Autodeterminación y Derechos. En cambio, aquellos con 61-70 años muestran los mayores problemas en Bienestar físico e Inclusión social.

### 3. Condición:

Ser mayor (i.e., > 50 años) se asocia en general con puntuaciones positivas excepto en la dimensión Bienestar físico, en la que obtienen peores resultados. Aquellos que viven en residencias obtienen distribuciones con frecuencias superiores de puntuaciones favorables en la escala total, Autodeterminación, Derechos, Bienestar material y Desarrollo personal. En cambio, quienes reciben servicios en centros de día alcanzan las puntuaciones más ventajosas en Inclusión social y Relaciones interpersonales. Por otro lado, las personas con discapacidad física muestran la situación más halagüeña en Autodeterminación, mientras presentan problemas en Bienestar material y Bienestar físico, así como en Inclusión social y Derechos. En la situación más desfavorable se encontrarían las personas con discapacidad intelectual, que obtienen puntuaciones con mayores frecuencias de puntuaciones bajas (o menores de puntuaciones altas) en la puntuación total, Relaciones interpersonales, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos, aunque sorprende el hecho de gozar de puntuaciones óptimas en los tres tipos de Bienestar (emocional, físico y material). Finalmente las personas con problemas de salud mental, drogodependencias, VIH y SIDA coinciden en sus puntos fuertes (Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos) y difieren en los débiles. Así, las primeras tienen más problemas en los asuntos relacionados con el Bienestar emocional, el Bienestar físico y las Relaciones interpersonales, las segundas en Bienestar material, y las terceras y últimas en los tres tipos de Bienestar y Relaciones interpersonales.



#### **4. Estado civil:**

El hecho de tener una pareja parece estar asociado de forma positiva con las Relaciones interpersonales y negativamente con el Bienestar material. De hecho, estar casado influiría negativamente además en el Bienestar emocional, en el Bienestar físico y en el Desarrollo personal. Por otro lado, estar viudo o divorciado se relaciona de forma positiva con muchas de las puntuaciones obtenidas, excepto en el Bienestar físico de los primeros (que parece ser su punto débil). Los separados en cambio tendrían como puntos débiles las Relaciones interpersonales y el Bienestar material, mientras Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos surgirían como sus puntos fuertes. Los solteros sin pareja se llevarían la peor parte al mostrar problemas en casi todas las dimensiones.

#### **5. Lugar de residencia:**

Vivir de forma independiente se asocia con puntuaciones positivas en Relaciones interpersonales, Autodeterminación y Desarrollo personal, si bien el hecho de hacerlo con apoyos se asoció con puntuaciones óptimas en las dos primeras y no en la última. Vivir con la familia surge como la condición menos halagüeña al asociarse con mayor frecuencia a puntuaciones poco ventajosas en Bienestar material, Bienestar físico, Derechos y Autodeterminación, en cambio las Relaciones interpersonales y la Inclusión social parecen ser sus puntos fuertes. Más controvertida es la situación de aquellos que residen en pisos tutelados, puesto que puntúan positivamente con frecuencia superior en la escala total, Bienestar físico, Bienestar emocional e Inclusión social, mientras lo hacen negativamente en Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos. En cambio, quienes viven en residencias parecen tener mayores ventajas en Autodeterminación y Derechos mientras las puntuaciones en Relaciones interpersonales e Inclusión social se ven mermadas. Por último, las personas que residen en otros tipos de viviendas parecen obtener peores puntuaciones en Autodeterminación al mismo tiempo que parecen tener aseguradas puntuaciones altas en la escala general, Relaciones interpersonales y Derechos.

#### **6. Nivel educativo:**

Se puede concluir que el hecho de haber cursado Primaria, Bachillerato, una Diplomatura o una Licenciatura se asocia con mejores puntuaciones en ciertas dimensiones de calidad de vida, mientras el no haber estado escolarizado se relaciona con puntuaciones más bajas. Sorprendentemente, el quedarse con estudios de Secundaria se asocia con puntuaciones poco favorables en algunas dimensiones. Finalmente, cursar programas de Garantía social y Formación profesional apenas da lugar a asociaciones significativas.

En conclusión, se confirma la tercera hipótesis planteada en este capítulo (y las subhipótesis) al demostrar que las puntuaciones en función de las variables sociodemográficas consideradas no se distribuyen según el modelo de equiprobabilidad y, por tanto, no se pueden considerar independientes de las puntuaciones, sino que existen las relaciones aquí detalladas.

#### 6. 4. 4. Predicción de la puntuación total por las dimensiones de calidad de vida

Finalmente, nuestro último objetivo consistió en determinar si la puntuación obtenida por los participantes en alguna o en varias de las ocho dimensiones permitía predecir la puntuación obtenida en la escala total (i.e., determinar el grado en que, por ejemplo, obtener una puntuación alta en bienestar emocional se relacionaba con obtener una puntuación alta en calidad de vida). Para ello, se procedió a realizar ocho análisis discriminantes múltiples en los que tomamos como variables predictoras las puntuaciones totales obtenidas en cada una de las dimensiones de calidad de vida y como variable de agrupación el grupo (calidad de vida alta, media o baja) en que quedó situado cada participante atendiendo a la puntuación obtenida en la escala total (categorizada en tres grupos mediante los  $C_{25}$  y  $C_{75}$ ). La Figura 270 (a la izquierda) muestra las medias obtenidas en las puntuaciones directas en las subescalas para los tres grupos ( $N = 2627$ , tras eliminar 402 casos con casos perdidos en al menos una de las variables discriminantes, lo que suponía el 13,3% de la muestra total). Por su parte, el gráfico de la derecha muestra las distribuciones conjuntas de los tres grupos (calidad de vida baja en azul, media en gris y alta en rojo).

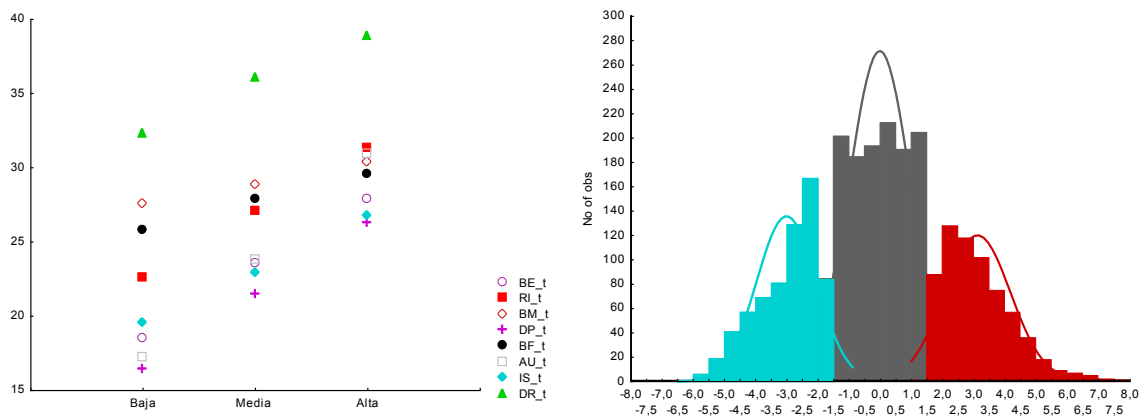


Figura 270. Medias en la Escala GENCAT en función de la puntuación total (izquierda) e Histograma de puntuaciones canónicas de todos los grupos combinados (derecha)

Antes de realizar el análisis, comprobamos la equivalencia de las matrices de covarianza. A pesar de que la prueba de Box resultó significativa ( $M$  de Box = 1.106,331;  $F_{(72)} = 15,291$ ;  $p = ,000$ ), realizamos el análisis discriminante, toda vez que los logaritmos de los determinantes naturales de las matrices de covarianza presentaron valores similares en los tres grupos ( $\log-D = 19,621$  en el grupo bajo;  $\log-D = 18,342$  en el medio;  $\log-D = 14,283$  en el alto).

En cuanto a las pruebas univariadas iniciales de igualdad de medias entre los grupos resultaron altamente significativas. Así, el coeficiente *lambda de Wilks* cubrió un rango comprendido entre ,842 y ,963 con una  $p = ,000$  en todas las variables. El análisis canónico dio lugar a dos funciones discriminantes. La primera (con un valor propio igual a 4,630 y una correlación canónica de ,907) explicó el 99,5% de la varianza y resultó significativa ( $\lambda$  de Wilks = ,174;  $p = ,000$ ). La segunda también resultó significativa ( $\lambda$  de Wilks = ,979;  $p = ,000$ ). Las correlaciones intragrupo combinadas entre las variables discriminantes y las funciones discriminantes canónicas tipificadas fueron las especificadas en la Tabla 158.

Tabla 158. Matriz de estructura (izquierda) y de clasificación (derecha) de la Escala GENCAT en función de la Escala total

	Función			% correcto	Bajo	Medio	Alto
	1	2			$p = ,241$	$p = ,510$	$p = ,249$
DP_t	,512*	,045	Bajo	94,787	600	33	0
AU_t	,441*	-,275	Medio	99,031	2	1328	11
BE_t	,405*	,280	Alto	97,856	0	14	639
IS_t	,403*	-,392	Total	97,716	602	1375	650
RI_t	,383*	-,010					
BF_t	,247*	,236					
DR_t	,336	,451*					
BM_t	,174	-,227*					

\* Nota. Filas: clasificaciones observadas. Columnas: clasificaciones predichas.

\* Nota. Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

En total, la función ha clasificado correctamente el 97,716% y se ha mostrado más eficaz para clasificar a los participantes con un nivel de calidad de vida medio (según su puntuación total). En este sentido, el porcentaje de casos correctamente clasificados en la categoría calidad de vida media fue del 99,031%, si bien se superó el 94% de casos correctamente clasificados en todos los grupos (Tabla 158). Esta situación puede observarse claramente en el histograma de puntuaciones canónicas de todos los grupos combinados (Figura 271).

En consecuencia, las puntuaciones obtenidas en el conjunto de las subescalas de la Escala GENCAT han mostrado una alta capacidad para diferenciar entre grupos con alta, media y baja calidad de vida.

Una vez comprobado que el instrumento permitía clasificar correctamente a las personas evaluadas en tres grupos (calidad de vida alta, media y baja) en función de la puntuación alcanzada en la escala total, realizamos un análisis discriminante múltiple para cada una de las subescalas con objeto de analizar si las puntuaciones obtenidas en éstas permitían predecir la puntuación obtenida en la escala total. Para ello, en el análisis discriminante, definimos los ítems que conformaban cada dimensión como variables independientes y la puntuación total (categorizada en función de los tres grupos descritos) como la variable de agrupación. Como en el caso anterior, aunque todas las pruebas de Box resultaron significativas y, por tanto, no se podía asumir la equivalencia de las matrices de covarianza (Tabla 159), procedimos a realizar los análisis una vez comprobados que los *log-D* presentaron valores equivalentes en todos los grupos.

Tabla 159. Prueba de Box sobre la igualdad de las matrices de covarianza

		BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE
<i>M de Box</i>		684,426	1173,969	1698,083	816,558	959,582	1353,775	1000,095	5134,611
<i>F</i>	<i>Aprox.</i>	9,460	10,608	23,470	11,286	13,263	14,960	13,823	46,396
	<i>g<sup>1</sup></i>	72,000	110,000	72,000	72,000	72,000	90,000	72,000	110,000
	<i>g<sup>2</sup></i>	1051416	1024211	1051416	1051416	1051416	1035478	1051416	1024211
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Tal como se observa en la Tabla 160, todos los resultados obtenidos para las dimensiones fueron significativos ( $p = ,000$ ). Además, si comparamos los valores  $\lambda$  de Wilks encontramos que las subescalas que mejor discriminan (i.e., cuanto más cercanos son los valores a cero, mayores son las diferencias entre los grupos) son las subescalas de Desarrollo personal ( $\lambda = ,424$ ) y Autodeterminación ( $\lambda = ,483$ ), ambas con funciones discriminantes con valores propios superiores a uno y correlaciones canónicas  $> ,700$ .

Las funciones discriminantes de las subescalas Bienestar emocional, Relaciones interpersonales e Inclusión social mostraron valores lambda medios ( $\lambda \approx ,530$ ), con valores propios en torno a 0,800 y correlaciones canónicas próximas a ,600. En contraste, las subescalas que mostraron menores diferencias entre los grupos fueron, con diferencia, Bienestar material ( $\lambda = ,844$ ), seguida de Derechos ( $\lambda = ,626$ ). La función discriminante de la primera obtuvo un valor propio de 0,170 y una correlación canónica de ,381; mientras la segunda de 0,590 y 609

respectivamente. Todas las funciones discriminantes fueron explicativas de más del 97% de la varianza significativa, con la excepción de la correspondiente a los ítems de Bienestar material que explicaba el 93%.

Tabla 160. Resumen de las funciones canónicas de las dimensiones

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE
<i>N variables</i>	8	10	8	8	8		8	10
<i>λ Wilks aprox</i>	,529	,537	,844	,424	,747	,483	,538	,626
<i>F</i>	122,760	95,203	28,989	175,400	51,310	127,660	118,700	69,120
<i>gl</i>	16,523	20,523	16,523	16,523	16,523	18,523	16,523	20,523
<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
<i>Eigen-value</i>	0,883	0,831	0,170	1,346	0,328	1,020	0,838	0,590
<i>% varianza</i>	99,500	98,100	93,000	99,600	97,700	97,600	98,600	99,200
<i>Cor. canónica</i>	,685	,674	,381	,757	,497	,711	,675	,609

Por su parte, la matriz de estructuras muestra las correlaciones intragrupo de cada variable con la función canónica (i.e., el peso con el que cada ítem explica la variabilidad en la puntuación total). En este sentido, la matriz de estructuras de la subescala *Bienestar emocional* (Tabla 161), reveló que el peso del ítem ‘*Se muestra satisfecho consigo mismo*’ fue especialmente relevante (,716) mientras el menos relevante fue ‘*Presenta síntomas de depresión*’ (,366).

Tabla 161. Matriz de estructura para los ítems de Bienestar emocional

	<i>Función</i>	
	1	2
<i>Se muestra satisfecho consigo mismo</i>	,716*	-,292
<i>Se muestra satisfecho con su vida presente</i>	,668*	,144
<i>Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad</i>	,631*	-,055
<i>Está alegre y de buen humor</i>	,596*	,315
<i>Tiene problemas de comportamiento</i>	,430*	-,242
<i>Presenta síntomas de ansiedad</i>	,420*	,024
<i>Presenta síntomas de depresión</i>	,366*	,151
<i>Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad</i>	,448	,630*

\* Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

Tabla 162. Matriz de estructura para los ítems de Relaciones interpersonales

	Función	
	1	2
Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo	,674*	-,611
Manifiesta sentirse querido por las personas que le importan	,617*	,134
Realiza actividades que le gustan con otras personas	,607*	-,110
Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja	,395*	,243
Valora negativamente sus relaciones de amistad	,260*	,025
Tiene una vida sexual satisfactoria	,236*	,231
Se queja de la falta de amigos estables	,229*	,131
Mantiene con su familia la relación que desea	,393	,618*
Manifiesta sentirse infravalorado por su familia	,233	,259*
La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya	,066	,207*

Tabla 163. Matriz de estructura para los ítems de Bienestar material

	Función	
	1	2
Se muestra descontento con el lugar donde vive	,645*	,096
Dispone de los bienes materiales que necesita	,624*	,235
Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas	,506*	,049
El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad	,319*	-,125
El lugar donde vive está limpio	,311*	,108
El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable	,310*	,184
El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades	,576	-,666*
Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos	,324	,549*

Tabla 164. Matriz de estructura para los ítems de Desarrollo personal

	Función	
	1	2
Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable	,676*	-,548
Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	,551*	,265
Muestra dificultades para adaptarse a las situaciones que se le presentan	,505*	-,022
Se muestra desmotivado en su trabajo	,464*	-,364
El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades	,414*	-,149
Participa en la elaboración de su programa individual	,374*	,305
El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas	,254*	,250
Tiene acceso a nuevas tecnologías	,268	,498*

\* Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

Tabla 165. Matriz de estructura para los ítems de Bienestar físico

	Función	
	1	2
<i>Su estado de salud le permite llevar una vida normal</i>	,755*	-,459
<i>Sus problemas de salud le producen dolor y malestar</i>	,441*	,008
<i>Tiene un buen aseo personal</i>	,411*	,118
<i>Tiene problemas de sueño</i>	,372*	,045
<i>Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria</i>	,214*	-,035
<i>Sus hábitos de alimentación son saludables</i>	,351*	,656
<i>Dispone de ayudas técnicas si las necesita</i>	,333	,559*
<i>En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma</i>	,064	,392*

Tabla 166. Matriz de estructura para los ítems de Autodeterminación

	Función	
	1	2
<i>Organiza su propia vida</i>	,667*	,188
<i>Elige cómo pasar su tiempo libre</i>	,641*	-,183
<i>Otras personas deciden sobre su vida personal</i>	,619*	-,306
<i>Tiene metas, objetivos e intereses personales</i>	,594*	,079
<i>Otras personas deciden cómo gastar su dinero</i>	,580*	-,345
<i>Defiende sus ideas y opiniones</i>	,575*	-,366
<i>Otras personas deciden a la hora a la que se acuesta</i>	,551*	-,378
<i>Elige con quién vivir</i>	,506*	,482
<i>En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias</i>	,341*	,135

Tabla 167. Matriz de estructura para los ítems de Inclusión social

	Función	
	1	2
<i>Sus amigos le apoyan cuando lo necesita</i>	,636*	,086
<i>Existen barreras físicas, culturales, o sociales que dificultan su inclusión social</i>	,465*	,053
<i>Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad</i>	,386*	,193
<i>El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad</i>	,354*	-,029
<i>Utiliza entornos comunitarios</i>	,330*	-,244
<i>Es rechazado o discriminado por los demás</i>	,380	-,697*
<i>Su familia le apoya cuando lo necesita</i>	,288	,411*
<i>Sus amigos se limitan a los que acuden al mismo servicio</i>	,327	,340*

\* Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

Tabla 168. Matriz de estructura para los ítems de Derechos

	Función	
	1	2
<i>Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados</i>	,666*	-,100
<i>Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano</i>	,599*	,358
<i>Su familia vulnera su intimidad</i>	,501*	-,407
<i>En el servicio al que acude se respeta su intimidad</i>	,446*	-,331
<i>En su entorno es tratado con respeto</i>	,437*	,110
<i>En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad</i>	,334*	,128
<i>En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos</i>	,285*	-,043
<i>El servicio respeta la privacidad de la información</i>	,227*	,004
<i>Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos</i>	,118*	,007
<i>Tiene limitado algún derecho legal</i>	,438	,471*

\* Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

En *Relaciones interpersonales* (Tabla 162) fueron los ítems referidos a las *relaciones con los compañeros de trabajo* (.674), *mantener la relación deseada con la familia* (.618), *sentirse querido por las personas que le importan* (.617) y *realizar actividades placenteras con otras personas* los que mostraron ejercer mayor peso (.607). El menor peso en la función discriminante fue el mostrado por '*La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya*'.

En *Bienestar material*, *mostrarse descontento con el lugar donde se vive* (.645), *disponer de los bienes materiales necesarios* (.624) y *vivir en lugar adaptado a sus necesidades* (.666) son las circunstancias que parecen tener más peso a la hora de diferenciar entre personas que obtienen una calidad de vida alta, media o baja. En cambio, que la *vivienda esté limpia* (.310) y le permita llevar un *estilo de vida saludable* (.311), junto con las *condiciones del lugar de trabajo* (.319) tienen menor relevancia (Tabla 163).

En el caso de la dimensión *Desarrollo personal* (Tabla 164), *desarrollar su trabajo de manera competente y responsable* (.676) es el ítem más relevante, en contraposición con '*el servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas*', que apenas arroja diferencias entre los grupos (.254).

Por su parte, el hecho de que *el estado de salud permita llevar a cabo una actividad normal* (.755) es, con diferencia, el que mayor peso ejerce a la hora de discriminar entre los tres grupos



de los incluidos en la subescala *Bienestar físico* (Tabla 165). En cambio, *tener dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria* no muestra tener un peso relevante (,214).

En *Autodeterminación* (Tabla 166), *organizar la propia vida* (,667) es la circunstancia que mejor discrimina entre los grupos, si bien todos los ítems muestran un peso bastante similar (>,500), con la única excepción de *'El servicio al que acude tiene en cuenta sus preferencias'* que demostró un poder de discriminación algo menor (,341).

Por otra parte, *ser rechazado o discriminado por los demás y tener amigos que apoyen cuando se necesite* ejercen un gran peso (< |,600|) en comparación con el resto de los ítems incluidos en *Inclusión social* (Tabla 167).

Entre los ítems de *Derechos* (Tabla 168), *mostrar dificultades para defender los derechos cuando son violados* es la circunstancia que ejerce mayor peso en la diferenciación de los grupos (,666), mientras *sufrir situaciones de explotación, violencia o abusos* apenas discrimina entre ellos.

En último lugar, analizamos el porcentaje de casos correctamente clasificados en tres grupos de calidad de vida por los ítems que conformaban las dimensiones. El porcentaje total cubrió un rango comprendido entre el 53,10% de personas correctamente clasificadas por los ítems de Bienestar material y el 73,05% clasificado por Desarrollo personal. En la Tabla 169, destaca, además, que los ítems discriminaban siempre mejor a las personas con puntuaciones de calidad de vida media (entre el 71,96% correctamente clasificado en Derechos y el 92,39% en Bienestar material;  $M = 68,867$ ) que a aquellos con puntuaciones altas y bajas. De éstas dos últimas, las dimensiones discriminaron mejor entre aquellos con puntuaciones bajas (24,65-64,71%;  $M = 43,84$ ) que con puntuaciones altas (0-65,54%;  $M = 38,02$ ). De hecho, llama la atención (Figura 272), que la dimensión Bienestar material no clasificó correctamente a ninguna persona en el grupo de calidad de vida alta, mientras sí lo hizo para el 92,39% en el grupo de calidad de vida media (y tan sólo el 24,65% en el grupo de calidad de vida baja).

Consecuentemente, podemos concluir que Desarrollo personal y Autodeterminación son las subescalas que mejor predicen la puntuación total, mientras Bienestar material y Bienestar físico son las que peor predicen la pertenencia a los tres grupos delimitados en función de la puntuación total. Todo ello, queda patente en los dispersigramas incluidos en la Figura 272.

Tabla 169. Matriz de clasificación de las dimensiones en función de la puntuación total

Bienestar emocional					Relaciones interpersonales				
	% correcto	Bajo <i>p</i> =,240	Medio <i>p</i> =,510	Alto <i>p</i> =,249		% correcto	Bajo <i>p</i> =,240	Medio <i>p</i> =,510	Alto <i>p</i> =,249
Bajo	62,559	396	234	3	Bajo	55,766	353	278	2
Medio	75,615	167	1014	160	Medio	74,348	167	997	177
Alto	50,536	5	318	330	Alto	54,824	6	289	358
Total	66,235	568	1566	493	Total	65,017	526	1564	537

Bienestar material					Desarrollo personal				
	% correcto	Bajo <i>p</i> =,240	Medio <i>p</i> =,510	Alto <i>p</i> =,249		% correcto	Bajo <i>p</i> =,240	Medio <i>p</i> =,510	Alto <i>p</i> =,249
Bajo	24,645	156	477	0	Bajo	64,771	410	221	2
Medio	92,394	102	1239	0	Medio	80,611	131	1081	129
Alto	0,000	14	639	0	Alto	65,544	1	224	428
Total	53,102	272	2355	0	Total	73,049	542	1526	559

Bienestar físico					Autodeterminación				
	% correcto	Bajo <i>p</i> =,240	Medio <i>p</i> =,510	Alto <i>p</i> =,249		% correcto	Bajo <i>p</i> =,240	Medio <i>p</i> =,510	Alto <i>p</i> =,249
Bajo	42,970	272	346	15	Bajo	56,714	359	266	8
Medio	80,164	158	1075	108	Medio	73,602	184	987	170
Alto	18,224	16	518	119	Alto	64,472	2	230	421
Total	55,805	446	1939	242	Total	67,263	545	1483	599

Inclusión social					Derechos				
	% correcto	Bajo <i>p</i> =,240	Medio <i>p</i> =,510	Alto <i>p</i> =,249		% correcto	Bajo <i>p</i> =,240	Medio <i>p</i> =,510	Alto <i>p</i> =,249
Bajo	50,553	320	305	8	Bajo	49,447	313	299	21
Medio	75,839	154	1017	170	Medio	71,961	171	965	205
Alto	60,643	3	254	396	Alto	54,364	3	295	355
Total	65,969	477	1576	574	Total	62,162	487	1559	581

\* Nota. Filas: clasificaciones observadas. Columnas: clasificaciones predichas.

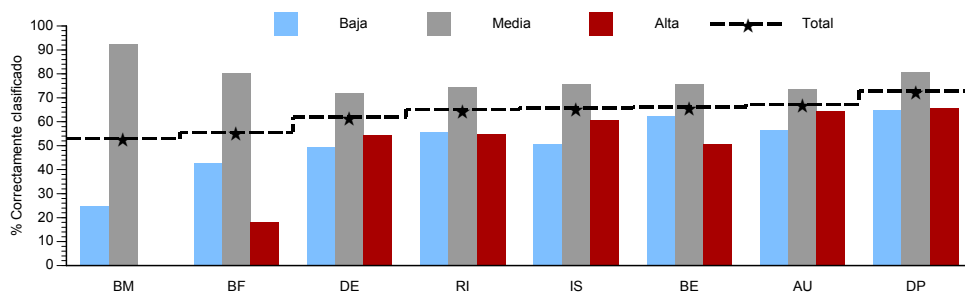


Figura 271. Porcentaje de casos correctamente clasificados por las dimensiones

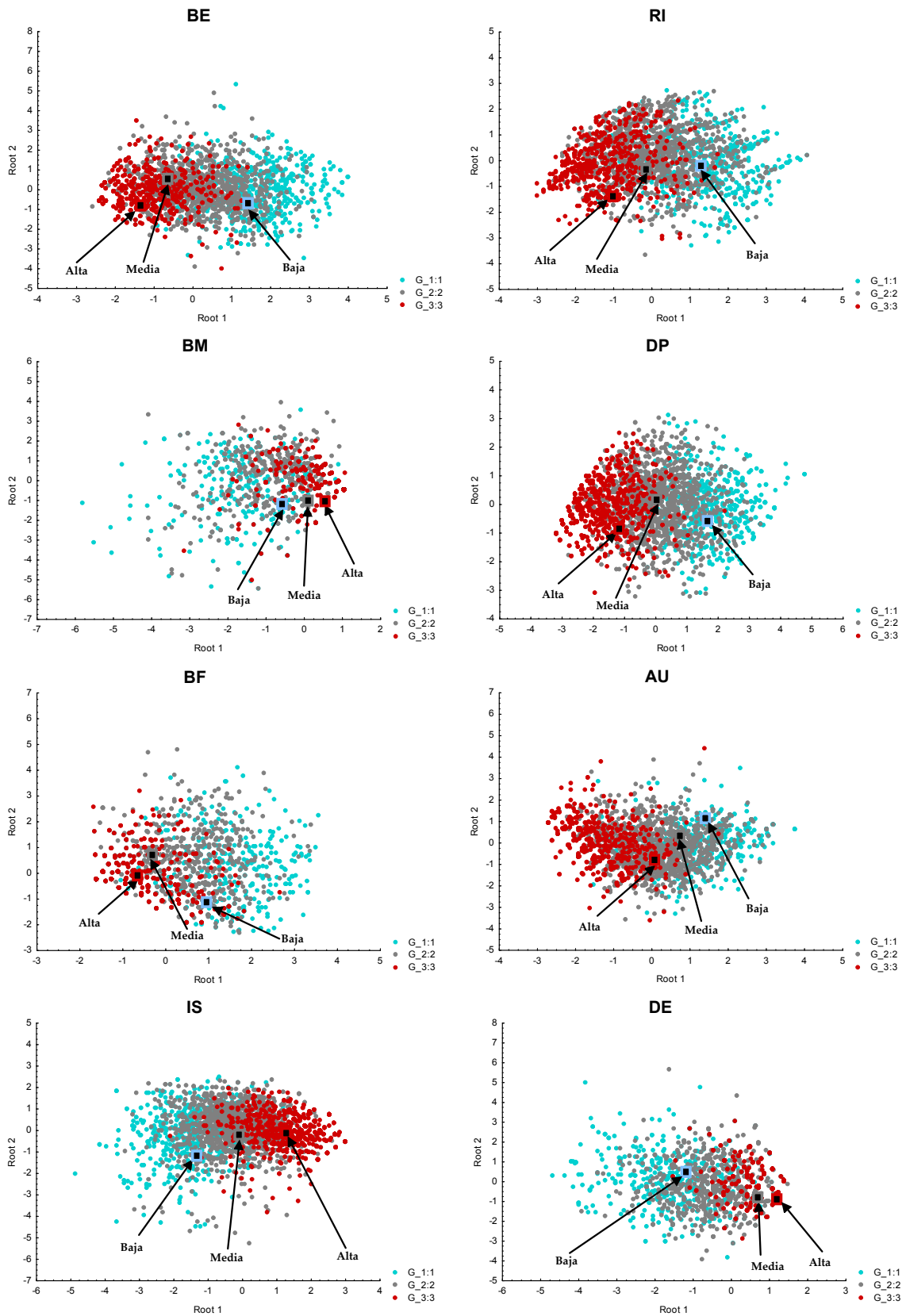


Figura 272. Diagramas de dispersión de las puntuaciones canónicas de los tres grupos (en función de la puntuación total de calidad de vida) en las dimensiones

## Resumen

En este apartado hemos contrastado la cuarta hipótesis, consistente en comprobar si la puntuación obtenida en alguna o algunas de las dimensiones podía predecir la puntuación de la persona en la escala total: calidad de vida alta, media o baja. El porcentaje total de casos correctamente clasificados según la puntuación obtenida en los ítems que conforman cada dimensión osciló entre el 53,10% y el 73,05%. Los ítems de todas las dimensiones discriminaron mejor (i.e., mayor porcentaje de casos correctamente clasificados) a las personas con puntuaciones de calidad de vida media (entre el 71,96% y el 92,39%), seguido de las personas con puntuaciones bajas (24,65% - 64,71%) y, por último con los peores porcentajes, las personas con puntuaciones altas (0 - 65,54%).

Los análisis discriminantes múltiples efectuados llevaron a concluir que la subescala que mejor predice la pertenencia de una persona a los grupos de calidad de vida alta, media y baja es Desarrollo personal (73,05%). En cambio, Bienestar material (solo clasifica correctamente al 53,10%, y no lo hace nunca en la categoría alta) y Bienestar físico (55,80%) son las que peor predicen la pertenencia a los tres grupos delimitados en función de la puntuación total. El resto de las dimensiones clasifica correctamente entre el 62,16 y el 67,26%.

De este modo, el hecho de que la mayor parte de los porcentajes observados para las dimensiones sean sólo ligeramente superiores al 50% (fácilmente alcanzable simplemente por azar) nos llevaría a rechazar la última hipótesis del estudio y, consecuentemente, las subhipótesis (si bien la subhipótesis relacionada con la dimensión Desarrollo personal sería la más próxima a la aceptación).

### 6. 5. Resumen y conclusiones

El objetivo general que ha guiado el estudio descrito en este capítulo ha consistido en analizar de forma exhaustiva la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales de Cataluña (proporcionados por el ICASS) mediante la aplicación de la Escala GENCAT a una muestra de participantes representativa: la descrita en el capítulo anterior y sobre cuyas características hemos abundado en el presente. Este objetivo general se concretó en cuatro hipótesis generales y sometidas a prueba, cuyos resultados fueron en síntesis los sintetizados a continuación.

1. *Aceptamos la primera hipótesis, que aseveraba que los resultados obtenidos serían, como en la mayor parte de los estudios, positivos.*

Las distribuciones tanto de la escala en general como de cada una de las dimensiones resultaron claramente asimétricas y negativas, rechazándose las hipótesis de normalidad univariada y multivariada en todos los casos. Además, casi todos los ítems obtuvieron medias de 3 y 4 en la mayor parte de los casos, y tanto las medias como las modas y las medianas superaron siempre los puntos medios teóricos de las escalas. Los participantes obtuvieron las mejores puntuaciones en *Derechos* y *Bienestar material*, lo que no resulta sorprendente en nuestro país (donde los derechos civiles y humanos están garantizados) y en una muestra como la que nos ocupa (receptores de servicios sociales). De hecho, dentro del *Bienestar material* el lugar de residencia y el lugar de trabajo son los bienes que mejores puntuaciones alcanzan, mientras que las puntuaciones más bajas aludirían a los ingresos (si bien siguen siendo positivas, el 33% responde de forma negativa). Por otra parte, en *Derechos* las mejores puntuaciones se obtienen para el ítem 'Sufre situaciones de explotación, violencia y abusos' (el 97% responde 'nunca o casi nunca'), así como en los ítems relacionados con el respeto de los derechos por parte de la organización proveedora de los servicios sociales. En este sentido, podría existir cierto sesgo en las respuestas al ser los profesionales que trabajan en tales servicios quienes completaron el cuestionario. En cambio, las áreas más deficitarias en cuestión de derechos se relacionan con la información que los usuarios tienen acerca de sus derechos legales y en su capacidad para defenderlos.

Más inesperado resulta observar las óptimas puntuaciones alcanzadas en *Bienestar físico* (las siguientes más elevadas después de las anteriores), sobre todo si consideramos que entre los participantes existe un grupo considerable de personas con discapacidad y más de la mitad son personas mayores (la mayoría con más de 80 años). En este sentido, parece que los esfuerzos y las prácticas por parte de las organizaciones destinadas a solventar los problemas más relacionados con el cuidado y la mejora de la salud son exitosos, sobre todo sus esfuerzos de supervisión de la medicación (el 96% responde 'siempre o casi siempre'). Los aspectos más problemáticos son los directamente relacionados con el estado físico del usuario: dolores, malestares o incapacidad para llevar una vida normal.

A continuación se situarían las dimensiones de Relaciones interpersonales, Autodeterminación y Bienestar emocional, en las que los participantes obtienen puntuaciones medias en comparación con otras dimensiones. En *Relaciones interpersonales*, observamos que se valora de forma muy positiva las relaciones de amistad y las relaciones familiares de los usuarios, mientras son más deficitarias las relaciones de pareja y las relaciones sexuales. En

cuanto a la *Autodeterminación*, el ítem 'En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias' es el que obtiene mejores resultados, circunstancia que nos lleva a considerar de nuevo un posible sesgo en las respuestas. Por otro lado, los aspectos en los que los usuarios parecen mostrar menor autodeterminación son aquellos relacionados con elegir con quién vivir y tomar decisiones sobre la vida personal, cómo gastar el dinero y a qué hora acostarse. Asimismo, es relevante que casi la mitad de la muestra (45%) no organiza su propia vida. En Bienestar emocional encontramos como resultados más positivos las bajas frecuencias de respuestas afirmativas a los ítems relacionados con sentimientos de inseguridad, depresión, ansiedad y problemas de comportamiento, mientras fueron algo más bajas las respuestas a los ítems relacionados con la satisfacción (consigo mismo y con su vida presente), la motivación en el trabajo y estar alegre y de buen humor.

Por el contrario, parece que las personas evaluadas muestran los mayores problemas (y, por ende, las peores puntuaciones) en Desarrollo personal e Inclusión social. En *Desarrollo personal* la mejor puntuación se observa en el trabajo desarrollado en la organización proveedora de servicios sociales ('El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas'). En cambio, las mayores dificultades tienen que ver con el acceso a tecnologías (solo el 16% lo tienen 'siempre o casi siempre') y la participación en el desarrollo de su programa individual (tan solo el 18%). Finalmente, en *Inclusión social* encontramos como uno de los resultados más positivos las bajas frecuencias de respuestas afirmativas al ítem 'Es rechazado o discriminado por los demás' (el 4% responde siempre o casi siempre). Asimismo, se obtienen puntuaciones altas en el fomento de la participación en diversas actividades en la comunidad por parte del servicio (el 54% responde siempre o casi siempre). Las áreas más deficitarias, en cambio, son el uso de entornos comunitarios, el apoyo por parte de amigos y a las relaciones de amistad fuera del servicio.

*a. Aceptamos la segunda hipótesis, según la cual existen diferencias significativas en la calidad de vida en función de diversas variables sociodemográficas.*

*a. Género:* aunque observamos diferencias significativas a favor de los hombres en la puntuación total ( $t_{(2582)} = 2,57; p = ,010$ ), Bienestar emocional ( $t_{(2582)} = 3,61; p = ,000$ ), Bienestar físico ( $t_{(2582)} = 4,32; p = ,000$ ), Autodeterminación ( $t_{(2582)} = 4,48; p = ,000$ ) y Desarrollo personal ( $t_{(2582)} = 3,28; p = ,001$ ), éstas fueron muy ligeras y podrían estar asociadas en gran medida al alto número de participantes.

*b. Edad:* los análisis de varianza dieron lugar a diferencias significativas ( $p < ,05$ ) en todas las puntuaciones excepto en Bienestar emocional ( $p = ,143$ ). No obstante, las pruebas *post-hoc* solo confirmaron tales diferencias en la puntuación total, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. Puntuaron significativamente más bajo que los menores de 20 las personas entre 31-40 años en la puntuación total y aquello con 61-70 en Inclusión social. En cambio, en Autodeterminación y Derechos los usuarios con edades comprendidas entre los 71 y los 80 años obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los jóvenes con 21-40 años.

*c. Ámbito geográfico:* aunque el análisis de varianza indicó diferencias significativas entre las distintas regiones en todas las variables ( $p < ,05$ ), las correspondientes pruebas *post-hoc* para grupos homogéneos sólo mostraron dos o más grupos diferenciados en cuanto a la puntuación total (Tierras de Ebro, Ámbito de Poniente y Campo de Tarragona obtienen puntuaciones significativamente más altas que las Comarcas Gerundenses), Bienestar material (Tierras de Ebro puntúa significativamente más alto que las Comarcas Gerundenses), Bienestar físico (las Comarcas Centrales puntúan significativamente más alto que el Alto Pirineo y Arán, las Comarcas Gerundenses y el Ámbito Metropolitano), Autodeterminación (Campo de Tarragona puntúa significativamente más alto que Alto Pirineo y Arán y las Comarcas Gerundenses), Inclusión social (Tierras del Ebro puntúa significativamente más alto que las Comarcas Gerundenses) y Derechos (Campo de Tarragona puntúa significativamente más alto que las Comarcas Gerundenses y las Tierras del Ebro).

*d. Condición:* la variable condición dio lugar a diferencias significativas tanto en la puntuación total ( $F_{(6)} = 10,85; p = ,000$ ) como en todas las dimensiones ( $p = ,000$ ). En este sentido, las personas con discapacidad intelectual obtienen puntuaciones significativamente inferiores en la puntuación total (a las personas con drogodependencias), Autodeterminación (a todos los

grupos), Desarrollo personal (a personas con drogodependencias, VIH o SIDA) y Derechos (a todos los grupos), mientras obtienen las puntuaciones significativamente más altas en Bienestar emocional (en comparación con VIH/SIDA), Bienestar material (en comparación con las personas con Deficiencia física o VIH/SIDA) y Bienestar físico (en comparación con el resto de los grupos). De este modo, se convierten en el grupo con los mayores contrastes en las puntuaciones, contrastes que sugieren déficits en las áreas más directamente relacionadas con las capacidades y (quizás) una cierta falta de realismo o de excesiva satisfacción con las condiciones de vida. Por otro lado, las personas con VIH/SIDA muestran las mayores dificultades en los aspectos más relacionados con la esfera social, así como en la satisfacción con el estado emocional y físico. Las personas con drogodependencias, en cambio, muestran tener los mayores problemas en cuanto al Bienestar material (consecuencia que nos resulta lógica en tras haber tenido recientes problemas con la drogadicción y encontrarse aún en programas de rehabilitación). También, como era de esperar al no encontrarse en regímenes de internamiento, las personas mayores en centros de día puntúan significativamente más alto en Relaciones interpersonales (en comparación con las personas con VIH/SIDA y las personas con problemas de salud mental) e Inclusión social (en comparación con las personas con VIH/SIDA y las personas con deficiencia física). Las personas mayores en residencias suelen situarse en el extremo más positivo con puntuaciones altas excepto en Desarrollo personal (de hecho, puntúan significativamente más bajo que el resto de los grupos junto con las personas con discapacidad). Este resultado es coherente con la situación de la mayor dependencia de estas personas, aquejados de diversas condiciones físicas y mentales asociadas a demencias y, por tanto, que merman su capacidad de aprendizaje de nuevas habilidades así como la pérdida de habilidades previamente adquiridas. Por otra parte, las personas con salud mental, obtienen en general puntuaciones altas y se sitúan en el extremo más positivo con puntuaciones significativamente superiores en Desarrollo personal, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos, mientras que las áreas más deficitarias parecen ser las Relaciones interpersonales. Si tenemos en cuenta que muchas de estas personas tienen síntomas de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales no es de extrañar que ésta área sea la que obtenga las peores puntuaciones. Finalmente, las personas con discapacidad física suelen situarse en el extremo con menores puntuaciones, si bien solo obtienen las puntuaciones significativamente más bajas en Bienestar material e Inclusión social, y las más altas en Relaciones interpersonales. En este sentido, parece que aún queda por hacer en cuanto a la existencia de barreras físicas y sociales para con este colectivo.



e. *Estatus civil*: dio lugar a diferencias significativas en todas las puntuaciones ( $p > ,05$ ). Las personas separadas obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores en todas las dimensiones excepto en Autodeterminación y Derechos (en la que obtuvieron puntuaciones significativamente más altas). En Autodeterminación solteros sin pareja, casados y viudos alcanzan puntuaciones significativamente inferiores y en Derechos son los solteros quienes presentan las peores condiciones. En cambio, los viudos y los solteros sin pareja alcanzan puntuaciones significativamente más altas en Bienestar material (lo que resulta lógico si pensamos que no tienen que compartir gastos con una pareja ni pagar pensión a una ex pareja). Los solteros sin pareja puntúan significativamente más alto que el resto, por lo que son los que muestran una mayor satisfacción consigo mismos y con su vida. En cambio, casados, solteros con pareja y viudos son los que mejor puntúan en las áreas relacionadas con las Relaciones interpersonales y la Inclusión social, por lo que se puede deducir que el tener pareja contribuye a una mejor vida social. En Desarrollo personal son los divorciados y los solteros con pareja quienes alcanzan las mejores puntuaciones, mientras los solteros sin pareja lo consiguen en Bienestar físico. Los separados y los divorciados puntúan significativamente más alto en Autodeterminación, por lo que parece tener mayores capacidades y oportunidades para realizar elecciones y tomar decisiones. Finalmente, los viudos, los divorciados y los separados son quienes mejor conoce, ejercen y disfrutan de sus derechos legales y humanos.

f. *Lugar de residencia*: aunque los ANOVAS dieron lugar a diferencias significativas en todas las puntuaciones ( $p > ,05$ ), las pruebas *post-hoc* solo confirmaron la existencia de varios grupos diferenciados entre sí en Bienestar físico y Autodeterminación. De este modo, las personas que vivían en pisos tutelados y de forma independiente sin apoyos obtuvieron puntuaciones significativamente superiores al resto en Bienestar físico y aquellos que vivían de forma independiente (tanto con apoyos como sin ellos) alcanzaron las mejores puntuaciones en Autodeterminación.

g. *Nivel educativo*: como en las anteriores, los análisis de varianza dieron lugar a diferencias significativas en todas las puntuaciones, pero solo observamos grupos diferenciadas (en las pruebas *post-hoc*) en Relaciones interpersonales, de tal modo que las personas que terminaron el Bachillerato o una Diplomatura puntuaron significativamente más alto que aquellos que cursaron algún programa de Garantía Social.

2. *Aceptamos la tercera hipótesis, que mantenía que la distribución conjunta de las puntuaciones obtenidas (puntuaciones altas, medias y bajas) y de distintas variables sociodemográficas no se ajustan al modelo de equiprobabilidad.*

Como era esperable, los resultados obtenidos al contrastar el ajuste de los datos al modelo de independencia fueron coherentes con los obtenidos al contrastar la hipótesis anterior. Así observamos las asociaciones entre las variables demográficas y las puntuaciones que se resumen a continuación.

a. *Género*: observamos una asociación entre ser hombre y obtener puntuaciones altas con una frecuencia mayor a la esperada en la escala total, Autodeterminación, Desarrollo personal y Bienestar físico.

b. *Edad*: existía una asociación positiva entre ser mayor de 80 años y obtener puntuaciones altas en todas las variables excepto en Bienestar físico (en la que son las personas con 21-50 años quienes muestran tal asociación). Con puntuaciones bajas se asocian los menores de 50 años en Autodeterminación y Derechos y aquellos con 61-70 años en bienestar físico e Inclusión social.

c. *Condición*: pertenecer al colectivo de personas mayores se asoció (como era esperable) con menores frecuencias de puntuaciones altas a las esperadas, si bien el hecho de estar en centros de día se asocia con puntuaciones positivas en Inclusión social y Relaciones interpersonales, mientras estar en residencias se asocia con buenos resultados en la puntuación total, Bienestar material, Autodeterminación, Desarrollo personal y Derechos. Tener discapacidad física se asocia con puntuaciones favorables en Autodeterminación y poco ventajosas en Bienestar físico e Inclusión social y Derechos. En contraste, la discapacidad intelectual se asocia con mayores frecuencias de puntuaciones desventajosas en la puntuación total, Relaciones interpersonales, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos, mientras gozan de puntuaciones óptimas en los tres tipos de Bienestar. Finalmente, los problemas de salud mental, drogodependencias y VIH/SIDA se asocian con puntuaciones favorables en Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos, mientras los primeros se asocian con puntuaciones desventajosas en Bienestar emocional, Bienestar físico y Relaciones interpersonales; los segundos en Bienestar material y los últimos en Bienestar y Relaciones interpersonales.

d. *Estado civil*: tener pareja se asoció con puntuaciones positivas en Relaciones interpersonales y negativas en Bienestar material. Estar casado, además, se asoció con puntuaciones negativas más frecuentemente de lo esperado en Bienestar emocional, Bienestar físico y Desarrollo personal. Estar viudo se asocia con puntuaciones poco favorables con más frecuencia de la esperada en Bienestar físico (lo que es lógico si tenemos en cuenta que la mayoría son personas mayores) y estar separado en Relaciones interpersonales y Bienestar material (aunque estar separado se asocia con puntuaciones positivas con una frecuencia mayor a la esperable en Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos). Los viudos obtienen mayores frecuencias en las categorías altas y menores en las bajas en varias dimensiones, mientras no se una la asociación significativa de este estado civil con puntuaciones desfavorables en ningún caso. Los solteros sin pareja se llevan la peor parte al estar asociada esta condición con mayor frecuencia de puntuaciones desfavorables.

e. *Lugar de residencia*: vivir en la residencia familiar se asoció significativamente con puntuaciones menos favorables Bienestar emocional, Bienestar físico, Derechos y Autodeterminación y más ventajosas en Relaciones interpersonales e Inclusión social. De este modo, vivir con la familia parece favorecer las áreas más sociales. Vivir de forma independiente se asoció con puntuaciones óptimas en Relaciones interpersonales, Autodeterminación y Desarrollo personal (ésta última asociación no se observó para aquellos que vivían de forma independiente con apoyos). Vivir en pisos tutelados se asocia con puntuaciones favorables en Inclusión social, Bienestar emocional y Bienestar físico y poco ventajosas en Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos, situación que resulta sorprendente si tenemos en cuenta que uno de los principales objetivos de los pisos tutelados debiera ser el fomento precisamente de estas dimensiones. Finalmente, vivir en residencias se asocia con puntuaciones óptimas en Autodeterminación y Derechos y desfavorables en las relacionadas con las áreas más sociales (Relaciones interpersonales e Inclusión social), por lo que el hecho de vivir 'en régimen interno', como era esperable, parece estar asociado con mayores dificultades en la vida social.

f. *Nivel educativo*: encontramos una asociación significativa entre haber cursado Primaria, Bachillerato, una Diplomatura o una licenciatura y puntuaciones favorables con más frecuencia de la esperada, mientras el hecho de no tener estudios se asoció con puntuaciones más desfavorables. Curiosamente, el hecho de haber quedado con estudios de Secundaria se asoció de forma significativa con resultados menos ventajosos de lo esperable.

*a. Y, finalmente, rechazamos la cuarta hipótesis, que apuntaba que las puntuaciones obtenidas en las subescalas permitirían predecir la pertenencia de los participantes a los grupos 'calidad de vida alta', 'media' o 'baja'.*

Los análisis discriminante efectuados nos llevaron a concluir que los ítems de todas las dimensiones discriminaron mejor (i.e., mayor porcentaje de casos correctamente clasificados) a las personas con puntuaciones de calidad de vida media, seguido de las personas con puntuaciones bajas y, con los peores resultados, aquellas con puntuaciones altas. Si bien, el porcentaje total de casos correctamente clasificados según la puntuación obtenida en los ítems que conforman cada dimensión no fue excesivamente bajo (entre el 53,10% y el 73,05%), tampoco fue lo suficientemente alto como para llevarnos a aceptar la hipótesis. De modo similar, los análisis discriminantes múltiples efectuados nos llevaron a la misma conclusión para las ocho dimensiones. Aun así, el factor que obtiene los mejores resultados (i.e., mejores predicciones o porcentajes de casos correctamente clasificados es Desarrollo personal (73,05%) y el que obtuvo los peores fueron Bienestar material (53,10% y 0% en la categoría alta) y Bienestar físico (55,80%). No obstante, consideramos que rechazar esta hipótesis es un resultado positivo que constituye una evidencia más de validez para el modelo de ocho dimensiones puesto que si una de las dimensiones clasificara correctamente a un porcentaje muy elevado de personas (cercano al 100%) no sería necesario evaluar el resto de las dimensiones y significaría que el modelo en el que su sustenta la escala no se ajusta a nuestros datos.

Discusión y Líneas Futuras  
de Investigación

# Capítulo 7



## CAPÍTULO 7.

### DISCUSIÓN Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Bajo el título '*Evaluación de la calidad de vida en servicios sociales: validación y calibración de la Escala GENCAT*' hemos presentado la investigación hasta ahora descrita. Sus objetivos generales y conceptos fundamentales aparecen recogidos bajo el propio título. Por un lado, el concepto de calidad de vida, que ha guiado la *Justificación Teórica* de este trabajo. Por otro lado, los objetivos de evaluación, validación (que lleva implícito también el de desarrollo o construcción) y calibración de la Escala GENCAT, cuya exposición ha articulado la narración de la *Parte Empírica*.

Dado que en los capítulos precedentes nos hemos limitado a la exposición detallada de los resultados obtenidos en cada uno de los estudios planteados, el presente lo dedicaremos a realizar una síntesis de las conclusiones principales de la investigación para ofrecer una interpretación de una forma más reflexiva y crítica de los resultados, así como apuntar algunas de sus implicaciones. Además, señalaremos los puntos fuertes de la investigación y aquellos que consideramos son las objeciones o puntos débiles del estudio y los aspectos mejorables de la escala desarrollada. Finalizaremos el capítulo apuntando las líneas de investigación que se abrirían a partir de ésta y que podrían seguirse para dar continuidad al estudio del que sería el fin último de este trabajo: la mejora de la calidad de vida de aquellos en situación de desventaja social.

## 7. 1. Conclusiones específicas

El primer gran objetivo que nos planteamos en este estudio ha consistido en *desarrollar una escala que permitiera la evaluación objetiva de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales*. Dos son los conceptos principales a los que alude este objetivo: calidad de vida y evaluación.

En cuanto al concepto de *calidad de vida*, pese a que aún hoy, después de más de tres décadas de investigación sobre este tema, no podemos afirmar que exista una definición consensuada, encontramos que el modelo propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003) es el que parece alcanzar mayor reconocimiento en la literatura científica tanto nacional como internacional (e.g., Aznar y Castañón, 2005; Bonham et al., 2004; Elorriaga et al., 2000; Gómez et al., 2008; Jenaro et al., 2005; Martín, 2006; Schalock, Bonham et al., 2008; Schalock, Verdugo et al., 2008; Schalock et al., 2005, 2009; van Loon et al., 2008; Verdugo, Arias y Gómez, 2006b; Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008a, 2008b, en prensa; Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009; Verdugo, Gómez, Schalock y Arias, en prensa; Verdugo, Schalock et al., 2005, 2007; Walsh et al., 2006; Wang et al., en prensa). Si bien este modelo ha surgido y se ha desarrollado principalmente en el ámbito de la discapacidad, su aplicación y aceptación se está extendiendo de forma progresiva a otros ámbitos y colectivos (Alcedo et al., 2008; De Maeyer et al., 2009; Gómez et al., 2008; Verdugo et al., 2008b). Según este modelo, calidad de vida individual es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades *etic* y *emic* (Jenaro et al., 2005; Schalock et al., 2005); (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; (d) está influenciada por factores personales y ambientales; y (e) incorpora la perspectiva de sistemas que engloba los múltiples ambientes que influyen en la vida de las personas (Keith y Bonham, 2005; Schalock, Bonham y Verdugo, 2008; Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Verdugo, 2007). Como sabemos, las dimensiones planteadas en el modelo son ocho: 'Bienestar emocional', 'Bienestar físico', 'Bienestar material', 'Relaciones interpersonales', 'Inclusión social', 'Autodeterminación', 'Desarrollo personal' y 'Derechos'.

En lo que concierne a su *evaluación*, la valoración de las ocho dimensiones y de los indicadores centrales que conforman la calidad de vida de una persona se realiza a través de resultados personales que pueden utilizarse para evaluar los progresos personales y guiar las estrategias de mejora organizacionales (Keith y Bonham, 2005; Langberg y Smith, 2006; Schalock, Bonham y Verdugo, 2008; Schalock y Verdugo, 2007; Schalock, Verdugo et al., 2008; Veerman y van Yperen, 2007). En este sentido, existe un consenso general acerca de los tipos y



los usos de la evaluación de la calidad de vida (Schalock, Bonham y Verdugo, 2008): dependiendo del objetivo y la perspectiva del instrumento desarrollado, los indicadores se pueden utilizar para evaluar el bienestar percibido por la persona (evaluación que se denomina ‘subjetiva’) o las experiencias y circunstancias de la vida de la persona (evaluación denominada ‘objetiva’). En caso de la primera, la recogida de datos se hace mediante autoinforme y es la propia persona quien completa la prueba. En la segunda, en cambio, la recogida de datos se basa en la observación directa de la conducta de la persona por un tercero. En resumen, podemos hablar de evaluaciones e instrumentos objetivos y subjetivos en función de su objetivo, contenido y respondiente.

De este modo, si un evaluador pretende evaluar resultados personales y desarrollar programas centrados en la persona, se deben utilizar escalas subjetivas contestadas por la persona cuya calidad de vida se quiere evaluar. Por el contrario, cuando el objetivo consiste en llevar a cabo la evaluación de un programa, la mejora de la calidad de los servicios o evaluar cambios organizacionales se recomienda utilizar cuestionarios basados en la observación directa de las experiencias y las circunstancias personales (Bonham et al., 2004; Bonham, Basehart y Marchand, 2005; Brown et al., 2004; Cummins, 1997a, 2005; Gardner y Carran, 2005; Keith y Bonham, 2005; Keith y Schalock, 2000; Perry y Felce, 2005; Schalock y Felce, 2004; Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock, Bonham y Verdugo, 2008; Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007; Schalock et al., 2002; Verdugo, Arias, Gómez y van Loon, 2007; Verdugo et al., 2008b; Walsh et al., 2006). A esta segunda modalidad de evaluación (i.e., *evaluación objetiva*) se dirige el presente estudio.

Finalmente, aplicamos los dos conceptos anteriores (*evaluación objetiva* y *calidad de vida*) en un campo que alude a un colectivo concreto: los *servicios sociales* y, más concretamente, los usuarios de los servicios sociales. A este respecto, observamos que la evaluación de los programas y los servicios se ha convertido en una disciplina aplicada de las ciencias sociales a través de la cual se pretende dar cuenta del resultado de intervenciones, programas o servicios que se implantan en la realidad social. En definitiva, la evaluación de las acciones sociales es la forma de ejercer un control sobre la planificación de tal modo que progresivamente mejore sus resultados; tiene, por tanto, un papel autocorrector (Fernández-Ballesteros et al., 1989). Sin embargo, la revisión de la literatura científica ha puesto de manifiesto la inexistencia de instrumentos que permitan evaluar la calidad de vida de usuarios de servicios sociales y la eficacia de las intervenciones dirigidas a su mejora.

Más allá de instrumentos de calidad de vida relacionados con la salud para colectivos concretos, no existe ninguno que, como el que aquí presentamos, permita según el marco teórico con mayor aceptación (Schalock y Verdugo, 2002/2003): (a) la evaluación de resultados personales de los distintos colectivos de servicios sociales para identificar necesidades y desarrollar programas (planificación centrada en la persona); (b) la evaluación de programas dirigidos a contribuir a la mejora de la calidad de vida implementados por las entidades proveedoras; y (c) la comparación de las evaluaciones realizadas en distintos servicios y en distintos colectivos.

### 7. 1. 1. Construcción de una escala de calidad de vida

Los motivos recién apuntados nos llevaron a plantear el primer gran objetivo de la presente investigación. Tal objetivo, como se ha descrito en el *Capítulo 3* de este trabajo, consistió en la construcción de la Escala GENCAT. Para poder abordarlo, concretamos este objetivo en varios objetivos específicos o, más bien, en una serie de requisitos:

- 1) *Tener carácter objetivo* para permitir evaluar resultados personales y ser sensible a los cambios organizacionales, a las estrategias de mejora, y a los planes de atención e intervención de los servicios.
- 2) *Estar basada en los últimos avances* de la investigación sobre indicadores y pruebas de evaluación de calidad de vida en el ámbito internacional.
- 3) *Estar desarrollada bajo el consenso de indicadores entre los principales agentes implicados* (i.e., usuarios, familiares y profesionales).
- 4) Los *indicadores* incluidos en el instrumento debían ser *relevantes para todos los colectivos de usuarios de servicios sociales* en Cataluña (personas mayores, personas con problemas de salud mental, personas con discapacidad intelectual, física y sensorial, personas con drogodependencias y personas con SIDA/VIH).
- 5) Estar construida con *rigor metodológico* y combinar metodologías cuantitativas y cualitativas.

Con el fin de que la escala satisficiera tales requisitos y contara con unas características de calidad óptimas, seguimos rigurosamente las recomendaciones señaladas por las máximas instancias en este campo (AERA, APA y NCME, 1999) y que se corresponden con las fases descritas en el tercer capítulo del estudio: *construcción de un 'pool' de ítems, consulta a jueces expertos, grupos de discusión y traducción al catalán*. Los resultados principales de cada una de las fases se describen a continuación.

#### **7.1.1.1. Construcción de un 'pool' de ítems**

Dada la finalidad del instrumento (i.e., evaluación de resultados personales y/o evaluación de la eficacia de los programas de intervención), nos centramos en la *selección de ítems* referidos al microsistema y al mesosistema. El resultado de esta fase fue un banco formado por 106 ítems cuyo contenido aludía a alguna de las ocho dimensiones del modelo. La selección de los ítems se realizó a partir de otros instrumentos e investigaciones en calidad de vida nacionales e internacionales (e.g., Cummins, 1993b; Gómez, 2005; Gómez-Vela, 2003; Jenaro et al., 2005; Martín, 2006; Sabeh, 2004; Schalock y Keith, 1993; Schalock y Verdugo, 2007; Schalock et al., 2005; Verdugo, Arias y Gómez, 2006b; Verdugo, Schalock et al., 2005, 2007; Verdugo, Gómez et al., 2009; Wehmeyer y Kelchner, 1995).

Cabe destacar que el mayor número de ítems fue, con diferencia, en la dimensión Autodeterminación ( $n = 19$ ), sin embargo el número fue mucho más reducido (casi la mitad) en Desarrollo personal e Inclusión Social ( $n = 10$  y  $11$ , respectivamente). El mayor número de instrumentos dirigidos a la evaluación de la Autodeterminación explica el alto número de ítems incluidos en esta dimensión, mientras que los escasos estudios e instrumentos dirigidos a la evaluación del Desarrollo personal y la Inclusión social justifican el número reducido de ítems en las dos últimas dimensiones.

### 7.1.1.2. Consulta a jueces expertos

La idoneidad, importancia y observabilidad de los ítems e indicadores extraídos de la literatura fueron sometidos a una valoración por parte de 73 jueces expertos en calidad de vida pertenecientes a los distintos colectivos implicados. Como puede comprobarse, el número de jueces utilizado en este estudio es inusitado en trabajos de similares características. En términos generales, los análisis de concordancia pueden calificarse de buenos si seguimos las normas de interpretación usualmente utilizadas, pero rozan la excelencia si consideramos que a mayor número de participantes mayor dificultad de lograr el consenso.

Llama la atención que el mayor consenso se alcance en cuanto a la idoneidad de los ítems para evaluar las respectivas dimensiones, seguido muy cerca del acuerdo logrado en cuanto a su importancia. De hecho, observamos altas correlaciones entre las valoraciones de los jueces en idoneidad e importancia ( $\rho \approx ,800$ ;  $p < ,001$ ). Estos resultados corroboran la selección y organización previa de los ítems en torno a las dimensiones llevada a cabo por el equipo de investigación y sirven de evidencias de la validez de la escala basadas en su contenido. Sin embargo, el que la observabilidad alcanzara, en general, el menor consenso pone de relieve que, pese a los esfuerzos realizados a la hora de seleccionar ítems observables, no obtuvimos tan buenos resultados como en la selección de ítems para evaluar cada dimensión. La explicación se torna sencilla si revisamos el contenido y los resultados de cada dimensión. Así, es lógico observar una de las medias más bajas de acuerdo en la observabilidad de los ítems que evalúan el Bienestar emocional ( $\overline{B_N^W} = ,664$ ), pues los ítems se refieren a estados emocionales de las personas, a pesar de que su valoración se ha basado en signos observables ('se muestra', 'presenta síntomas', etc.). Aunque los coeficientes de acuerdo son satisfactorios, era esperable que –en comparación con otros–, observar síntomas de depresión y ansiedad, o signos de satisfacción y motivación generara un menor acuerdo entre los jueces que, por ejemplo, observar si el lugar donde vive la persona está limpio. De hecho, en Bienestar material los jueces alcanzaron el mayor consenso en observabilidad, superando incluso los obtenidos en idoneidad e importancia.

En cambio, nos resulta difícil aventurar una explicación para el acuerdo obtenido en Derechos con respecto a la observabilidad ( $\overline{B}_N^W = ,607$ ), que obtiene la media total de acuerdo más baja en los tres criterios, así como explicar el contraste de este resultado con la opinión de los expertos en VIH/SIDA –que alcanzan un consenso mucho mayor sobre los mismos aspectos. Las razones por las que a los expertos en VIH/SIDA los ítems les resultan altamente observables mientras los expertos restantes no consiguen un acuerdo tan elevado nos resultan ignotas, aunque una posible explicación pudiera consistir en que los profesionales que trabajan con este colectivo puedan tener un mayor o mejor acceso a información sobre esta área concreta de la vida de las personas que aquellos que trabajan en otro tipo de programas o servicios. Además, seguramente ejerza gran influencia el reducido número de jueces que conformaron este grupo, situación que aumenta las probabilidades del logro de un mayor consenso entre ellos.

Como se resume en la Figura 273, al analizar la concordancia por grupos de expertos, podemos concluir que el mayor consenso se produjo entre los expertos en discapacidad intelectual ( $M = ,827$ ;  $n = 18$ ), en discapacidad sensorial ( $M = ,794$ ;  $n = 9$ ), en salud mental ( $M = ,785$ ;  $n = 8$ ), en SIDA/VIH ( $M = ,769$ ;  $n = 4$ ) y en discapacidad física ( $M = ,710$ ;  $n = 14$ ). En cambio, los expertos en personas mayores ( $M = ,680$ ;  $n = 8$ ) y en drogodependencias ( $M = ,669$ ;  $n = 12$ ) coincidieron algo menos en sus valoraciones.

Como posible explicación de estos resultados podríamos aventurar la mayor familiaridad de los expertos en personas con discapacidad (especialmente los expertos en discapacidad intelectual) y salud mental (aunque ciertamente en menor grado que los primeros) con el modelo de calidad de vida utilizado, mientras los expertos en drogodependencias y personas mayores, al evaluar calidad de vida, suelen estar más familiarizados con los modelos de calidad de vida relacionados con la salud. Asimismo, en estos dos últimos grupos de expertos se aglutinaban personas procedentes de muy diversos ámbitos (clínico, ambulatorio, académico, residencias, centros de día, etc.) con distintas perspectivas de la calidad de vida de los usuarios.

Si atendemos a las puntuaciones otorgadas por los jueces a los ítems (de 1 a 10), fueron los expertos en discapacidad intelectual y en salud mental los que otorgaron las mejores calificaciones (8,395 y 8,153 respectivamente) a la idoneidad, importancia y observabilidad de los ítems. En cambio, los expertos en discapacidad sensorial asignaron las calificaciones más bajas. No obstante todas las medias de las calificaciones por grupos de expertos superaron el

7.6. Por ello, consideramos que los ítems eran suficientemente idóneos, importantes y observables en términos generales (Figura 273).

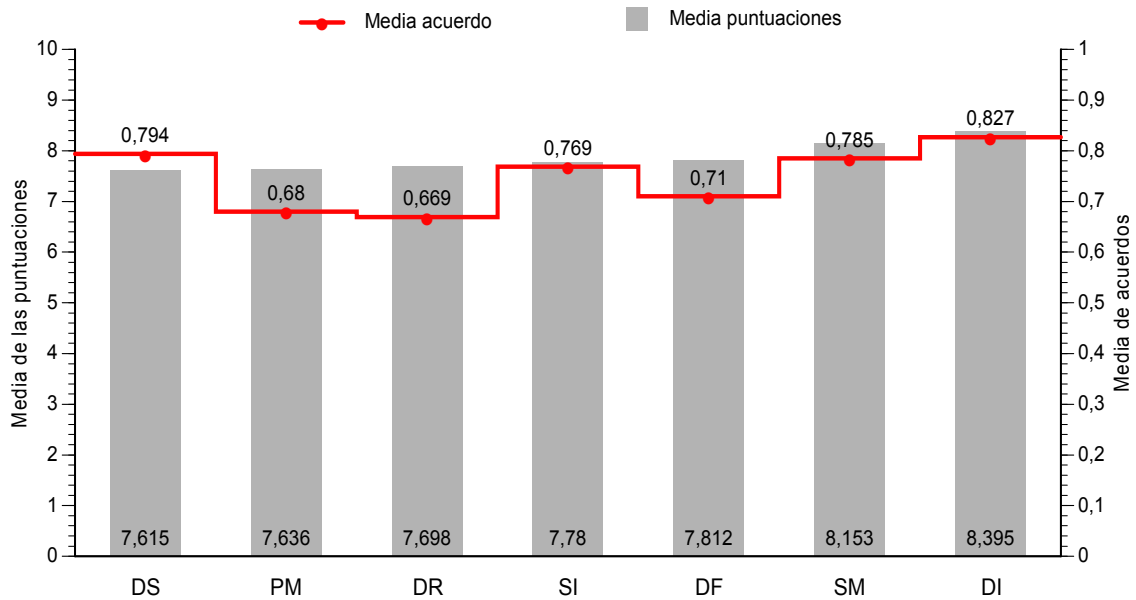


Figura 273. Resumen de acuerdo y puntuaciones de los jueces por grupos

De este modo, las principales conclusiones que podemos extraer de la *consulta a jueces* son las siguientes:

- 1) La media de acuerdos entre los expertos puede considerarse entre buena y excelente tanto en los análisis por dimensiones como en los análisis por grupos de jueces.
- 2) El mayor consenso en las valoraciones de los jueces se produjo en cuanto a la idoneidad y la importancia de los ítems, mientras el acuerdo en cuanto a su observabilidad fue algo menor.
- 3) La media de calificaciones de los jueces en idoneidad, importancia y observabilidad fue alta ( $M = 7,852$ ).
- 4) Los mayores acuerdos entre los jueces se producen en las puntuaciones altas en los tres criterios.
- 5) El mayor acuerdo entre los jueces se produjo en la dimensión Bienestar material, mientras hubo mayores discrepancias en las dimensiones de Bienestar emocional y Derechos.
- 6) Los expertos en discapacidad intelectual y problemas de salud mental fueron quienes calificaron los ítems con puntuaciones más altas, mientras los expertos en discapacidad sensorial fueron los que asignaron las calificaciones más bajas.

- 7) *Los mejores resultados acerca de la validez de contenido de la escala se obtuvieron por parte de los expertos en discapacidad intelectual.*

Consideramos que esta circunstancia podría explicarse dado que la mayor parte de los ítems del banco procedían de instrumentos dirigidos a este colectivo y porque el modelo que sustenta la escala tiene su origen y máximo desarrollo en esta población. Así, los expertos sobre este colectivo están más familiarizados con el modelo y el tipo de ítems.

- 8) *Tanto el acuerdo observado entre los jueces como las altas puntuaciones que asignaron constituyen evidencias de validez basadas en el contenido de la escala.*

### **7.1.1.3. Grupos de discusión**

La celebración de los cinco *grupos de discusión* tuvo como motivación principal la satisfacción del criterio relacionado con la implicación y el consenso en el desarrollo de la escala entre los principales agentes interesados en Cataluña. La involucración de profesionales, usuarios y familiares relacionados con los servicios sociales a los que la escala estaba destinada arrojó como resultado la corroboración de los resultados obtenidos en la consulta a jueces. Sus principales conclusiones fueron:

- 1) *La confirmación de que los ítems eran adecuados para los distintos colectivos, circunstancia que contribuyó a disipar las dudas acerca de que su contenido pudiera estar sesgado a favor de las personas con discapacidad intelectual.*
- 2) *La matización o reformulación de los ítems para mejorar su entendimiento, concretar su contenido o mejorar su aplicabilidad a los distintos colectivos.*
- 3) *La propuesta de nuevos ítems que evaluaban aspectos importantes de la calidad de vida de los distintos colectivos que no se habían tenido en cuenta en el pool de ítems inicial.*
- 4) *Se aseguró la adecuación de los ítems a las posibles peculiaridades de la población atendida por los servicios sociales de Cataluña, por lo que podemos afirmar que la escala ha cuidado y prestado especial atención a los aspectos 'emic' de la población a la que está dirigida.*
- 5) *El consenso alcanzado por los participantes de cada grupo focal acerca de la idoneidad, importancia y observabilidad de los ítems, así como entre los diferentes grupos de discusión, sirven de evidencias de validez del instrumento basadas en su validez de contenido.*

#### 7. 1. 1. 4. Traducción de la escala al catalán

El hecho de que el desarrollo de la escala se planteara desde un principio para población catalana y su adecuación se sometiera a discusión en los grupos focales, facilitó considerablemente esta tarea, dado que estrictamente ya no se trataba de una adaptación propiamente dicha –el contenido de la escala ya estaba adaptado a la idiosincrasia de los usuarios de servicios sociales de Cataluña–. Podríamos decir que se trataba entonces de una mera traducción de los ítems. No obstante, con el fin de asegurar la rigurosidad del proceso seguimos todas las pautas recomendadas para el proceso de adaptación de tests por la Comisión Internacional de Tests (*‘International Tests Commission’, ITC*) (Bartram, 2001; Hambleton, 1993, 1994, 1996; Muñiz y Hambleton, 1996; van de Vyjver y Hambleton, 1996) y por la Sociedad Internacional de Medidas de Calidad de Vida (*‘International Quality of Life Assessment Project’, IQOLA*) (Aaronson et al., 1992). Las conclusiones de tal proceso se resumen en que la versión piloto de la escala adaptada al catalán mostraba *equivalencia semántica, idiomática y conceptual*.

#### 7. 1. 2. Validación de la Escala GENCAT mediante TCT y AFC

Una vez llegamos a la versión piloto de la escala, el siguiente objetivo lógico del estudio consistió en su validación. Este objetivo se desglosó en los siguientes objetivos específicos:

- a) Aportar evidencias sobre su validez basadas en el contenido y basadas en su estructura interna.
- b) Demostrar la fiabilidad de la escala en términos de consistencia interna y el error típico de medida.
- c) Demostrar la fiabilidad de los ítems mediante los índices de fiabilidad y dificultad.



### 7.1.2.1. Selección de la muestra

Para alcanzar tales objetivos, fue prioritario para el equipo de investigación contar con una muestra representativa que permitiera extrapolar las conclusiones a la población de usuarios de servicios sociales de Cataluña. Para ello, se realizó un *diseño muestral estratificado y polietápico* según el tipo de colectivo y según el ámbito geográfico en el que se ubicaba el centro proveedor de servicios. Dadas las características de la población a evaluar, se realizó un muestreo para personas mayores y otro para personas en situación de desventaja social –que aglutinaba a las personas con discapacidad intelectual, discapacidad física, problemas de salud mental, drogodependencias y VIH/SIDA. Se estimó que el número mínimo de personas que debían formar parte de la muestra eran 1.110 en cada grupo, por lo que los errores muestrales se estimaron en 2,43% para el primer grupo y 2,62% para el segundo.

Llegados a este punto, cabe destacar las dificultades encontradas para realizar el muestreo de las personas en desventaja social, dado que no se disponía de un censo actualizado de la población. De ahí que no fuera posible calcular el error muestral para algunos subgrupos y que el error total fuera algo mayor que el de personas mayores. A esta circunstancia se sumaron otras causas ajenas al diseño de la investigación y que más tienen que ver con razones puramente administrativas o económicas: el presupuesto solo permitió llegar a una muestra representativa en el caso del grupo de mayores, mientras hubo que englobar al resto de colectivos en un grupo heterogéneo que se denominó ‘personas en desventaja social’. Es decir, podríamos aventurarnos a calificar la muestra de desventaja social como *representativa* de la población (con la salvedad apuntada de que se desconocía el tamaño de la población de algunos colectivos y, por tanto, los errores muestrales son una mera aproximación); sin embargo, sería del todo ilusorio concluir que cada subgrupo aquí englobado es representativo de cada uno de los colectivos en cuestión. Así, por ejemplo, las 75 personas con drogodependencias no son en absoluto representativas de los drogodependientes que reciben servicios sociales en Cataluña. A pesar del rigor y el esfuerzo realizado para garantizar la representatividad de la muestra, podríamos concluir que para los colectivos calificados como en desventaja social el presente trabajo constituye un estudio preliminar y los resultados obtenidos son una mera aproximación a los esperados para la población. Por el contrario, el grado de confianza en la generalización de los resultados de las personas mayores a la población es muy alto.

De hecho, como ya expusimos en el correspondiente apartado, la muestra observada –los participantes reales del estudio– superó considerablemente (fue 1,3 veces mayor) a la muestra esperada –la contemplada en el muestreo–, por lo que los errores muestrales inicialmente calculados se redujeron cuantiosamente (1,64% para la muestra general; 2,40% para la muestra de mayores y 2,52% para la muestra de desventaja social).

### **7. 1. 2. 2. Participantes y procedimiento**

Pese a todo, el exhaustivo procedimiento de recolección de datos dio lugar a una amplia muestra formada por 3.029 (1.619 personas mayores y 1.410 personas en desventaja social) procedentes de 239 entidades y evaluadas por 608 profesionales, número que supera en gran medida el estimado en el muestreo y que lleva a una considerable reducción del error muestral. Hemos de destacar aquí el papel determinante que ejerció el contacto telefónico en la alta participación en el estudio.

### **7. 1. 2. 3. Evidencias de validez basadas en el contenido**

En cuanto a los resultados obtenidos en relación a las *evidencias de validez basadas en el contenido* de la escala, podemos concluir (además de las anteriormente descritas procedentes de la consulta a expertos y los grupos de discusión):

- 1) *Todos los contrastes realizados para determinar si los ítems discriminaban entre puntuaciones en calidad de vida altas, medias y bajas resultaron significativos, si bien en términos generales la escala parece discriminar mejor entre personas con puntuaciones medias y bajas, que entre personas con puntuaciones medias y altas.*
- 2) *La dimensión con menor poder discriminativo es Derechos. Bienestar físico, Inclusión social, Relaciones interpersonales, Bienestar material y Desarrollo personal tienen un poder discriminativo moderado. Las subescalas que más discriminan entre personas son Autodeterminación y Bienestar emocional.*

Estos resultados no son sorprendentes si tenemos en cuenta la población que nos ocupa. En una muestra usuaria de servicios sociales resulta lógico que los Derechos de estas personas estén garantizados, así como que exista mucha mayor variabilidad en cuanto a su Bienestar emocional –dependiente de múltiples factores y condiciones ambientales así como de variables personales tales como aspectos de personalidad y procesos homeostáticos– y en Autodeterminación –dependiente igualmente de factores ambientales tales como la posibilidad de tomar decisiones y realizar elecciones y factores personales como la capacidad de la persona. Es por ello que no se considera un resultado negativo en este caso el escaso poder discriminativo de los ítems en Derechos, sino como un resultado positivo a favor de las características habituales de los servicios sociales en España. No obstante, es cierto que cabría la posibilidad de que, al ser los profesionales quienes completan la escala, exista un cierto sesgo a evaluar de forma positiva esta dimensión al ser la subescala que incluye un mayor número de ítems relacionados directamente con los servicios que proporcionan. Una explicación complementaria podría encontrarse en lo esperable de los resultados en un país desarrollado como el nuestro con numerosas políticas dirigidas a preservar los derechos humanos y legales de todas las personas. Con buena probabilidad, en países menos desarrollados los resultados –desafortunadamente– fueran bien distintos y Derechos fuera la dimensión con mayor poder discriminativo por los motivos contrarios: desigualdad entre las personas y mayor número de puntuaciones bajas que indicarían violaciones de los derechos humanos y legales.

#### **7. 1. 2. 4. Evidencias de validez basadas en la estructura interna**

Con el fin de aportar *evidencias de validez basadas en la estructura interna*, realizamos un AFC sobre la matriz de varianzas y covarianzas policóricas mediante el método de estimación de parámetros mínimos cuadrados ponderados diagonalizados (DWLS), dada la ausencia de normalidad multivariada así como la existencia de casos atípicos y puntuaciones extremas. A causa del alto número de ítems que conforman la escala optamos por realizar el AFC sobre *parcels* en lugar de sobre los ítems.

A partir de la revisión teórica, consideramos adecuado comparar el ajuste a nuestros datos de los distintos modelos derivados de una reciente investigación (Wang et al., en prensa) a partir del modelo multidimensional de Schalock y Verdugo (2002/2003). Los resultados del análisis del ajuste de los diferentes modelos nos llevaron a concluir que:

- 1) *No existe un ajuste adecuado a los datos del modelo en el que la calidad de vida se entiende como un concepto unidimensional: Calidad de vida.*
- 2) *No existe un ajuste adecuado a los datos del modelo en que la calidad de vida se compone de ocho dimensiones de primer orden (Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación y Derechos) y un factor de segundo orden (Calidad de vida) (i.e., 'modelo de Wang').*
- 3) *Existe un ajuste que podría considerarse aceptable del modelo en el que la calidad de vida se entiende formada por ocho dimensiones de primer orden y tres factores de segundo orden: Bienestar personal (Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Desarrollo personal y Autodeterminación), 'Empowerment' (Inclusión social y Derechos) y Bienestar físico y material (Bienestar físico y Bienestar material) (i.e., 'modelo de Salamanca').*
- 4) *Existe un ajuste que podría considerarse adecuado –y con un ajuste ligeramente mejor que el anterior–, del modelo que concibe la calidad de vida como un constructo formado ocho factores de primer orden y tres de segundo: Independencia (desarrollo personal y autodeterminación), Integración Social (relaciones interpersonales, inclusión social, derechos) y Bienestar Personal (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material) (i.e., modelo de Schalock).*
- 5) *El mejor ajuste, con diferencia, a los datos es el del modelo multidimensional de Schalock y Verdugo (2002/2003), que plantea que la calidad de vida está compuesta por ocho factores correlacionados: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. Por este motivo, éste fue el modelo teórico que articuló la estructuración de la escala GENCAT en las ocho dimensiones o factores de calidad de vida.*

Con respecto al resultado anterior, merece especial atención el estudio de la relación entre las ocho dimensiones de calidad de vida. Aunque la mayor parte de tales relaciones fueron adecuadas, se observaron dos relaciones llamativas por su cuantía aunque no así por su contenido: la elevada correlación entre Relaciones interpersonales e Inclusión social (,93) y la ausencia de correlación entre Bienestar material y Autodeterminación.

Por un lado, la primera podría llevarnos a pensar que ambas dimensiones en realidad evalúan una misma cosa (de hecho el contenido de los ítems incluidos es bastante similar); sin embargo, el análisis con siete dimensiones agrupando los ítems de las dos subescalas ni el análisis con un factor de segundo orden que agrupe éstas dos no confirman tal suposición. Por otro lado, la ausencia de relación entre las dos últimas dimensiones podría denotar una evaluación de constructos totalmente distintos y nada relacionados con la calidad de vida. En efecto, si atendemos al contenido de ambas dimensiones, éstas podrían calificarse cómodamente como las más dispares dado que el hecho de tener un alto o bajo Bienestar material tiene escasa relación con el nivel de Autodeterminación mostrado por la persona. Por este motivo, consideramos de nuevo ambas circunstancias como resultados lógicos y dentro de lo esperable, si bien no deja de sorprender el valor extremadamente bajo obtenido en un modelo que plantea no solo la existencia de ocho dimensiones sino también que existe relación entre tales factores. Es por ello, que ésta podría considerarse una limitación o resultado no deseado.

- 6) *Si analizamos con detenimiento la proporción de la varianza de las variables observadas que explican las variables latentes (R<sup>2</sup>), Autodeterminación destaca por la fiabilidad de sus indicadores, seguida de Bienestar emocional y Desarrollo personal. Los indicadores menos fiables en términos generales, en cambio, pertenecen a Inclusión social. Las dimensiones restantes se caracterizan por combinar indicadores con fiabilidad baja y moderada.*

A la luz de los resultados obtenidos y con las salvedades señaladas, podemos concluir que existen suficientes evidencias de validez basadas en el contenido de la escala y en la estructura factorial si adoptamos el marco teórico propuesto en el que la calidad de vida se entiende formada por ocho dimensiones correlacionadas (Schalock y Verdugo, 2002/2003).

#### **7. 1. 2. 5. Fiabilidad de la escala y las subescalas**

La fiabilidad se analizó en términos de consistencia interna y error típico de medida tanto por dimensiones como por colectivos de personas. Los resultados de tales análisis nos permiten llegar a las conclusiones siguientes:

- 1) *Los coeficientes de consistencia interna se pueden calificar de elevados en el caso de la escala total.*

- 2) *Las dimensiones más fiables son Autodeterminación y Bienestar emocional, mientras la dimensión menos fiable es Bienestar físico. El resto de las dimensiones obtienen coeficientes adecuados.*

Dado que las dimensiones presentan un número similar de ítems, no podemos explicar la menor fiabilidad de Bienestar físico por poseer un tamaño más reducido. De este modo, dirigimos la búsqueda de explicaciones al contenido de los ítems que componen la escala. Los resultados revelan que existe una escasa relación entre ellos, al analizar con detenimiento su contenido, descubrimos una mayor heterogeneidad en los resultados personales evaluados. De este modo, a pesar de las evidencias de validez de contenido anteriormente comentadas, parece conveniente revisar la adecuación de los ítems de esta dimensión dado que algunos podrían quizá estar más relacionados con contenidos evaluados en otras dimensiones.

- 3) *No existen diferencias significativas en los coeficientes de consistencia interna ( $\alpha$ ) encontrados para los distintos colectivos en Bienestar físico ni Inclusión social, pero sí en las seis dimensiones restantes, lo que indica que los ítems no son igualmente fiables en los distintos grupos (Tabla 170).*

Tabla 170. Resumen del contraste de fiabilidad de las dimensiones por colectivos

	<i>Puntuaciones sign. más fiables</i>	<i>Puntuaciones sign. menos fiables</i>
<i>BE</i>	Drogodependencias	Discapacidad intelectual
<i>RI</i>	Drogodependencias	Discapacidad intelectual
<i>BM</i>	Discapacidad intelectual	Salud mental
<i>DP</i>	Personas mayores	Discapacidad intelectual
<i>BF</i>	-	-
<i>AU</i>	Personas mayores	Discapacidad intelectual
<i>IS</i>	-	-
<i>DE</i>	Personas mayores	Salud mental

Como se sabe, la consistencia interna también se ve significativamente afectada por el tamaño de la muestra. No obstante, descartamos tal justificación como causante de las diferencias dado que si así fuera los mejores coeficientes serían en todo caso los obtenidos por las personas mayores al ser el grupo más numeroso. Al no ser así, tales resultados pueden explicarse por el grado de heterogeneidad de las respuestas de los distintos colectivos a los ítems de las diferentes dimensiones (i.e., a mayor variación en las puntuaciones en los ítems individuales, mayor consistencia interna). Aunque lo esperable y

más probable era que el colectivo más numeroso obtuviera mayor variación en sus respuestas, parece que no ha ocurrido así y que, en algunos casos, la variación ha sido superada por otros colectivos con un tamaño mucho menor. Así, parece existir una mayor heterogeneidad entre las respuestas de las personas con drogodependencias en Bienestar emocional y Relaciones interpersonales; de las personas con discapacidad en Bienestar material; y de las personas mayores en Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos. En cambio, parece existir más heterogeneidad en las respuestas de las personas con discapacidad intelectual en Bienestar material, Relaciones interpersonales, Desarrollo personal y Autodeterminación y las personas con problemas de salud mental en Bienestar material y Derechos. Los errores de medida confirman estos resultados al ser menos perjudiciales en Autodeterminación y Bienestar emocional.

Puesto que el objetivo primordial consiste en crear una escala de calidad de vida apropiada para todos los colectivos implicados, la existencia de diferencias significativas entre los grupos en la consistencia interna en seis de las ocho dimensiones, constituye de hecho una limitación del estudio que deja vislumbrar un ligero funcionamiento diferencial de la escala para los distintos grupos de participantes.

#### **7. 1. 2. 6. Fiabilidad de los ítems**

Con objeto de estudiar la fiabilidad de los ítems se calcularon sus índices de dificultad e índices de fiabilidad. Del estudio pormenorizado de tales análisis concluimos:

- 1) *En términos generales, la fiabilidad de los ítems es adecuada. Los ítems más fiables son los de Autodeterminación y Bienestar emocional, mientras los menos fiables se incluyen en Bienestar físico y Bienestar material. Las dimensiones restantes combinan ítems muy fiables con algunos de los menos fiables.*
- 2) *Los ítems más fáciles para los participantes son los de Bienestar material, Bienestar físico y Derechos, mientras los más difíciles resultan ser los de Bienestar emocional, Desarrollo personal y Autodeterminación.*
- 3) *Existe un número mucho mayor de ítems que resultan sencillos para los participantes, en comparación con el reducido número de ítems caracterizados por su dificultad. En ambos extremos, destacan los cuatro ítems incluidos en la Tabla 171.*

Tabla 171. Ítems más fáciles y más difíciles según la TCT

Ítems fáciles	Ítems difíciles
i10 de Relaciones interpersonales: <i>'Tiene una vida sexual satisfactoria'</i>	i09 de Relaciones interpersonales: <i>'La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya'</i>
i06 de Bienestar físico: <i>'En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma'</i>	
i10 de Derechos: <i>'Sufre situaciones de explotación, violencia y abusos'</i>	

### 7. 1. 3. Validación de la Escala mediante ESEM multigrupo

Las ventajas derivadas de la utilización de los modelos ESEM nos permitieron confirmar el ajuste del modelo de ocho dimensiones al realizar los análisis no ya sobre *parcels* – con las limitaciones que de ello se derivan– sino sobre los ítems. Además, el uso de los modelos ESEM permitió el contraste de la equivalencia factorial en los dos grandes grupos implicados en el estudio: las personas mayores y las personas en situación de desventaja social.

Los análisis de ecuaciones estructurales exploratorios realizados sobre los ítems confirmaron las hipótesis relativas al ajuste del modelo de ocho dimensiones tanto en los datos de las personas mayores como en los de las personas en desventaja social. Sin embargo, el ajuste del modelo fue significativamente superior en el caso de los datos de las personas mayores en comparación con los datos de las personas en desventaja social. El rechazo de la hipótesis referida a la invarianza factorial entre los grupos sugiere que el modelo no funciona exactamente igual en los dos grupos.

Una posible explicación al mejor ajuste del modelo en las personas mayores podría residir en la mayor homogeneidad de los datos a la que aludíamos anteriormente. Debemos tener en cuenta que bajo el denominador 'personas en desventaja social' se aglutinan una gran variedad de colectivos que, a priori, son muy diferentes entre sí; en cambio, las personas mayores conforman un grupo mucho más homogéneo, más numeroso y con poca variación en sus respuestas.



#### 7. 1. 4. Calibración de la Escala GENCAT mediante el modelo RSM

Merece la pena resaltar la que creemos es, en términos generales, la principal aportación de los análisis realizados mediante la perspectiva de la TRI: no solo corroboran los resultados obtenidos mediante la TCT, sino que sirven como complemento al arrojar algo de luz sobre sus posibles interpretaciones o explicaciones. A continuación se resumen algunas conclusiones más concretas de los análisis.

- 1) *En términos generales, los datos se ajustan al modelo. Los ítems con un ajuste más cuestionable son los incluidos en la Tabla 172.*

*Tabla 172. Ítems con ajuste más cuestionable al modelo RSM*

*í10 de Relaciones interpersonales: 'Tiene una vida sexual satisfactoria'*

*í10 de Derechos: 'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos'*

- 2) *Las correlaciones punto-biseriales más altas (cuya interpretación es similar al coeficiente alfa en la TCT) se obtuvieron en Autodeterminación y Bienestar emocional. Las más bajas se observaron en Bienestar físico.*
- 3) *Las dimensiones Derechos y Bienestar material son las que presentan mayores puntuaciones extremas (i.e., puntuaciones muy elevadas).*

Interpretamos este resultado como favorable a la explicación apuntada anteriormente sobre que los Derechos de los usuarios de servicios sociales parecen estar garantizados así como que sus necesidades básicas están cubiertas. El hecho de que las personas disfruten de un elevado Bienestar material es señal de los excelentes resultados en este sentido y aporta mayor credibilidad a esta interpretación en detrimento de la explicación que apuntaba un posible sesgo en las respuestas de los profesionales (pues los ítems esta vez no están tan directamente relacionados con el trabajo realizado en los servicios). No obstante, consideramos también que los ítems no discriminan adecuadamente entre las personas en estas dimensiones y, por ello, resultaría conveniente añadir ítems más difíciles en ambas subescalas para mejorar su precisión.

- 4) La mayor parte de los ítems se consideran muy precisos: 59 (85,5%) tienen un error de medida de ,02 a ,03.
- 5) Como se muestra en la Tabla 173, los ítems más precisos (i.e., cuya puntuación observada se acerca más a la puntuación real de la persona en el constructo evaluado) se incluyen en las dimensiones Autodeterminación, Bienestar emocional, Desarrollo personal e Inclusión social (de mayor a menor). Por el contrario, los menos precisos se encuentran (de menos a más) en Derechos, Bienestar físico, Bienestar material y Relaciones interpersonales.

Tabla 173. Resumen de ítems menor precisión según el modelo RSM

Ítems menos precisos	
BE	-
RI	i10 de Relaciones interpersonales: 'Tiene una vida sexual satisfactoria'
BM	i02 e i06 de Bienestar material: 'El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad' y 'El lugar donde vive está limpio'
DP	-
BF	i06 de Bienestar físico: 'En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma'
AU	-
IS	-
DE	i10, i09 e i08: 'Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos', 'En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos' y 'El servicio respeta la privacidad de la información'

- 6) Existe una gran discrepancia entre la excelente fiabilidad o separación de los ítems y la moderada o baja fiabilidad de las personas.

Mientras la primera indica que el tamaño de la muestra es el adecuado para asegurar la fiabilidad de las estimaciones, la segunda indica que el número de ítems es en ocasiones insuficiente o que no se ha evaluado un rango amplio de personas que se distribuyan en los distintos niveles del constructo.

En este sentido, descartamos la explicación relativa al número de ítems puesto que se alcanzan coeficientes satisfactorios en Autodeterminación, Bienestar emocional y Desarrollo personal (con nueve ítems la primera y ocho la segunda y tercera) e insatisfactorios en Derechos (con diez ítems), Bienestar material y Bienestar físico. Como hemos apuntando, estas dimensiones son las que presentan mayor número de puntuaciones extremas pero siempre en sentido positivo (i.e., puntuaciones altas).

Así, la fiabilidad de las personas aumentaría si evaluáramos a más personas con menor nivel en el constructo (i.e., con puntuaciones bajas). El hecho de que en una muestra representativa de usuarios de servicios sociales no se haya encontrado un número significativo de personas con puntuaciones bajas en estas subescalas, se considera un resultado positivo. Del mismo modo, resulta lógico que exista una mayor variabilidad en cuanto a la localización de las personas en las tres dimensiones que, aunque relacionadas con el trabajo llevado a cabo en las organizaciones, dependen más directamente de capacidades, habilidades, rasgos de personalidad y circunstancias de las personas.

Aun así, dado que la utilidad de un test para evaluar a las personas de forma precisa se incrementa ajustando la dificultad de los ítems al nivel de competencia, se considera que faltan ítems de dificultad alta para evaluar adecuadamente a las personas con alta competencia (Prieto y Delgado, 2003). Por ello, sería conveniente incluir algunos ítems más difíciles en estas dimensiones con la intención de poder aumentar su nivel de precisión (no ya por aumentar simplemente su número, sino por ajustar la dificultad de los ítems al nivel de competencia).

- 7) *Se ratifican en gran medida los resultados obtenidos mediante la TCT acerca de la facilidad o dificultad de los ítems: como se muestra en la Tabla 174, los ítems fáciles prevalecen sobre los difíciles.*

Tabla 174. Ítems más fáciles y más difíciles según el modelo RSM

Ítems fáciles (i.e., requieren menor nivel de habilidad) ( $< -1,5$ logits)	Ítems difíciles (i.e., requieren mayor nivel de habilidad) ( $\geq -1,5$ logits)
i08 de Desarrollo personal: 'El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas'	i09 de Relaciones interpersonales: 'La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya'
i10 de Relaciones interpersonales: 'Tiene una vida sexual satisfactoria'	i07 de Bienestar material: 'Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos'
i06 de Bienestar físico: 'En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma'	
i10 de Derechos: 'Sufre situaciones de explotación, violencia y abusos'	
i03 de Autodeterminación: 'El servicio al que acude tiene en cuenta sus preferencias'	

- 8) *La calibración de los ítems pone de manifiesto que las dimensiones Relaciones Interpersonales, Autodeterminación y Derechos cubren un rango mayor de resultados personales en comparación con las restantes.*

Este fenómeno sí podría explicarse por el mayor número de ítems incluidos en éstas.

- 9) *La dimensión Relaciones interpersonales es la que muestra una mayor adecuación en cuanto a la dificultad de los ítems para la muestra.*

En consonancia con los resultados anteriores, el análisis de la adecuación de la dificultad mediante los mapas de ítems y personas confirma la interpretación anterior acerca de que los ítems de Bienestar material, Bienestar físico y Derechos resultan demasiado fáciles para los participantes. Si los ítems son fáciles quiere decir que se estiman con más precisión los parámetros de las personas de bajo nivel. De forma similar, si los sujetos presentan un nivel alto, se estimarán con mayor precisión los parámetros de los ítems difíciles, por lo que sería necesario incluir más ítems que evaluaran tales constructos en los niveles más altos de habilidad para aumentar así su capacidad discriminativa y su precisión en los niveles altos del constructo. Al mismo tiempo, rechazamos otra posible solución: la inclusión de más personas en la muestra con puntuaciones bajas dado que, como hemos señalado, se trata de una muestra representativa y, por tanto, podemos deducir que no existen un número mayor de usuarios que obtuvieran puntuaciones bajas en estas dimensiones en Cataluña (i.e., con los ítems incluidos en la versión sometida a prueba).

- 10) *Las categorías de respuesta son adecuadas en términos generales. No obstante, las categorías extremas ('nunca o casi nunca' y 'siempre o casi siempre') son las más utilizadas en comparación con las intermedias. La opción 'frecuentemente' es mucho más utilizada que 'algunas veces' (i.e., en los ítems de valencia positiva; y al contrario en los de valencia negativa). Esta última, además, parece no funcionar de forma adecuada en Relaciones interpersonales, Bienestar material y Derechos, puesto que apenas existe probabilidad de ser utilizada en tales dimensiones.*
- 11) *Los ítems y las dimensiones en conjunto proporcionan su máxima información en los niveles medios de habilidad, mientras el nivel de información decrece en los niveles bajos.*

- 12) No existe funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) por género con excepción del i39 (*'Tiene un buen aseo personal'*) de Bienestar físico que, a priori y siguiendo estrictamente los supuestos del modelo RSM, debería ser eliminado por un posible sesgo a favor de las mujeres; es decir, parece que mide diferencialmente a varones y mujeres por lo que podría reflejar un contenido más relacionado con aspectos sociales del género femenino y masculino que con atributos del Bienestar físico.

Sí existe funcionamiento diferencial en 10 de los 69 ítems (14,5%) por condición o colectivo, con la única excepción de Bienestar material, donde no parecen existir sesgos. En este sentido, de los 10 ítems que presentan DIF en la escala GENCAT, los incluidos en Bienestar físico son los que obtienen los peores resultados al contar tres de ellos con DIF a favor de las personas mayores: *'Tiene un buen aseo personal'*, *'Dispone de ayudas técnicas si las necesita'* y *'Sus hábitos de alimentación son saludables'*. Asimismo, Autodeterminación contiene dos ítems con DIF: *'Tiene metas, objetivos e intereses personales'* y *'Elige con quién vivir'* en Autodeterminación, el primero resulta más difícil para los mayores mientras el segundo lo es para las personas en desventaja social. El resto de las dimensiones contienen un ítem problemático cada una: *'Tiene problemas de comportamiento'* de Bienestar emocional (que resulta más difícil para las personas en situación de desventaja social), *'La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya'* de Relaciones interpersonales (que resulta más difícil para las personas mayores), *'Tiene acceso a nuevas tecnologías'* de Desarrollo personal (que resulta más difícil para las personas mayores), *'Utiliza entornos comunitarios'* en Inclusión social (que resulta mucho más difícil para los mayores) y *'Tiene limitado algún derecho legal'* en Derechos (que resulta más difícil para las personas en desventaja social). Así, comprobamos que 6 de los 10 ítems señalados resultan más difíciles para las personas en situación de riesgo de exclusión social mientras cuatro les resultan más sencillos que a las personas mayores. De este modo, se pone en evidencia la posibilidad de la existencia de un cierto sesgo a favor de un colectivo u otro.

Como es sabido, el funcionamiento diferencial de los ítems en los grupos indica que los sujetos de distintos grupos que tienen el mismo nivel de habilidad deberían responder de una forma similar a los ítems y, en cambio, no lo hacen. No obstante, el análisis del impacto del ítem o del funcionamiento diferencial es de naturaleza estadística, mientras el análisis del sesgo del ítem es esencialmente cualitativo: un ítem está sesgado frente a un grupo cuando los sujetos que pertenecen a ese grupo tienen un menor rendimiento que los sujetos con igual nivel de habilidad pero que pertenecen a otro grupo, y la razón de este menor

*rendimiento es irrelevante (variables ajenas) para el constructo que mide el test.* De este modo, para que se pueda hablar de que existe sesgo del ítem es necesario identificar alguna característica del ítem que esté perjudicando a uno de los grupos; es decir, sólo una vez que se ha encontrado la explicación para estas diferencias y se observa que son diferencias no relacionadas con el objetivo del test, al ítem en cuestión se le añade la etiqueta de «ítem sesgado» (Prieto y Delgado, 2003).

El análisis cualitativo de los ítems con funcionamiento diferencial no nos permite apuntar ninguna explicación o característica que pueda perjudicar a alguno de los grupos y que no esté relacionado directamente con la calidad de vida de esas personas. De hecho, los resultados de la consulta a jueces expertos y de los grupos de discusión ratifican la relevancia de todos los ítems para evaluar la calidad de vida de los diferentes colectivos, por lo que concluimos que no se trata de «ítems sesgados». No obstante, sería conveniente observar el funcionamiento de estos ítems en otras muestras e, incluso, dividir la muestra en submuestras aleatorias para confirmar la existencia de tal funcionamiento diferencial.

### **7. 1. 5. La calidad de vida de los usuarios de los servicios sociales en Cataluña**

*1) Los resultados de la evaluación de la calidad de vida en los usuarios de servicios sociales en Cataluña son positivos.*

Los resultados fueron especialmente elevados en Derechos, Bienestar material y Bienestar físico. Como hemos venido señalando hasta ahora interpretamos los excelentes resultados obtenidos en las dos primeras dimensiones como producto de los esfuerzos y el trabajo realizado en los servicios sociales, así como por el hecho de vivir en un país desarrollado en el que los derechos y la satisfacción de las necesidades básicas están garantizados. Además, por la facilidad de los ítems para la población evaluada y su escaso poder discriminativo, produciéndose de modo semejante a la mayor parte de las evaluaciones de calidad el consabido efecto techo.

Más sorprendentes nos resultan las altas puntuaciones obtenidas en Bienestar físico en una muestra como la que nos ocupa: personas con discapacidad, personas mayores, personas con VIH/SIDA, etc. También señalábamos con anterioridad como explicación

plausible que en esta dimensión se evalúan muy diversos aspectos que bien podrían estar afectando a aspectos diferentes (así lo confirman, los resultados obtenidos en consistencia interna y el correlograma de las correlaciones policóricas) no tan relacionados con la salud como con otras dimensiones.

Desarrollo personal e Inclusión social arrojaron los peores resultados, por lo que se concluye que queda aún trabajo por hacer en este sentido por parte de las organizaciones y que a la mejora de resultados personales en estas áreas deberían dirigirse en mayor medida los planes de atención y apoyos con objeto de mejorar la calidad de vida. Las subescalas con resultados altos pero mejorables fueron Bienestar emocional, Autodeterminación y Relaciones interpersonales.

De este modo, si hubiera que establecer prioridades a la hora de diseñar y aplicar un programa de intervención dirigido a la mejora de la calidad de vida de estos usuarios, sería aconsejable comenzar por las áreas de Desarrollo personal e Inclusión social.

*2) Existen diferencias significativas en la calidad de vida de los usuarios en función de diversas variables sociodemográficas.*

Aunque las diferencias encontradas fueron a favor de los varones, las discrepancias fueron muy ligeras y los tamaños de los efectos muy pequeños, por lo que consideramos que podrían estar debidas en buena medida al alto número de participantes.

En cuanto a la edad, son las personas con las edades más extremas (i.e., menores de 20 años y mayores de 60) los que obtienen resultados significativamente más elevados que los de edades intermedias (Tabla 175). Estos resultados podrían explicarse quizá por la mayor cantidad de apoyos y cuidados que puedan recibir tanto los más jóvenes como los más mayores por parte de los familiares y los recursos sociales. Las puntuaciones más bajas son las obtenidas por las personas con 21-40 años (excepto en Bienestar físico) por lo que podría ser conveniente prestar una mayor atención en los programas de calidad de vida a aquellas personas que se encuentra en este periodo del ciclo vital, quizás por la menor estabilidad que caracteriza esta etapa en términos generales al coincidir con la toma de muchas decisiones vitales relativas al empleo, situación familiar, etc. En cambio, en Bienestar físico

son las personas entre 61-70 años los que obtienen las peores puntuaciones. El hecho de que sean éstos y no los mayores de 70, nos llevan a pensar como una de las posibles explicaciones que los servicios están dirigiéndose de forma más prioritaria a las personas de edad más avanzada.

Tabla 175. Resumen de diferencias significativas por variables sociodemográficas

	Puntuaciones sign. más altas	Puntuaciones sign. más bajas
BE	Hombres Discapacidad intelectual Soltero con pareja	- VIH/SIDA Separado / Casado
RI	Mayores en centros de día < 20 años Casado / Soltero con pareja Garantía social	VIH/SIDA 31-40 años Separado Diplomatura /Bachillerato
B M	Discapacidad intelectual Tierras del Ebro / Ámbito de Poniente Viudo / Soltero sin pareja	Discapacidad física Comarcas Gerundenses Soltero con pareja / Separado
DP	Hombres Drogodependientes / VIH / SIDA Divorciado / Soltero con pareja	- Discapacidad intelectual Casado
BF	Hombres Discapacidad intelectual / Drogodependientes Comarcas centrales Piso tutelado / Ind. sin apoyos Soltero sin pareja	- VIH/SIDA / Mayores en centros de día Alto Pirineo y Arán - Casado
AU	Hombres Drogodependientes / Salud mental / VIH / SIDA / Mayores en residencias 61-80 años Alto Pirineo y Arán Independiente sin apoyos Separado /Divorciado	- Discapacidad intelectual - 21-40 años Campo de Tarragona Residencia familiar Soltero sin pareja
IS	Mayores en centros de día < 20 años Tierras del Ebro Viudo /Soltero con pareja / Casado	VIH/SIDA 61-70 años Comarcas Gerundenses Separado
DE	VIH/SIDA/Salud mental / Mayores en residencias/ Drogodependientes Hasta 50 años Comarcas Gerundenses Separado /Divorciado/ Viudo	Discapacidad intelectual - - > 51 años Campo de Tarragona Soltero sin pareja



Si comparamos por tipo de colectivo o condición, los peores resultados son los obtenidos por las personas con discapacidad y las personas con SIDA/VIH en comparación con las personas mayores y las personas con drogodependencias. Por lo que podría pensarse que sería conveniente una mayor asignación de recursos, apoyos y atención a los primeros.

Existen también diferencias significativas en todas las puntuaciones de calidad por estado civil, especialmente en Relaciones interpersonales y Bienestar material. En este sentido, son las personas solteras sin pareja, las separadas y (asombrosamente) las casadas los que obtienen los peores resultados, mientras los solteros con pareja, viudos y divorciados alcanzan las puntuaciones más altas.

Con relación al lugar de residencia, solo existen diferencias significativas en Bienestar físico y Autodeterminación. En la primera, las personas que viven en pisos tutelados obtienen puntuaciones significativamente superiores al resto (pero no a las obtenidas por las personas que viven de forma independiente sin apoyos). En la segunda, las personas que viven de forma independiente obtienen los mejores resultados. En contraposición, las personas que viven con su familia obtienen los peores resultados. De este modo, podemos concluir que el nivel en Bienestar físico y Autodeterminación está relacionado con el lugar en el que vive la persona, de tal modo que las puntuaciones son mejores en aquellas opciones en las que las personas requieren y reciben menor nivel de apoyos (pisos tutelados y vida independiente).

Finalmente, existen diferencias significativas en función del nivel educativo tan solo en Relaciones interpersonales: las personas con Bachillerato y Diplomatura alcanzan puntuaciones significativamente superiores a aquellos que cursaron programas de Garantía Social, aunque no podemos aventurar una explicación suficientemente razonable para este resultado.

*3) Las puntuaciones obtenidas en las subescalas permiten predecir la pertenencia a los grupos calidad de vida alta, media o baja en función de la puntuación total obtenida en la Escala GENCAT.*

No obstante, como ya apuntaba la TRI, los ítems de todas las dimensiones discriminan mejor a las personas con puntuaciones medias, seguidas de aquellos con puntuaciones bajas. La escala discrimina peor entre personas con puntuaciones altas, lo que puede explicarse por la sencillez (i.e. facilidad) de los ítems en algunas de las dimensiones. Las dimensiones que

peor discriminan son Bienestar material y Bienestar físico, mientras la que mejor lo hace es en esta ocasión Desarrollo personal.

## 7. 2. Conclusiones generales

Como conclusión principal de este trabajo, podemos apuntar que este estudio constituye una primera aproximación a la evaluación de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales nunca realizada hasta la fecha. Más que concluir que se trata de un instrumento válido y fiable, en la línea de las nuevas concepciones, debemos matizar que creemos que hemos aportado evidencias de validez sobre la Escala GENCAT más que satisfactorias y basadas en: (1) el contenido y su adecuación a la población catalana (expertos, grupos de discusión, poder discriminativo); (2) su estructura factorial (AFC, ESEM multigrupo); y (3) en las respuestas de las personas (modelo RSM).

En cuanto a la fiabilidad, consideramos adecuada la alcanzada por la mayor parte de las dimensiones; si bien, Bienestar físico se presenta con una fiabilidad muy cuestionable. Por ello, sería conveniente revisar el contenido de esta subescala, siendo necesario muy probablemente eliminar (o mover a otras dimensiones más adecuadas) algunos de los ítems señalados e incluir otros más relacionados con el constructo. Hemos constatado asimismo que podría mejorarse la precisión y fiabilidad de subescalas como Bienestar material y Derechos, incluyendo ítems más difíciles para esta población. En cambio, las dimensiones de Autodeterminación y Bienestar emocional podrían calificarse como las más adecuadas.

Destaca también que tanto la Escala GENCAT como el modelo de calidad de vida que la sustenta parecen funcionar mejor y arrojar mejores resultados en las personas mayores que en el colectivo de personas en desventaja social. Este resultado nos lleva a considerar la necesidad de ampliar el número de participantes de los distintos subgrupos aquí englobados para confirmar tal funcionamiento diferencial o comprobar, en el mejor de los casos, que esté causado simplemente por la gran heterogeneidad de este grupo.

Finalmente, aunque los resultados obtenidos en Bienestar físico debemos tomarlos con precaución, podemos concluir que la calidad de vida de los usuarios sociales es bastante alta. Los resultados son excelentes en Bienestar material y Derechos. En cambio, parece

recomendable dirigir mayores esfuerzos a la mejora del Desarrollo personal y la Inclusión social.

### 7. 2. 1. Puntos fuertes del estudio

Nos gustaría destacar el proceso riguroso que se ha seguido para el desarrollo de la Escala GENCAT, así como los esfuerzos que se han invertido por parte del equipo de investigación para llevarlo a cabo. Por ello, a continuación señalamos los que consideramos son los puntos fuertes de esta investigación que, independientemente de los resultados obtenidos y pese a que se trata de una primera aproximación a la evaluación de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales, podemos afirmar no son muy frecuentes en la investigación aplicada en nuestro campo. Además, nos gustaría destacar la combinación de métodos propios de la TCT y TRI (y dentro de éstos, el uso de metodologías muy recientemente desarrolladas como los análisis ESEM), que aportan a este trabajo un alto grado de innovación.

En primer lugar, queremos destacar el amplio número de jueces expertos (inusitado en investigaciones como la que nos ocupa) y la posterior realización de los grupos de discusión. Con ellos, creemos que se han aportado más que suficientes evidencias de validez basadas en el contenido de la escala.

En segundo lugar, con el fin de que la muestra fuera representativa y los resultados generalizables a la población, se realizó un arduo trabajo para realizar un muestreo estratificado por colectivos y comarcas, no solo por la dificultad que la tarea entraña en sí misma sino por las muchas lagunas e incorrecciones observadas en los censos disponibles en Cataluña, que nos obligaron a llevar a cabo la tarea añadida de actualizarlos.

Un tercer aspecto a destacar fue la determinación de solicitar la participación no solo por correo sino también mediante contacto telefónico con un número tan amplio de centros y participantes. Finalmente, consideramos también excepcional la disposición a colaborar de la mayor parte de los centros seleccionados, en la que creemos el contacto telefónico jugó un papel fundamental.

En cuarto lugar, podemos afirmar que la Escala GENCAT cuenta con suficientes evidencias acerca de su validez para evaluar la calidad de vida de los usuarios de servicios

sociales en Cataluña y que se revela como el único instrumento disponible hasta la fecha que puede ser sensible a planes de intervención dirigidos a la mejora de resultados personales (y por tanto de la calidad de vida de los usuarios) y tener, por tanto, gran utilidad aplicada en los servicios y en el desarrollo y evaluación de programas. De hecho, los resultados obtenidos superan ampliamente a los mostrados por otros instrumentos desarrollados para evaluar la calidad de vida. Aún así, no descartamos otro tipo de evaluaciones complementarias, sino más bien todo lo contrario: consideramos altamente recomendable su aplicación junto a, por ejemplo, evaluaciones subjetivas de la calidad de vida (e.g., Escala INTEGRAL; Verdugo, Gómez et al., 2009), de los apoyos (Escala de Intensidad de Apoyos, SIS; Verdugo, Arias e Ibáñez, 2007), de la conducta adaptativa (Escala de Diagnóstico de la Conducta Adaptativa, DABS; Verdugo, Arias y Navas, en prensa) y de la Autodeterminación (Verdugo, Vicent y Gómez, 2006).

### 7. 2. 2. Limitaciones del estudio

No obstante, aunque el trabajo tenga varios puntos fuertes, no está libre de limitaciones. Además de las ya apuntadas a lo largo de la exposición del estudio y las señaladas anteriormente en las conclusiones y que no repetiremos aquí en aras de evitar ser redundantes, podemos señalar los puntos débiles que detallamos a continuación.

En primer lugar, pese a los esfuerzos realizados en la selección de la muestra y durante el proceso de recogida de datos, solo podemos afirmar que la muestra sea representativa en el caso de las personas mayores. El desconocer los tamaños de la población del resto de los subgrupos así como el juntarlos bajo el denominador común de personas en desventaja social perjudicó considerablemente la representatividad de esta parte de la muestra. Aunque las razones para agrupar a colectivos tan dispares en uno solo nos fueron ajenas –fueron consecuencia de razones presupuestarias–, ésta no deja de ser una de las grandes limitaciones del estudio. Por ello, consideramos necesaria la confirmación de la adecuación de la escala en muestras representativas de los distintos colectivos, por lo que sería necesaria una ampliación de esta parte de la muestra.

En segundo lugar, encontramos como una limitación importante el hecho de no contar con datos acerca de la fiabilidad interevaluadores, cuestión que se torna de vital importancia en una escala en la que la calidad de vida es evaluada no por la propia persona sino por terceros y,

más aún, cuando la calificamos de objetiva. Aunque existen ya estudios –aún sin publicar– en esta línea que resultan prometedores, su demostración es uno de los objetivos prioritarios de aquí en adelante. Del mismo, sería conveniente demostrar la fiabilidad test-retest para contrastar la fiabilidad temporal de las puntuaciones.

En tercer lugar, la ausencia de otros instrumentos para evaluar la calidad de vida en usuarios de servicios sociales así como el desconocimiento de un criterio externo de calidad de vida hicieron imposible aportar evidencias de validez referidas al criterio. En este sentido, se perfila como una amplia línea de investigación futura analizar la correlación de las puntuaciones en la Escala GENCAT con la obtenida en otras pruebas desarrolladas para poblaciones específicas (e.g., la escala INTEGRAL en personas con discapacidad y la Escala FUMAT en personas mayores). En esta línea, van Loon et al. (2008) realizaron el estudio de las propiedades psicométricas de la ‘Escala de Resultados Personales’ (*Personal Outcomes Scale*) utilizando la Escala GENCAT como criterio, por lo que se disponen de algunas evidencias en este sentido.

Finalmente, a pesar del exhaustivo y riguroso proceso de desarrollo y aunque en líneas generales los resultados son satisfactorios, no deja de ser una limitación del instrumento la baja fiabilidad de la subescala Bienestar físico y la excesiva sencillez de los ítems de Bienestar material y Derechos, por lo que en próximos estudios convendría considerar la inclusión de ítems más difíciles en las dos últimas subescalas y la revisión de los ítems de la primera.

### **7. 2. 3. Líneas futuras de investigación**

Con respecto a las líneas futuras de investigación más concretas y más directamente relacionadas con la Escala GENCAT, además de las ya señaladas dirigidas a la superación de las limitaciones de este estudio, nos gustaría señalar cuatro líneas adicionales y complementarias a las anteriores. A la consecución de estos objetivos estamos dirigiendo ya nuestros esfuerzos en la actualidad.

En primer lugar, consideramos de gran relevancia la comprobación de la fiabilidad y validez del instrumento en población española. En este sentido, se ha iniciado ya su aplicación en diversas comunidades autónomas para comprobar si se mantienen los óptimos resultados obtenidos con los usuarios de servicios sociales en Cataluña.

En segundo lugar, dada su utilidad y sus satisfactorias propiedades psicométricas, sería de gran relevancia la adaptación de la escala para su aplicación en otros países. En la actualidad disponemos de una versión traducida al inglés y otra traducida al holandés. Ésta última está siendo adaptada Holanda y, como comentábamos anteriormente, está sirviendo como criterio en evaluaciones de calidad de vida realizadas en tal país con la 'Escala de Resultados Personales' (*Personal Outcomes Scale*) (van Loon et al., 2008).

En tercer lugar, el estudio de la relación de la evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida continua siendo en la actualidad un campo de estudio con resultados contradictorios que consideramos de especial relevancia y que merece seguir siendo investigado (e.g., mediante la Escala GENCAT y la Escala INTEGRAL de Verdugo et al., 2009).

Finalmente, la línea de investigación sobre calidad de vida abre un gran abanico de posibles líneas de investigación si consideramos la relevancia que este constructo puede mantener con otros hoy en día tan relevantes (especialmente en el ámbito de la discapacidad intelectual) como los conceptos de apoyos (e.g., mediante la Escala de Intensidad de Apoyos, SIS; adaptación de Verdugo, Arias e Ibáñez, 2007) y el de conducta adaptativa (e.g., mediante la Escala de Diagnóstico de la Conducta Adaptativa, DABS; adaptación de Verdugo, Arias y Navas, en prensa).

Llegados a este punto, debemos recordar que este trabajo se enmarca en una línea de investigación sobre calidad de vida iniciada ya hace más de una década por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca y liderada por su director, el Dr. Miguel Ángel Verdugo cuando comenzó a colaborar con el Dr. Robert L. Schalock en la conceptualización y mejores modos de evaluar el constructo. A lo largo de estos años, son muy numerosas y variadas las publicaciones (e.g., Arias et al., en prensa; Schalock et al., en prensa; Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, en prensa; Verdugo, Gómez, Schalock y Arias, 2009), proyectos de investigación (e.g., BSO2003-03059 y SEJ2006-12575 del Ministerio de Ciencia y Tecnología; GR193, grupo de Excelencia de la Junta de Castilla y León, entre otros), tesis doctorales (e.g., Córdoba, 2004; Crespo, 2003; Gómez-Vela, 2003; González, 2002; Ibáñez, 2009; Martín, 2006; Morentin, 2008; Sabeh, 2004), trabajos de grados (e.g., Gómez, 2005), cursos de formación, congresos y jornadas científicas, o instrumentos de evaluación (Gómez et al., 2008; Verdugo y Schalock, 2001; Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2008a; Verdugo, Gómez y Arias, en prensa; Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, 2009), a los que ha

dado lugar esta línea de investigación. Desde la búsqueda el estudio de los indicadores principales de las dimensiones de calidad de vida del modelo multidimensional propuesto por Schalock en 1996 (a la que aludíamos en *la Justificación Teórica* de este trabajo), se han realizado estudios transculturales con el objetivo de comprobar la estructura factorial y corroborar los aspectos *etic* y *emic* del constructo (Jenaro et al., 2005; Schalock et al., 2005) y se ha comprobado la adecuación del modelo en diversos estudios y con muy distintas metodologías (e.g., análisis factorial confirmatorio, ecuaciones estructurales y redes neuronales).

El contar con un modelo cada vez más sólido e internacionalmente aceptado y con instrumentos adecuados para realizar su evaluación de forma válida y fiable, nos ha llevado en la actualidad a encontrarnos en una fase posterior a la de conceptualización y evaluación de la calidad de vida. Podemos decir que nos encontramos hoy en el momento idóneo para aplicar el concepto y llevar a cabo su evaluación en el campo aplicado y en diversos ámbitos. Por ello, hoy vemos como principal línea de investigación su aplicación en los servicios sociales con el objetivo de contribuir a desarrollar y evaluar programas dirigidos a la mejora de resultados personales y de la calidad de vida.

En este sentido, consideramos que la Escala GENCAT constituye una importante contribución a este respecto. Con ella, podemos enfrentarnos a la que hasta ahora constituía la mayor dificultad planteada en nuestro ámbito: la aplicación real del concepto en los servicios. Así, hoy disponemos de un instrumento sensible a los cambios que nos permitirá realizar una evaluación válida de resultados personales como criterio para identificar necesidades y diseñar programas, a la vez que constatar también los avances en el proceso inclusivo y de planificación de los apoyos centrados en la persona (Schalock, Gardner y Bradley, 2008; Verdugo, 2009a). Consideramos de este modo a la Escala GENCAT como una herramienta única y destacada con gran utilidad para producir cambios en las prácticas profesionales y en los resultados personales obtenidos por las personas con mayor riesgo de exclusión social (microsistema), en las organizaciones (mesosistema) y en las políticas sociales (macrosistema).

Para terminar, queremos apuntar nuestro vehemente deseo de que este estudio, a pesar de las limitaciones y reconociendo que aún queda mucho por hacer, realmente constituya al menos un pequeño paso para lograr los cambios mencionados en el nivel del microsistema, del mesosistema y, por qué no, del macrosistema.





*“A unos trescientos o cuatrocientos metros de la Pirámide me incliné, tomé un puñado de arena, lo dejé caer silenciosamente un poco más lejos y dije en voz baja: Estoy modificando el Sahara. El hecho era mínimo, pero las no ingeniosas palabras eran exactas y pensé que habría sido necesaria toda mi vida para que yo pudiera decir las”.*

**[BORGES, ATLAS, 1984]**



# Referencias



## REFERENCIAS

- Aaronson, N.K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S. et al. (1992). International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project [PDF]. *Quality of Life Research*, 1(5), 349-51. Recuperado de <http://www.jstor.org/pss/4035108>.
- Abad, F., Olea, J., Ponsoda, V., Ximénez, C. y Mazuela, P. (2004). Efecto de las omisiones en la calibración de un test adaptativo informatizado. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Suplemento*, 1-6.
- Abalo, M. C., Savio, G., Torres, A., Martín, V., Rodríguez, E. y Galán, L., (2006). Steady state responses to multiple amplitude-modulated tones: an optimized method to test frequency-specific thresholds in hearing-impaired children and normal-hearing subjects. *Ear & Hearing*, 22, 200-211.
- Abdel-Kader, K., Unruh, M. L. y Weisbord, S. D. (2009). Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4, 1057-1064. doi: 10.2215/CJN.00430109
- Adler, M. y Ziglio, E. (1996). Gazing into the oracle. Bristol, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Aguado, A. L. y Alcedo, M. A. (2005). Una visión psicosocial del envejecimiento de las personas con lesión medular. *Intervención Psicosocial*, 14(1), 51-63.
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Fontanil, Y., Arias, B. y Verdugo, M. A. (2003). Calidad de vida y necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Informe de investigación no publicado*, IMSERSO y Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Fontanil, Y., Arias, B., Verdugo, M. A. y Badía, M. (2006). Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal: estudio sobre el incremento de necesidades y el descenso de calidad de vida en el proceso de envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad. *Informe de investigación no publicado*, IMSERSO y Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Rueda, M. B., Flórez, M. A. y Gutiérrez, M. (1994). *Una escala multidimensional de evaluación de personas con lesión medular: primeros resultados en Asturias y Euskadi*. Comunicación presentada en el IV Congreso de Evaluación Psicológica, septiembre, Santiago de Compostela.
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Rueda, M. B., González, M. y Real, S. (2008). La evaluación e intervención de mayores dependientes. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Psicología de la vejez: una Psicogerontología aplicada* (pp. 215-247). Madrid: Pirámide.

- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Rueda, M. B., Santos, A. M. y González, I. (1997, marzo). *Una aproximación psicométrica a la Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares*. Comunicación presentada a las II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Salamanca. Recuperado de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/simpos/s14.htm>.
- Aguado, A. L., González, I., Alcedo, M. A. y Arias, B. (2003). Calidad de vida y lesión medular. En M. A. Verdugo y B. Jordán de Urríes (Coords.), *Investigación, innovación y cambio* (pp. 624-664). Salamanca: Amarú.
- Aguinis, H., Boik, R. J. y Pierce, C. A. (2001). A generalized solution for approximating the power to detect effects of categorical moderator variables using multiple regression. *Organizational Research Methods*, 4, 291-323. doi: 10.1177/109442810144001
- Alcedo, M. A., Aguado, A. L., Arias, B., González, M. y Rozada, C. (2008). Escala de Calidad de Vida (ECV) para personas con discapacidad que envejecen: estudio preliminar. *Intervención Psicosocial*, 17, 153-167. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n2/v17n2a05.pdf>
- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (1974). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: Author.
- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (1985). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: Author.
- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (1954). *Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques*. Washington, DC: Author.
- Andersen, E. B. (1977). The rating scale model. En W. J. Van del Linden y R. K. Hambleton (Eds.), *Handbook of modern item response theory* (pp. 67-84). Nueva York: Springer.
- Anderson, K. L. y Burckhardt, C. S. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of advanced nursing*, 29, 298-306. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00889.x
- Andrews, F. M. y Whitney, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perception of quality of life*. Nueva York: Plenum Press.
- Andrich, D. (1978). Application of a psychometric rating model to ordered categories which are scored with successive integers. *Applied Psychological Measurement*, 2, 581-594. doi: 10.1177/014662167800200413

- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Matschinger, H. y Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: results of a follow-up study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 48, 189-99. doi: 10.1177/002076402128783235
- Arbuckle, J. L. (2000). *Exploratory structural equation modeling*. Nueva York: Fordham University, Department of Psychology colloquium series.
- Arias, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. En M. A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía y B. Arias (Coords.). *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales*. Salamanca: INICO.
- Arias, B., Gómez, L. E., Verdugo, M. A. y Navas, P. (en prensa). Evaluación de la calidad de vida en drogodependientes mediante el modelo de Rasch. *Revista Española de Drogodependencias*.
- Arias, B., Ovejero, A. y Morentin, R. (2009). Love and emotional well-being in people with intellectual disabilities. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 204-216. Recuperado de [http://www.ucm.es/info/Psi/docs/journal/v12\\_n1\\_2009/art204.pdf](http://www.ucm.es/info/Psi/docs/journal/v12_n1_2009/art204.pdf)
- Arostegui, I. (1998). Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. *Tesis doctoral no publicada*. Universidad de Deusto, Bilbao.
- Arostegui, I. (2002). *Calidad de vida y retraso mental*. Bilbao: Mensajero.
- Asociación Americana de Psicología (2009). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª ed.) Washinton, DC: American Psychological Association.
- Asparouhov, T. y Muthén, B. (en prensa). Exploratory structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*. Recuperado de <http://www.statmodel.com/download/EFACFA810.pdf>
- Ayala, R. J. (2009). *Theory and practice of item response theory*. Nueva York: Guildford Press.
- Aznar, A. S. y Castañón, G. G. (2005). Quality of life from the point of view of Latin American families: a participative research study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 784-788.
- Baker, R. y Hall, J. N. (1983). *Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker (REHAB)*. Averdeen, Escocia: Vine Publishing Ltd.
- Baker F. e Intagliata J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation & Program Planning*, 5, 69-78. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6V7V-466FMG6-9V/2/775602c420e4b478f03f992c6bea9ffc>
- Bandalos, D. L. (2002). The effects of item parceling on goodness-of-fit and parameter estimate bias in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 9, 78-102. doi: 10.1207/S15328007SEM0901\_5

- Bandalos, D. y Finney, J. S. (2001). Item parceling in structural equation modeling. En G. A. Marcoulides y R. Schumacker (Eds.), *New developments and techniques in structural equation modeling* (pp. 269-295). Mahwah, Nueva Jersey: Earlbaum.
- Bangdiwala, K. (1987). Using SAS software graphical procedures for the observer agreement chart. *Proceedings of the SAS Users Group International Conference*, 12, 1083-1088.
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Barrada, J. R., Olea, J., Ponsoda, V. y Abad, F. J. (2006). Estrategias de selección de ítems en un test adaptativo informatizado para la evaluación del inglés escrito. *Psicothema*, 18, 828-834. Recuperado de <http://148.215.1.166:89/redalyc/pdf/727/72718423.pdf>.
- Bartram, D. (2001). Guidelines for test users: a review of national and international initiatives. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 173-186.
- Batista-Foguet, J. M. y Coenders, G. (1998). Modelos de ecuaciones estructurales. El Análisis Factorial Confirmatorio para la optimización del cuestionario. En J. Renom (Ed.), *Tratamiento informatizado de datos* (pp. 229-285). Barcelona: Masson.
- Batista-Foguet, J. M. y Coenders, G. (2000). *Modelos de ecuaciones estructurales*. Madrid: Hespérides.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis Factorial Confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122, 21-27. Recuperado de <http://www3.udg.edu/fcee/professors/gcoenders/pap21.pdf>
- Bauer, R. A. (Ed.) (1966). *Social Indicators*. Cambridge, Massachusetts: M.I.T. Press.
- Bechdolf, A., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S. y Pukrop, R. (2003). Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 253, 228-235. doi: 10.1007/s00406-003-0436-3
- Behari, M., Srivastava, A. K. y Pandey, R. M. (2005). Quality of life in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 11, 221-226. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=486462&blobtype=pdf>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246. <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1990-13755-001&CFID=9558673&CFTOKEN=51342225>
- Bentler, P. M. y Chu, C. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological Methods & Research*, 16, 78-117. doi: 10.1177/0049124187016001004



- Bigby, C., Webber, R., Bowers, B. y MacKenzie-Green, B. (2008). A survey of people with intellectual disabilities living in residential aged care facilities in Victoria. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 404-414. doi: 10.1111/j.1365-2788.2007.01040
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Steward, L. y Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En G. J. Stahler y W. R. Tash WR (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation* (pp. 345-366). Nueva York: Academic Press.
- Blunden, R. (1988). Quality of life in persons with disabilities: issues in the development of services. En R.I. Brown (Ed.), *Quality of life for handicapped people* (pp. 37-55). Londres, Reino Unido: Croom Helm.
- Bock, R. D. y Moustaki, I. (2007). Item response theory in a general framework. En C. R. Rao y S. Sinharay (Eds.), *Handbook of statistics 26: Psychometrics* (pp. 469-514). Amsterdam, Holanda: Elsevier.
- Boehmer, S. y Luszczynska, A. (2006). Two kinds of items in quality of life instruments: 'indicator and causal variables' in the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Research* 15, 131-141. doi: 10.1007/s11136-005-8290-6
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. Nueva York: Wiley.
- Bond, T. G. y Fox, C. M. (2001). *Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bonham, G. S., Basehart, S. y Marchand, C. B. (2003). *Ask me! FY2003 report: the quality of life of Marylanders with developmental disabilities receiving DDA funded support*. Baltimore, Maryland: The ARC of Maryland. Recuperado de <http://www.bonhamresearch.com/PDF/2003TBasehart%20Ask%20Me%20FY2003Sum.pdf>
- Bonham, G. S., Basehart, S. y Marchand, C. B. (2006). *Ask Me! FY 2006: The QOL of Marylanders with developmental disabilities receiving DDA funded supports*. Annapolis, Maryland: Bonham Research.
- Bonham, G. S., Basehart, S., Schalock, R. L., Marchand, C. G., Kirchner, N. y Rumenap, J. M. (2004). Consumer-based quality of life assessment: The Maryland Ask Me! Project. *Mental Retardation*, 42, 338-355. doi: 10.1352/0047-6765(2004)42<338: CQOLAT>2.0.CO;2
- Bonomi, A. E., Donald, P. L., Bushnell, D. M. y Martin, M. (2000). Validation of the United States version of the World Health Organization quality of life (WHO-QOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 71-112. doi:10.1016/S0895-4356(99)00123-7
- Borthwick-Duffy, S. A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. En L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp. 52-66). Berlín, Alemania: Springer-Verlag.

- Bowling, A. y Gabriel, Z. (2004). An integrational model of quality of life in older age. Results from the ESRC/MRC HSRC Quality of Life Survey in Britain. *Social Indicators Research*, 69, 1-36. doi: 10.1023/B:SOCI.0000032656.01524.07
- Bramston, P., Chipuer, H. y Pretty, G. (2005). Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 728-733. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00741.x
- Brennan, R. L. (2007). Integration of models. En C. R. Rao y S. Sinharay (Eds.), *Handbook of statistics 26: Psychometrics* (pp. 1095-1098). Amsterdam, Holanda: Elsevier.
- Brogly, S., Mercier, C., Bruneau, J., Palepu, A. y Franco, E. (2003). Towards more effective public health programming for injection drug users: Development and evaluation of the injection drug user quality of life scale. *Substance Use & Misuse*, 38, 965-992. doi: 10.1081/JA-120017619
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. y Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: emerging theoretical models, research designs, and empirical findings. *Social Development*, 9, 115-125. doi: 10.1111/1467-9507.00114
- Brown, I., Keith, K. D. y Schalock, R. L. (2004). Quality of life conceptualization, measurement, and application: Validation of the SIRG-QOL consumer principles. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 451-451.
- Brown, R. I. (1997). *Quality of Life for People with Disabilities: models, research and practice*. Cheltenham, Reino Unido: Stanley Thornes.
- Brown, R. I. y Brown, I. (2005). The application of quality of life. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 49, 718-727. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00740.x
- Brown, R. I., Schalock, R. L. y Brown, I. (2009). Special issue: quality of life and its applications. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability*, 6, 1-1. doi: 10.1111/j.1741-1130.2009.00204.x
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Nueva York: The Guilford Press.
- Browne, M. W. (1982). Covariance structures. En D.M. Hawkins (Ed.), *Topics in applied multivariate analysis* (pp. 72-141). Cambridge: Cambridge University Press.
- Browne, M. W. (1984). Asymptotically distribution-free methods in the analysis of covariance structures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 37, 62-8.
- Browne, M. W. (2001). An overview of analytic rotation in exploratory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 36, 111-150. Recuperado de <http://www.psych.umn.edu/faculty/waller/classes/mult09/readings/brownembr.pdf>
- Browne, M. W. y Arminger, G. (1995). Specification and estimation of mean and covariance structure models. En G. Arminger, C.C. Clogg y M.E. Sobel (Eds.),

- Handbook of statistical modeling for the social and behavioral sciences* (pp. 311-359). Nueva York: Plenum Press.
- Byrne, B. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS*. Mahwah, Nueva Jersey: Earlbaum.
- Byrne-Davis, L. M. T., Bennett, P. D. y Wilcock, G. K. W. (2006). How are quality of life ratings made? Toward a model of quality of life in people with dementia. *Quality of Life Research*, 15, 855-865. doi: 10.1007/s11136-005-5416-9
- Caballo, C., Crespo, M., Jenaro, C., Verdugo, M. A. y Martínez, J. L. (2005). Factor structure of the Schalock and Keith Quality of Life Questionnaire (QOL-Q): validation on Mexican and Spanish samples. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 773-776. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00750.x
- Camilli, G. y Shepard, L. A. (1994). *Methods for identifying biased test items*. Newbury Park, California: Sage.
- Campbell, A., Converse, P. y Rodgers, W. (1976). *The quality of life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. Nueva York: Sage.
- Carlisle, P. R. y Christensen, C. M. (2006). *The cycles of theory building in management research*. Boston, Massachusetts: School of Management-Boston University and Harvard Business School. Recuperado de <http://www.innosight.com/documents/Theory%20Building.pdf>
- Carmine, E. G. y Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Beverly Hills, California: Sage.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863-882. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/carretero\\_es.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/carretero_es.pdf)
- Carta, A., Braccio, L., Belpoliti, M., Soliani, L., Sartore, F., Gandolfi, S. A. y Maraini, G. (1998). Self-assessment of the quality of vision: association of questionnaire score with objective clinical tests. *Current Eye Research*, 17, 506-511. doi: 10.1076/ceyr.17.5.506.5191
- Cea, M. A. (2002). *Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Chen, F. F., West, S. G. y Sousa, K. H. (2006). A comparison of bifactor and second-order models of quality of life. *Multivariate Behavioral Research*, 41, 189-225. Recuperado de <http://www.iapsych.com/articles/chen2006.pdf>
- Chen, H. (1990). *Theory-driven evaluations*. Newbury Park, California: Sage.
- Chen, H. (2005). Theory-driven evaluations. En J. Mathison (Ed.), *Encyclopedia of evaluation* (pp. 415-419). Thousand Oaks, California: Sage.

- Chou, Y. C. y Schalock, R. L. (2009). Survey outcomes and cross-national comparisons of quality of life with respect to people with intellectual disabilities in Taiwan. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6, 7-10. doi: 10.1111/j.1741-1130.2008.00200.x
- Chou, Y. C., Schalock, R. L., Tzou, P. Y., Lin, L. C., Chang, A. L., Lee, W. P. y Chang, S. C. (2007). Quality of life of adults with intellectual disabilities who live with families in Taiwan. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 875-883. doi: 10.1111/j.1365-2788.2007.00958.x
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. y Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3ª ed.) Mahwah, Nueva Jersey: Erlbaum.
- Cooksy, L. J., Gill, P. y Kelly, A. (2001). The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 24, 119-128. doi: 10.1016/S0149-7189(01)00003-9
- Cooper, H., Hedges, L. V. y Valentine, J. C. (Eds.) (2009). *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (2ª ed.) Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Cooper, H. M. (2009). *Research synthesis and meta-analysis: a step by step approach* (4ª ed.) Thousand Oaks, California: Sage.
- Córdoba, L. (2004). *Satisfacción con la calidad de vida en familias de niños y adolescentes con discapacidad*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Salamanca, España.
- Cragg, R. y Harrison, J. (1985). *Living in a supervised home. A questionnaire of quality of life*. Manchester: West Midlands Campaign for People with Mental Handicap.
- Crespo, M. (2003). *Validación y aplicación de la escala de calidad de vida de Schalock y Keith (1993) a adultos con discapacidad intelectual en contextos laborales*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Salamanca, España.
- Crocker, L. y Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Crocker, L. y Algina, J. (2008). *Introduction to classical and modern test theory*. Mason, Ohio: Cengage Learning.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. Recuperado de <http://www.garfield.library.upenn.edu/classics1978/A1978EQ39200002.pdf>
- Cuffel, B. J., Fischer, E. P., Owen, R. R. y Smith, G. R. (1997). An instrument for measurement of outcomes of care for schizophrenia. *Evaluation & the Health Professions*, 20, 96-108. doi: 10.1177/016327879702000107
- Cummins, R. A. (1993a). *The Comprehensive Quality of Life Scale for Adults* (4ª ed.) Melbourne, Australia: Deakin University.
- Cummins, R. A. (1993b). *The Comprehensive Quality of Life Scale for Intellectual Disability* (4ª ed.) Melbourne, Australia: Deakin University.

- Cummins, R. A. (1993c). The Comprehensive Quality of Life Scale School (4<sup>a</sup> ed.) Melbourne, Australia: Deakin University.
- Cummins, R. A. (1996). Quality of life and disability. En P.O'Brien y R. Murray (Eds.), *Human services: towards partnership and support* (pp. 255-268). Auckland, Nueva Zelanda: Dunmore.
- Cummins, R. A. (1997a). Assessing quality of life. En I. Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities* (2<sup>a</sup> ed.) (pp. 116-150). Cheltenham, Reino Unido: Stanley Thornes.
- Cummins, R. A. (1997b). Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability: a review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, 199-216.
- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72. doi: 10.1023/A:1007027822521
- Cummins, R. A. (2003). *Personal Well-Being Index: Intellectual Disability*. Melbourne, Australia: Deakin University, Australian Centre on Quality of Life.
- Cummins, R. A. (2004a). Instruments for assessing quality of life. En J. H. Hogg y A. Langa (Eds.), *Approaches to the assessment of adults with intellectual disabilities: a service providers' guide*. Londres, Reino Unido: Blackwell.
- Cummins, R. A. (2004b). Issues in the systematic assessment of quality of life. En J. H. Hogg y A. Langa (Eds.), *Approaches to the assessment of adults with intellectual disabilities: a service providers' guide*. Londres, reino Unido: Blackwell.
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699-706. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x
- Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y. y Gullone, E. (1994). Validity Studies the Comprehensive Quality of Life Scale (Comqol): Instrument Development and Psychometric Evaluation on College Staff and Students. *Educational and Psychological Measurement* 54, 372-382. doi: 10.1177/0013164494054002011
- Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y., Reid, S. y Warters, L. (1997). An initial evaluation of the Comprehensive Quality of Life Scale-Intellectual Disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 44, 7-19. doi: 10.1080/0156655970440102
- Cunningham, W. E., Crystal, S., Bozzette, S. y Hays, R. D. (2005). The association of health-related quality of life with survival among persons with HIV infection in the United States. *Journal of general internal medicine*, 20(1), 21-7. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.30402.x.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W. y Broekaert, E. (2009). Exploratory study on drug users' perspectives on quality of life: more than health-related quality of life? *Social Indicators Research*, 90, 107-126. doi: 10.1007/s11205-008-9315-7

- Dennis, R. E., Willians, W. M., Giangreco, M. F. y Cloninger, C. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25, 5-16.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (Eds.) (2000). *Handbook of qualitative research* (2ª ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Departamento de Retraso Mental de Massachusetts (2004). *Quality assurance report for fiscal years 2002-2003*. Boston, Massachusetts: Author.
- Diamantopoulus, A. y Siguaw, J. (2000). *Introducing LISREL*. Londres, Reino Unido: Sage Publications.
- División de Servicios de Desarrollo de Vermont (2005). *Vermont state system of care plan for developmental services: 3 year plan*. Recuperado de <http://www.ddmhs.state.vt.us/docs/dsSCPFy05FyO7.pdf>.
- Donaldson, S. E. y Gooler, L. E (2003). Theory-driven evaluation in action: lessons from a 20\$ million statewide work and health initiative. *Evaluation & Program Planning*, 26, 355-366. doi: 10.1016/S0149-7189(03)00052-1
- Dupuy, H. J. (1984). The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. En: N. K. Wenger, M. E. Mattson, C. D. Furberg y J. Elinson (Eds.), *Assessment of quality of life in clinical trials* (pp. 170-184). Nueva York: Le Jaeq Publishing Ine.
- Edgerton, R. (1990). Quality of life from a longitudinal research perspective. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: perspectives and issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Elorriaga, J., García, L., Martínez, J. y Unamunzaga, E. (2000). Quality of life of people with mental retardation in Spain: One organization's experience. En K. D. Keith y R. L. Schalock (Eds.), *Cross-cultural perspectives on quality of life* (pp. 113-124). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Embretson, S. E. (1991). Construct validity. Construct representation versus nomothetic span. *Psychological Bulletin*, 93, 179-197.
- Embretson, S. P. y Reise, S. P. (2000). *Item Response Theory for psychologists*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Emerson, E. (2005, abril). *In defense of objective social indicators*. Comunicación presentada en The Vancouver SIRG-QOL Roundtable, Vancouver, Canadá.
- Epley, D. R. y Menon, M. (2008). A Method of Assembling Cross-sectional Indicators into a Community Quality of Life. *Social Indicator Research*, 88, 281-296. doi: 10.1007/s11205-007-9190-7
- EuroQOL Group (1990). EuroQOL – A new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502–508.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. y Lang, A. G. (2009). *G\*Power 3.0.10* [programa informático]. Disponible en <http://www.psych.uniduesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/gpower31>.
- Fawcett, J. (1999). *The relationship of theory and research* (3ª ed.). Philadelphia, Pensilvania: F. A. Davis.
- Feinstein, C. y Caruso, G. (2003). The Pennsylvania experience. En V. Bradley y M. Kimmich (Eds.), *Quality enhancement in developmental disabilities: challenges and opportunities in a changing world* (pp. 175-190). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes.
- Felce, D. y Emerson, E. (2001). Living with support in a home in the community: Predictors of behavioral development and household and community activity. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research*, 34, 23-41. doi: 10.1002/mrdd.1011
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 51-74. doi: 10.1016/0891-4222(94)00028-8
- Felce, D. y Perry, J. (1996). Assessment of quality of life. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life, vol. I: Conceptualization and measurement* (pp. 63-73). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Felce, D. y Perry, J. (1997). Quality of life: The scope of the term and its breadth of measurement. En R. I. Brown (Ed.), *Quality of life for persons with disabilities: Models, research and practice* (2ª ed.) (pp. 56-71). Cheltenham, Reino Unido: Stanley Thornes.
- Feldt, L. S. y Qualls, A. L. (1996). Estimation of measurement error variance at specific score levels. *Journal of Educational Measurement*, 33, 141-156. doi: 10.1111/j.1745-3984.1996.tb00486.x
- Ferdinand R. y Smith M. A. (2002). *2002 Nebraska developmental disabilities provider profiles*. Lincoln, Nebraska: The ARC of Nebraska.
- Fernández, L. J. y Yániz, B. (2002). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias. *Informaciones Psiquiátricas*, 169. Recuperado de [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2002/03\\_169\\_04.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm).
- Fernández-Ballesteros, R., Frensch, P. A., Hofer, S. M., Park, D. C., Pinquart, M., Silbereisen, R. K., Staudinger, U. M., Wahl, H. W., Whitfield, K. E. et al. (2009). Berlin declaration on the quality of life for older adults: closing the gap between scientific knowledge and intervention. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 163-164. doi: 10.1007/s00391-009-0033-9
- Fernández-Ballesteros, R., Hernández, J. M., Montorio, I., Guerrero, M. A., Llorente, G. e Izal, M. (1989). Evaluación de servicios sociales. *Papeles del Psicólogo*, 42, 41-42. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernume-ro.asp?id=423>.

- Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 329-344. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-326.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-326.pdf)
- Ferrans, C., Zerwic, J., Wilbur, J. y Larson, J. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 336-342. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x
- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15, 95-114. Recuperado de [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-43812008000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812008000100007&lng=pt&nrm=iso)
- Fischer, B., Rehm, J. y Kim, G. (2001a). Quality of Life (QoL) in illicit drug addiction treatment and research: concepts, evidence and questions. En B. Westermann, C. Jellinek y G. Belleman (Eds.), *Substitution: Zwischen Leben und Sterben* (pp. 21-40). Weilheim, Alemania: Beltz Deutscher Studien Verlag.
- Fischer, B., Rehm, J. y Kim, G. (2001b). Whose quality of life is it, really? *British Medical Journal*, 322, 1357-1360.
- Fischer, G. (1973). Linear logistic test model as an instrument in educational research. *Acta Psychologica*, 37, 359-374.
- Fishman, D. B. (2003). Postmodern outcomes of program evaluation IV: a review of Denzin and Lincoln's handbook of qualitative research (2<sup>a</sup> ed.) *Evaluation and Program Planning*, 26, 415-420.
- Flanagan, P. (1978). A research approach to improving on quality of life. *American Psychologist*, 33, 305-322.
- Fox, C. M. y Jones, J. A. (1998). Uses of Rasch modeling in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 30-45.
- Franklin, J. L., Simmons, J., Solovitz, B., Clemons, J. R. y Miller, G. E. (1986). Assessing quality of life of the mentally ill: A three-dimensional model. *Evaluation & the Health Professions*, 9, 376-388. doi: 10.1177/016327878600900308
- Frazier, P., Tix, A. y Barron, K. (2004). Testing Moderator and Mediator Effects in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 115-134. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.115
- Frechtling, J. A. (2007). *Logic modeling methods in program evaluation*. San Francisco, California: John Wiley & Sons.
- Frederiksen, N., Mislevy, R. J. y Bejar, I. I. (Eds.) (1993). *Test theory for a new generation of tests*. Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Friendly, M. (1992). Mosaic displays for loglinear models. En American Statistical Association (Ed.), *American Statistical Association Proceedings of the Section on*



- Statistical Graphics* (pp. 61-68). Alexandria, Virginia: American Statistical Association.
- Friendly, M. (1994). Mosaic displays for multi-way contingency tables. *Journal of the American Statistical Association*, 89, 190-200.
- Friendly, M. (1997). Conceptual models for visualizing contingency table data. En M. Greenacre y J. Blasius (Eds.), *Visualization of categorical data* (pp. 17-35). San Diego, California: Academic Press.
- Friendly, M. (1999). Extending mosaic displays: Marginal, conditional, and partial views of categorical data. *Journal of Computational and Graphical Statistics*, 8, 373-395.
- Friendly, M. (2000). *Visualizing Categorical Data*. Carey, Carolina del norte: SAS Institute.
- Frost, N. A., Sparrow, J. M., Durant, J. S., Donovan, J. L., Peters, T. J. y Brookes, S. T. (2008). Development of a questionnaire for measurement of vision-related quality of life. *Ophthalmic Epidemiology*, 5, 185-210. doi: 10.1076/oep.5.4.185.4191
- Fundación Avedis Donabedian (2000). Manual para equipos de mejora de calidad. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian.
- Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo (2003). *Seguimiento de la calidad de vida en Europa*. Recuperado de <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/41/es/1/ef0341es.pdf>.
- García, L. (2006). *La perspectiva de género en el proceso de adaptación a la lesión medular*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Oviedo, Oviedo. Recuperado de [http://www.tesisexarxa.net/TESIS\\_UOV/AVAILABLE/TDR-0423107-101846 /UO V0002s.pdf?ref=starshemale.com](http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UOV/AVAILABLE/TDR-0423107-101846 /UO V0002s.pdf?ref=starshemale.com)
- García-Riaño, D. e Ibáñez, E. (1992). Calidad de vida en enfermos físicos. *Revista de Psiquiatría*, 19, 148-161.
- Gardner, J. F. y Carran, D. (2005). Attainment of personal outcomes by people with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 43, 157-174. doi: 10.1352/0047-6765(2005)43[157:APOBP]2.0.CO;2
- Gardner, J. F. y Nudler, S. (1997). Beyond compliance to responsiveness: Accreditation reconsidered. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life. Volume II: Application to persons with disabilities*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Gettings, R. M. y Bradley V. J. (1997) *Core Indicators Project*. Alexandria, Virginia: National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services, Inc.
- Giner, J., Ibáñez, E., Franco, D. y Alarcón, R. D. (2008). Subjectivity in the perception and measurement of quality of life: conceptualization and development of the Seville questionnaire. *Psychiatric Quarterly*, 79, 321-30. doi: 10.1007/s11126-008-9086-y
- Gómez, L. E. (2005). *Construcción de una escala de calidad de vida para adultos con discapacidad intelectual*. Trabajo de grado no publicado, Universidad de Salamanca, Salamanca.

- Gómez, L. E. y Gómez-Vela, M. (2006). Análisis sobre la importancia y uso de los indicadores de calidad de vida en personas con discapacidad intelectual, familiares y profesionales. *INTEGRA*, 9, 4-5. Recuperado de <http://inico.usal.es/publicaciones/integra/23investiga.asp>
- Gómez, L. E., Verdugo, M.A. y Arias, B. (2007). Aplicación del Modelo de Calidad de Vida en los Servicios Sociales de Cataluña. *INTEGRA*, 10, 4-5. Recuperado de <http://inico.usal.es/publicaciones/integra/27investiga.asp>
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A, Arias, B. e Ibáñez. A. (2006). La medida objetiva y subjetiva de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urrés (Eds.). *Rompiendo inercias: claves para avanzar* (pp. 381-389). Salamanca: Amarú.
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A., Arias, B., López, A., Moreno, M. y Córdoba, L. (2010, abril). *Diferencias en la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en Argentina, Brasil y Colombia*. Comunicación presentada en el II Congreso Iberoamericano sobre el Síndrome de Down, Granada, España.
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A., Arias, B. y Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala FUMAT. *Intervención psicosocial*, 17, 189-200.
- Gómez-Vela, M. (2003). *Evaluación de la Calidad de Vida en Alumnos de ESO con NEE y sin ellas*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Gómez-Vela, M. y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. *Integra*, 9, 1-4. Recuperado de <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
- Gómez-Vela, M. y Verdugo, M. A. (2009). *Cuestionario de evaluación de la calidad de vida de alumnos adolescentes: manual de aplicación*. Madrid: CEPE.
- González, F. (2002). *Calidad de vida percibida por los niños hospitalizados de Castilla y León*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Goode, D. (1990). Measuring the quality of life of persons with disabilities: some issues and suggestions. *News and notes*, 3, 2-6.
- Goodley, D., Armstrong, D., Sutherland, K. y Laurie, L. (2003). Self-advocacy, learning difficulties, and the social model of disability. *Mental Retardation*, 43, 149-160. doi: 10.1352/0047-6765(2003)41<149:SLDATS>2.0.CO;2
- Gothwal, V. K., Wright, T., Lamourex, E. L. y Pesudovs, K. (2009). Rasch Analysis of the Quality of Life and Vision Function Questionnaire. *Optometry and Vision Science*, 86, 836-844.
- Grasso, M. y Canova, C. (2008). An Assessment of the Quality of Life in the European Union Based on the Social Indicators Approach. *Social Indicator Research*, 87, 1-25. doi: 10.1097/OPX.0b013e3181b10e70

- Grewal, I., Lewisa, J., Flynn, T., Brown, J., Bondd, J. y Coaste, J. (2006). Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities? *Social Science & Medicine*, 62, 1891–1901. Recuperado de [http://mpira.ub.uni-muenchen.de/1785/1/MPRA\\_paper\\_1785.pdf](http://mpira.ub.uni-muenchen.de/1785/1/MPRA_paper_1785.pdf)
- Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (1995). The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41, 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Gugiu, P. C. y Rodríguez-Campos, L. (2007). Semi-structured interview protocol for constructing logic models. *Evaluation & Program Planning*, 30, 339-350. doi:10.1016/j.evalprogplan.2007.08.004
- Gustafsson, J. E. y Balke, G. (1993). General and specific abilities as predictors of school achievement. *Multivariate Behavioral Research*, 28, 407-434.
- Guttman, L. (1945). A basis for analyzing test-retest reliability. *Psychometrika*, 10, 255-282. doi: 10.1007/BF02288892
- Hair, J. F., Black, B., Babin, B., J., Anderson, R. E. y Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6ª Ed.). Upper Saddle River, Nueva Jersey: Pearson Education Inc.
- Hakes, J. E. (2001). Can measuring results produce results? one manager's views. *Evaluation & Program Planning*, 24, 319-327. doi: 10.1016/S0149-7189(01)00025-8
- Hall, R. J., Snell, A. F. y Singer Foust, M. (1999). Item parceling strategies in SEM: Investigating the subtle effects of unmodeled secondary constructs. *Organizational Research Methods*, 2, 233–256. doi: 10.1177/109442819923002
- Hambleton, R. K. (1980). Test score validity and standard-setting methods. En R. A. Berk (Ed.), *Criterion-referenced measurement: the state of the art* (pp. 80-123). Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Hambleton, R. K. (1984). Determining test length. En R. A. Berk (Ed.), *A guide to criterion-referenced test construction*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Hambleton, R. K. (1993). Translating achievement tests for use in cross-national studies. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 57-68. Recuperado de [http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content\\_storage\\_01/0000019b/80/13/d5/41.pdf](http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/13/d5/41.pdf)
- Hambleton, R. K. (1994). Guidelines for adapting educational and psychological tests: a progress report. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 229-244.
- Hambleton, R. K. (1996). Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En J. Muñiz (Coor.), *Psicometría*. Madrid: Universitas.

- Hambleton, R. K. y Jones, R. W. (1993). Comparison of classical test theory and item response theory and their applications to test development. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 12, 38-47. Recuperado de <http://www.ncme.org/pubs/items/24.pdf>
- Hambleton, R. K., Swaminathan, H. y Rogers, H. J. (1991). *Fundamentals of item response theory*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Harner, C. J. y Heal, L. W. (1993). The Multifaceted lifestyle satisfaction scale: Psychometric properties for an interview schedule for assessing personal satisfaction for adults with limited intelligence. *Research in Developmental Disabilities*, 14, 221-236. doi: 10.1016/0891-4222(93)90032-F
- Hartigan, J. A. y Kleiner, B. (1981). Mosaics for contingency tables. En W. F. Eddy (Ed.), *Computer Science and Statistics: Proceedings of the 13th Symposium on the Interface*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Hartigan, J. A. y Kleiner, B. (1984). A mosaic of television ratings. *The American Statistician*, 38, 32-35.
- Hatcher, L. (2006). *A step-by-step approach to using SAS for factor analysis and structural equation modeling*. Cary, Nueva Jersey: The SAS Institute.
- Hawthorne, G., Davidson, N., Quinn, K., McCrate, F., Winkler, I. Lucas, R., Kilian, R. y Molzahn, A. (2006). Issues in conducting cross-cultural research: implementation of an agreed international protocol designed by the WHOQOL Group for the conduct of focus groups eliciting the quality of life of older adults. *Quality of Life Research*, 15, 1257-1270. doi: 10.1007/s11136-006-0062-4
- Heal, L. W. y Chadsey-Rusch J. (1985). The Lifestyle Satisfaction Scale (LSS): assessing individuals' satisfaction with residence, community setting, and associated services. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 475-90.
- Heal, L. W. y Sigelman, C. (1996). Methodological issues in quality of life measuring. En R. L. Schalock (Ed.) *Quality of life: Vol. I: conceptualization and measurement* (pp. 91-104). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Heckman, T. G. (2003). The chronic illness quality of life (CIQOL) model: explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, 22, 140-147.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E. y Carpenter, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin* 10, 388-398. doi:10.1093/schbul/10.3.388
- Heise, D. R. y Bohmstedt, G. W. (1970). Validity, invalidity and reliability. En E.F. Borgatten y G.W. Bohrnstedt (Eds.), *Sociological Methodology*. San Francisco, California: Jossey Bass.

- Herrman, H. y Chopra, P. (2008). Quality of life and neurotic disorders in general healthcare. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 61-68. doi: 10.1097/YCO.0b013e32831a4750
- Hershberger, S. L. (2003). The growth of structural equation modeling: 1994-2001. *Structural Equation Modeling*, 10(1), 35-46. doi: 10.1207/S15328007SEM1001\_2
- Hewitt, J. (2007). Critical evaluation of the use of research tools in evaluating quality of life for people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 2-14. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00438.x
- Higgins, J. P. T. y Green, S. (Eds.) (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Chichester, Reino Unido: Wiley-Blackwell.
- Hodges, S. P. y Hernández, M. (1999). How organizational culture influences outcome information utilization. *Evaluation & Program Planning*, 22, 183-197. doi: 10.1016/S0149-7189(99)00005-1
- Hogg, J. H. y Langa, A. (2005). *Assessing adults with intellectual disabilities. A service providers' guide*. Londres, Reino Unido: Blackwell.
- Hogg, J. y Raynes, N. V. (1987). *Assessing people with mental hándicap*. Londres, Reino Unido: Croom Helm.
- Holland, P. W. y Wainer, H. (Eds.) (1993). *Differential item functioning: theory and practice*. Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Holmes, W. C. y Shea, J. A. (1999). Two approaches to measuring quality of life in the HIV-AIDS population: HAT-QoL and MOS-HIV. *Quality of Life Research*, 8, 515-527. doi: 10.1023/A:1008931006866
- House, E. R. (1991). Realism in research. *Educational Researcher*, 20(6), 2-9. doi: 10.3102/0013189X020006002
- Hoyle, R. H. y Robinson, J. I. (2003). Mediated and moderated effects in social psychological research: Measurement, design, and analysis issues. En C. Sansone, C. Morf y A. T. Panter (Eds.), *Sage handbook of methods in social psychology* (pp. 213-233). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Hu, L. T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55.
- Hubley, A. M., Russell, L. B. y Palepu, A. (2005). Injection Drug Use Quality of Life scale (IDUQOL): a validation study. *Health Quality of Life Outcomes*, 3, 43-43. doi: 10.1186/1477-7525-3-43.
- Hubley, A. M. y Zumbo, B. D. (1996). A dialectic on validity: Where we have been and where we are going. *The Journal of General Psychology*, 123, 207-215.

- Hughes, C. y Hwang, B. (1996). Attempts to Conceptualize and Measure Quality of Life. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of Life. Vol. I: Conceptualization and Measurement* (pp. 51-61). Washington, DC: AAMR.
- Hughes, C., Hwang, B., Kim, J., Eisenman, L. T. y Killian, D. J. (1995). Quality of life in applied research: A review and analysis of empirical measures. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 623-641.
- Hunt, S. M., McEwen, J. y McKenna, S. P. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35, 185-188. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1960139&blobtype=pdf>
- Ibáñez, A. (2005). *Adaptación al contexto español de la "Escala de Intensidad de Apoyos*. Trabajo de grado sin publicar, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Ibáñez, A. (2009). *Adaptación de la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS): adecuación psicométrica y estructura factorial*. Tesis doctoral sin publicar, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Isaacs, B., Clark, C., Correia, S. y Flannery, J. (2009). Utility of logic models to plan quality of life outcome evaluations. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6, 52-61. doi: 10.1111/j.1741-1130.2008.00197.x
- 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. doi: 10.1007/s11136-004-1692-z
- 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. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00742.x
- Jones, L. V. y Thissen, D. (2007). A history and overview of psychometrics. En C. R. Rao y S. Sinharay (Eds.), *Handbook of Statistics, 26: Psychometrics* (pp. 1-27). Amsterdam, Holanda: Elsevier.
- Jöreskog, K. G. (1969). A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 34, 183-202. doi: 10.1007/BF02289343
- Jöreskog, K. G. (1971). Simultaneous factor analysis in several populations. *Psychometrika*, 36, 409-426. doi: 10.1007/BF02291366
- Jöreskog, K. G. (1993). Testing structural equation models. En K. A. Bollen y J. S. Lang (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 294-316). Newbury Park, CA: Sage.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1979). *Advances in factor analysis and structural equation models*. Nueva York: University Press of America.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1996a). *PRELIS 2 User's Reference Guide*. Chicago, Illinois: Scientific Software International.

- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1996b). *LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language*. Chicago, Illinois: Scientific Software International.
- Kahler, E., Rogauschb, A., Brunnera, E. y Himmel, W. (2008). A parametric analysis of ordinal quality-of-life data can lead to erroneous results. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61, 475-480. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.05.019
- Kane, M. y Trochim, W. (2007). *A review of concept mapping for planning and evaluation*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Kaplan, D. (2000). Structural equation modeling: foundations and extensions. *Psychometrika*, 54, 681-697.
- Kaplan, R. M., Anderson, J. P., Patterson, T. L., McCutchan, J. A., Weinrich, J. D., Heaton, R. K., Atkinson, J. H., Thal, L., Chandler, J. y Grant, I. (1995). Validity of the Quality of Well-Being Scale for persons with human immunodeficiency virus infection. HNRC Group. HIV Neurobehavioral Research Center. *Psychosomatic Medicine*, 57, 138-147. Recuperado de <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/57/2/138>
- Kaplan, S. A. y Garrett, K. E. (2005). The use of logic models by community-based initiatives. *Evaluation & Program Planning*, 28, 167-172. doi:10.1016/j.evalprogplan.2004.09.002
- Karon S. L. y Bernard S. (2002). *Development of operational definitions of quality indicators for Medicaid services to people with developmental disabilities*. Manuscrito sin publicar.
- Karon, S. L., Stegeman, A. D. y Bernard, S. (2003). *Technical summation report*. Triangle Park, Nueva Jersey: RTI International.
- Katschnig, H., Freeman, H. y Sartorius, N. (Eds.) (2006). *Quality of life in mental disorders*. Chichester, Nueva York: Wiley.
- Keith, K. D. (2001). International quality of life: current conceptual, measurement, and implementation issues. En L. M. Glidden (Ed.), *International review of research in Mental Retardation* (pp. 74-74). Londres, Reino Unido: Academic Press.
- Keith, K. D. (2007). Quality of life. En A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh y J. M. Cevoy (Eds.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (pp. 143-168). Londres, Reino Unido: Routledge
- Keith, K. D. y Bonham, G. S. (2005). The use of quality of life data at the organization and systems level. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 799-805. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00755.x
- Keith, K. D. y Ferdinand, L. R. (2000). *Project to compare quality of life of Nebraskans with developmental disabilities and citizens without disabilities*. Lincoln, Nebraska: Governor's Planning Council on Developmental Disabilities.

- Keith, K. D., Heal, L.W. y Schalock, R. L. (1996). Cross-cultural measurement of critical quality of life concepts. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 21*, 273-293. doi: 10.1080/13668259600033201
- Keith, K. D. y Schalock, R. L. (2000). *Cross-cultural perspectives on quality of life*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Kishton, J. M. y Widaman, K. F. (1994). Unidimensional versus domain representative parcelling of questionnaire items: An empirical example. *Educational and Psychological Measurement, 54*, 757-765. doi: 10.1177/0013164494054003022
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. Nueva York: The Guilford Press.
- Kober R. y Eggleton I. R. C. (2002). Factor stability of the Schalock and Keith (1993) Quality of Life Questionnaire. *Mental Retardation, 40*, 157-65. doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0157:FSOTSA>2.0.CO;2
- Koch, L., Rumrill, P., Roessler, R. y Fitzgerald, S. (2001). Illness and demographic correlates of quality of life among people with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology, 46*, 154-164.
- Kolen, M. J. y Brennan, R. L. (2004). *Test equating, scaling, and linking. Methods and practices* (2ª ed). Nueva York: Springer.
- Kraemer, B. R., McIntyre, L. L. y Blacher, J. (2003). Quality of life in young adults with mental retardation during transition. *Mental Retardation, 41*. 250-262. doi: 10.1352/0047-6765(2003)41<250:QOLFYA>2.0.CO;2
- Kreitler, S. y Kreitler, M. M. (2006). Multidimensional quality of life: a new measure of quality of life in adults. *Social Indicators Research, 76*, 5-33. doi: 10.1007/s11205-005-4854-7
- La Grow, S. J. (2007). Predicting Perceived Quality of Life Scores from the National Eye Institute 25-Item Visual Function Questionnaire. *Optometry & Vision Science, 88*, 785-788. doi: 10.1097/OPX.0b013e31812f5f24
- Lachappelle, Y., Wehmeyer, M. L. Haelewyck, M. C., Courbois, Y., Keith, K. D., Schalock, R. L. et al. (2005). The relationship between quality of life and self-determination: An international study. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 740-744. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00743.x
- Langberg, J. y Smith, B. (2006). Developing evidence-based interventions for deployment into school settings: A case example highlighting key issues of efficacy and effectiveness. *Evaluation and Program Planning, 29*, 323-334.
- Lawley, D. M. (1940). The estimation of factor loadings by the method of maximum likelihood. *Proceedings of the Royal Society of Edinburgh, 60*, 64-82.
- Lawley, D. M. (1944). The factorial analysis of multiple test items. *Proceedings of the Royal Society of Edinburgh, 60*, 74-82.



- Levasseur, M., Desrosiers, J. y Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health Quality of Life Outcomes*; 6, 30-30. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2412860>
- Levasseur, M., Tribble, D. y Desrosiers, J. (2006). Analysis of the concept of quality of life in the context of the elderly with physical incapacities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 163-177.
- Lévy, J. P. y Varela, J. (2006). *Modelización con Estructuras de Covarianzas en Ciencias Sociales. Temas Esenciales, Avanzados y Aportaciones Especiales*. A Coruña: Netbiblo.
- Likert, R. (1932). *A technique for the measurement of attitudes*. Nueva York: Archives of Psychology.
- Linacre, J. M. (1997). *A users guide to FACETS. Rasch model compute program*. Chicago, Illinois: MESA Press.
- Linacre, J. M. (2002). What do infit and outfit, mean square and standardized mean? *Rasch Measurement Transactions*, 12(2), 878. Recuperado de <http://www.rasch.org/rmt/rmt162f.html>.
- Linacre, J. M. (2005). Dichotomous y politomous category information. *Rasch Measurement Transactions*, 19, 1005-1006. Recuperado de <http://www.rasch.org/rmt/rmt194.pdf>
- Linacre, J. M. (2008). *Winsteps. Rasch measurement computer program* [programa informático]. Chicago: Winsteps.com.
- Linacre, J. M. y Wright, B. D. (1999). *A user's guide to WINSTEPS, BIGSTEPS, MINISTEP Rasch model computer programs*. Chicago; Illinois: MESA Press.
- Little, T. D., Cunningham, W. A., Shahar, G. y Widaman K. F. (2002). To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. *Structural Equation Modeling*, 9, 151-173. Recuperado de <http://faculty.psy.ohio-state.edu/cunningham/pdf/little.sem.2002.pdf>
- Loehlin, J. C. (2004). *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lomax, G. R. (1982). A guide to LISREL-type structural equation modeling. *Behavior Research Methods & Instrumentation*, 14, 1-8.
- Long, J. S. (1983). *Confirmatory factor analysis*. Beverly Hills, California: Sage.
- Lord, F. M. (1980). *Applications of item response theory to practical testing problems*. Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lord, F. M. y Novick, M. R. (1968). *Statistical theories of mental test scores*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.

- Lozano, O. M., Rojas, A. J. y Pérez, C. (2006). *Construcción de un test para medir la calidad de vida relacionada con la salud específico para drogodependientes*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Lozano, O. M., Rojas, A. J., Pérez, C., Apraiz, B., Sánchez, F. y Marín A. (2007). Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*, 9, 97-107. Recuperado de [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&articuloid=13107767](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13107767)
- Lunz, M. E., Wright, B. D. y Linacre, J. M. (1990). Measuring the impact of judge severity on examination scores. *Applied Measurement in Education*, 3, 331-345. Recuperado de <http://www.rasch.org/memo47.htm>
- MacCallum, R. C. y Austin, J. T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226. doi:10.1146/annurev.psych.51.1.201
- MacKinnon, D. P. (2008). *Introduction to statistical mediation analysis*. Mahwah, Nueva Jersey: Erlbaum.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G. y Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7, 83-104. doi: 10.1037/1082-989X.7.1.83
- Malm, U., May P. R. A. y Dencker, S. J. (1981). Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 477-487. Recuperado de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/7/3/477>
- Mangione, C. M., Lee, P. P., Gutierrez, P. R., Spritzer, K., Berry, S. y Hays, R. D. (2001). Development of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. *Archives of Ophthalmology*, 119, 1050-1058. Recuperado de <http://archophth.ama-assn.org/cgi/content/full/119/7/1050?ck=nck>
- Mansell, J. y Beadle-Brown, J. (2004a). *Implementation of 'person-centred active support' in residential services for people with intellectual disabilities*. Canterbury, Reino Unido: Tizard Centre.
- Mansell, J. y Beadle-Brown, J. (2004b). Person-centred planning or person-centred action? Policy and practice in intellectual disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 1-9. Recuperado de [http://www.kent.ac.uk/tizard/staff/documents/mansell2004jarid\\_pcp\\_idd.pdf](http://www.kent.ac.uk/tizard/staff/documents/mansell2004jarid_pcp_idd.pdf)
- Marcoulides, G. A. y Schumacker, R. E. (Eds.) (2001). *New developments and techniques in structural equation modeling*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mardia, K. V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 36, 519-530. doi:10.1016/j.jmva.2008.02.033

- Marsh, H. W. (2007). Application of confirmatory factor analysis and structural equation modeling in sport and exercise psychology. En G. Tenenbaum y R. C. Eklund. (Eds.), *Handbook of sport psychology* (3ª Ed.) (pp. 774-798). Hoboken, Nueva Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Marsh, H. W., Hau, K. T. y Grayson, D. (2005). Goodness of Fit Evaluation in Structural Equation Modeling. En A. Maydeu-Olivares y J. McArdle (Eds.), *Contemporary Psychometrics. A Festschrift for Roderick P. McDonald* (pp. 275-340). Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Marsh, H. W. y Hocevar, D. (1994). Confirmatory factor analysis models of factorial invariance: A multifaceted approach. *Structural Equation Modeling* 1(10), 5-34.
- Marsh, H. W., Muthén, B., Asparouhov, A., Lüdtke, O., Robitzsch, A., Morin, A. J. S. y Trautwein, U. (2009). Exploratory Structural Equation Modeling, Integrating CFA and EFA: Application to Students' Evaluations of University Teaching. *Structural Equation Modeling*, 16, 439-476. doi: 10.1080/10705510903008220
- Martín, J. C. (2006). *Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002-2003): Validación mediante análisis multivariable*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Martínez-Arias, M. R., Hernández, M. J. y Hernández, M. V. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Masters, G. N. (1982). A Rasch model for partial credit scoring. *Psychometrika*, 47, 149-174. doi: 10.1007/BF02296272
- Masters, G. N. y Wright, B. D. (1982). The partial credit model. En W. J. Van der Linden y R. K. Hambleton (Eds.), *Handbook of modern item response theory* (pp. 101-121). Nueva York: Springer.
- Matikka, L. M. (2001). *Service-oriented assessment of quality of life of adults with intellectual disabilities*. Helsinki, Finlandia: Finnish Association on Mental Retardation.
- McCabe, M. P., Firth, L. y O'Connor, E. (2009). Mood and quality of life among people with progressive neurological illnesses. *International Journal of Clinical & Health Psychology*, 9, 21-35. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-307.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-307.pdf)
- McVilly, K. R., Burton-Smith, R. M. y Davidson, J. A. (2000). Concurrence between subject and proxy ratings of quality of life for people with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 25, 19-40.
- Meader, N., Uzzell, D. y Gaterslebe, B. (2006). Cultural theory and quality of life. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 56, 61-69.
- Meijer, C., Koeter, M. W. J., Sprangers, M. A. G. y Schene, A. H. (2009). Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in

- patients with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44, 361-8. doi: 10.1007/s00127-008-0448-4
- Meredith, W. (1964). Notes on factorial invariance. *Psychometrika*, 29, 177-185. doi: 10.1007/BF02289699
- Messick, S. M. (1975). The standard problem. Meaning and values in measurement and evaluation. *American Psychologist*, 29, 955-966.
- Messick, S. M. (1980). Test validity and the ethics of assessment. *American Psychologist*, 35, 1012-1027. doi: 10.3102/0013189X018002005
- Messick, S. M. (1988). The once and future issues of validity: assessing the meaning and consequences of measurement. En H. Wainer y H., Braun (Eds.), *Test validity*. Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Messick, S. M. (1989). Validity. En R. Linn (Ed.), *Educational measurement* (pp. 13-103). Nueva York: Macmillan.
- Messick, S. M. (1995). Standards of validity and the validity of standards in performance assessment. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 14, 5-8. doi: 10.1111/j.1745-3992.1995.tb00881.x
- Messick, S. M. (1996). Validity of performance assessment. En G. W. Phillips (Ed.), *Technical issues in large-scale performance assessment* (pp. 1-19). Washington, DC: National Center for Educational Statistics.
- Messick, S. M. (1998). Test validity a matter of consequence. *Social Indicator Research*, 45, 35-44. doi: 10.1023/A:1006964925094
- Millar, A., Simeone, R. S. y Carnevale, J.T. (2001). Logic models: A systems tool for performance management. *Evaluation & Program Planning*, 24, 73-81. doi:10.1016/S0149-7189(00)00048-3
- Mills, C. N., Potenza, M. T., Fremer, J. J. y Ward, W. C. (2002). *Computer-based testing. Building the foundations for future assessments*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mislevy, R. J. (1992). *Linking educational assessments; concepts, issues, methods, and prospects*. Princeton, Nueva Jersey: ETS Policy Information Center.
- Mislevy, R. J., Steinberg, L. S. y Almond, R. G. (2003). On the structure of educational assessments. *Measurement: Interdisciplinary research and perspectives*, 1, 1-62. Recuperado de [http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content\\_storage\\_01/0000019b/80/1b/62/54.pdf](http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/1b/62/54.pdf)
- Moore, M., Höfer, S., McGee, H. y Ring, L. (2005). Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health Quality of Life Outcomes*, 3, 1-1. doi: 10.1186/1477-7525-3-1
- Morentin, R. (2008). *Amor y calidad de vida en personas con discapacidad intelectual*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca.

- Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Madrid: Editorial Universitaria.
- Muñiz, J. (2003). *Teoría Clásica de los Test*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J. y Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo* 66, 63-70. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=737>
- Muthén, B. (1984). A general structural equation model with dichotomous, ordered categorical, and continuous latent variable indicators. *Psychometrika*, 49, 115-132. doi: 10.1007/BF02294210
- Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (2008). *Mplus statistical software* [programa informático]. Los Angeles, California: Muthén & Muthén.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67. Recuperado de <http://www.davidmyers.org/davidmyers/assets/Funds.friends.faith.pdf>
- Naglie, G., Tomlinson, G., Tansey, C., Irvine, J., Ritvo, P., Black, S. E., Freedman, M., Silberfeld, M. y Krahn, M. (2006). Utility-based Quality of Life measures in Alzheimer's disease. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 15, 631-43. doi: 10.1007/s11136-005-4364-8
- National Core Indicators. (2005). *The core report: Data brief: Factors influencing access to health care*. Cambridge, Massachusetts: Human Services Research Institute.
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O. y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención psicosocial*, 17, 321-336.
- Navas, P. (2009). *Conducta adaptativa en personas con discapacidad: estudio preliminar para la elaboración de un instrumento de diagnóstico*. Trabajo de grado no publicado, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Neeley-Barnes, S., Marcenko, M. y Weber, L. (2008). Does choice influence quality of life for people with mild intellectual disability? *Intellectual & Developmental Disabilities*, 46, 12-26. doi: 10.1352/0047-6765(2008)46[12:DCIQOL]2.0.CO;2
- Newcomer, K. E. (Ed.) (1997). *Using performance measurement to improve public and nonprofit programs*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Nota, L., Soresi, S. y Perry, J. (2006). Quality of life in adults with an intellectual disability: the Evaluation of Quality of Life Instrument. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 371-385. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00785.x
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. Nueva York: McGraw Hill.
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3ª Ed.). Nueva York: MacGraw Hill.

- O'Brien, J. (1987). A guide to life-style planning. En B. W. Wilcox y G. T. Bellam (Eds.), *The activities catalogue and alternative curriculum for youth and adults with severe disabilities* (pp. 175-189). Baltimore, Maryland: Paul H Brookes.
- O'Brien, J. y Lovett, H. (1992). *Finding a way toward everyday lives: The contribution of person-centered planning*. Recuperado de <http://thechp.syr.edu/everyday.pdf>.
- Olea, J., Abad, F. J., Ponsoda, V y Ximénez, M.C. (2004). Un test adaptativo informatizado para evaluar el conocimiento del inglés escrito: Diseño y comprobaciones psicométricas. *Psicothema*, 16, 519-525. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3026.pdf>
- Olson G. I. y Schober, B. I. (1993). The satisfied poor. Development of an intervention-oriented theoretical framework to explain satisfaction with a life in poverty. *Social Indicators Research*, 28, 173-193. doi: 10.1007/BF01079657
- Ouellette-Kuntz, H. y McCreary, B. (1996). Quality of life assessment for people with severe developmental disabilities. En R. Renwick, I. Brown y M. Nagler (Eds.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation. Conceptual Approaches, Issues and Applications* (pp. 268–278). Thousand Oaks, California: Sage
- Ouellette-Kuntz, H., McCreary, B.D., Minnes, P.M. y Stanton, B. (1994). Evaluating Quality of Life: The Development of the Quality of Life Interview Schedule (QUOLIS). *Journal on Developmental Disability*, 3,17-31.
- Paredes, D. (2008). La experiencia del humor en personas con discapacidad intelectual. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 14, 201-218. Recuperado de [http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/14/espanol/Art\\_14\\_184.pdf](http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/14/espanol/Art_14_184.pdf)
- Parmenter, T. R. (1988). Quality of life of people with developmental disabilities. En N. Bray (Ed.), *International review of research in mental retardation* (pp. 246-288). Nueva York: Academic Press.
- Parmenter, T. R. y Donnelly, M. (1997). An analysis of the dimensions of quality of life. In R. I. Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice* (2ª ed.) (pp. 91-115). Cheltenham, Reino Unido: Stanley Thornes.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization focused evaluation* (3ª ed.). Beverly Hills, California: Sage.
- Pelechano, V., Matud, P. y de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 91-149.
- Pellegrino, J., Chudowsky, N. y Glaser, R. (Eds.) (2001). *Knowing what students know: the science and design of educational assessment*. Washington, DC: National Academy Press.
- Perry, J. y Felce, D. (1995). Objective assessments of quality-of-life—How much do they agree with each other. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 5, 1–19. doi: 10.1002/casp.2450050102

- Perry, J. y Felce, D. (2002). Subjective and objective quality of life assessment: Responsiveness, response bias, and agreement between the responses of people being supported and those of staff responding on their behalf. *Mental Retardation*, 40, 445-456. doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0445:SAOQOL>2.0.CO;2
- Perry, J. y Felce, D. (2004). Initial findings on the involvement of people with an intellectual disability in interviewing their peers about quality of life. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 164-171. doi: 10.1080/13668250410001709502
- Perry, J. y Felce, D. (2005). Factors associated with outcomes in community group homes. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 121-135. doi: 10.1352/0895-8017(2005)110<121:FAWOIC>2.0.CO;2
- Petersen, N. S., Kolen, M. J. y Hoover, H. D. (1989). Scaling, norming and equating. En R. L. Linn (Ed.), *Educational Measurement* (3ª ed) (pp. 221-262). Nueva York: Macmillan.
- Petry, K., Maes, B. y Vlaskamp, C. (2005). Domains of quality of life of people with profound multiple disabilities: the perspective of parents and direct support staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 35-46. doi: 10.1111/j.1468-3148.2004.00209.x
- Petry, K., Maes, B. y Vlaskamp, C. (2007). Support characteristics associated with the quality of life of people with profound intellectual and multiple disabilities: the perspective of parents and direct support staff. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4, 104-110. doi: 10.1111/j.1741-1130.2007.00107.x
- Polit, D. F. y Hungler, B. P. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª ed.) México: Interamericana-Mc Graw-Hill.
- Poole, D. L., Duvall, D. y Wofford, B. (2006). Concept mapping key elements and performance measures in a state nursing home-to-community transition project. *Evaluation & Program Planning*, 29, 10-22. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2005.11.006
- Popham, W. J. (2000). *Modern educational measurement. Practical guidelines for educational leaders*. Boston, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Prieto, G. y Delgado, A. R. (2003). Análisis de un test mediante el modelo de Rasch. *Psicothema*, 15, 94-100. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72717328.pdf>
- Prieto, G. y Días, A. (2004). Uso del modelo de Rasch para poner en la misma escala las puntuaciones de distintos tests. *Actualidades en psicología*, 19, 5-23.
- Prieto, G. y Muñoz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-75. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1102>
- Pukrop, R., Möller, H. J. y Steinmeyer, E. M. (2000). Quality of life in psychiatry: a systematic contribution to construct validation and the development of the

- integrative assessment tool "modular system for quality of life". *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 250, 120-32.
- Rahtz, D. R., Sirgy, M. J. y Lee, D. J. (2004). Further validation and extension of the quality of life/community-health care model and measures. *Social Indicators Research*, 69, 167-198. doi: 10.1023/B:SOCI.0000033592.58120.9b
- Rapley, M. y Antaki, C. (1996). A conversation analysis of the acquiescence of people with learning disabilities. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 6, 207-227. doi: 10.1002/(SICI)1099-1298(199608)6:3<207::AID-CASP370>3.0.CO;2-T
- Rapley, M. y Lobley, J. (1995). Factor analysis of the Schalock and Keith (1993) Quality of Life Questionnaire: a replication. *Mental Handicap Research*, 8, 194-202. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00750.x
- Rapley, M., Lobley, J. y Bozatsis, N. (1994). *Preliminary validation of the Schalock and Keith (1994) Quality of life questionnaire with a British population*. Lancaster, Reino Unido: Department of psychology, Lancaster University.
- Rapley, M., Ridgway, J. y Beyer, S. (1998) Staff: staff and staff: client reliability of the Schalock y Keith (1993). Quality of Life Questionnaire. *Journal of Intellectual Disability*, 42, 37-42.
- Rasch, G. (1960). *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Copenhagen, Dinamarca: Danish Institute for Educational Research.
- Rasch, G. (1972), Objektivitet i samfundsvidenskaberne. Et metodeproblem [Objectivity in Social Sciences. A Methodological Problem], *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, 110, 161-196. Recuperado de [http://img.kb.dk/tidsskriftdk/pdf/nto/nto\\_0110-PDF/nto\\_0110\\_89227.pdf](http://img.kb.dk/tidsskriftdk/pdf/nto/nto_0110-PDF/nto_0110_89227.pdf)
- Raykov, T. y Marcoulides, G.A. (2008). *An introduction to applied multivariate analysis*. Nueva York: Taylor & Francis.
- Register, M. E. y Herman, J. (2007). A middle range theory for generative quality of life for the elderly. *Advances in Nursing Science*, 30, 93-94.
- Reinders, H. (2008). Internal and external goods: a philosophical critique of the hybridisation of professionalism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 634-638. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01075.x
- Renwick, R. y Brown, I. (1996). The centre for health promotion's conceptual approach to quality of life: Being, belonging, and becoming. En R. Renwick y I. Brown (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications* (pp. 75-86). Thousand Oaks, California: Sage.
- Renwick, R., Brown, I. y Raphael, D. (2000). Person-centred quality of life: contributions from Canada to an international understanding. En K. Keith y R. L. Schalock (Eds.), *Cross-cultural perspectives on quality of life*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.



- Renwick, R., Nourhaghighi, N., Manns, P. y Rudman, D. B. (2003). Quality of life for people with physical disabilities: a new instrument. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, 279-288.
- Rogers, J. D. y Bozeman, B. (2001). Knowledge value alliances: An alternative to the R & D project focus in evaluation. *Science Technology & Human Values*, 26, 23-55. doi: 10.1177/016224390102600102
- Rosas, S. R. y Camphausen, L. C. (2007). The use of concept mapping for scale development and validation in evaluation. *Evaluation & Program Planning*, 30, 125-135. doi: doi:10.1016/j.evalprogplan.2007.01.003
- Rost, J. (1988). Measuring attitudes with a threshold model drawing on a traditional scaling concept. *Applied Psychological Measurement*, 12, 397-409. doi: 10.1177/014662168801200408
- Roussel, P., Durieu, F., Campoy, E. y El Akremi, A. (2002), *Méthodes d'équations structurelles: Recherche et applications en gestion*. París: Economica.
- Rudman, D., Renwick, R., Raphael, D. y Brown, I. (1995). The quality of life profile for adults with physical disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 25-25.
- Rueda, B. (2001). *Evaluación del afrontamiento en lesionados medulares*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Deusto, Bilbao.
- Rueda, B., Aguado, A. L. y Alcedo, M. A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención psicosocial*, 17, 109-124. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n2/v17n2a02.pdf>
- Ruggeri, M., Nose, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G., Stefani, B., Malchiodi, F. y Tansella, M. (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 187, 121-130. Recuperado de <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/187/2/121>
- Ruiz, M. A. (1991). *Cuestionario de calidad de vida*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Ryu, E., West, S. G. y Sousa, H. (2009). Mediation and Moderation: Testing Relationships Between Symptom Status, Functional Health, and Quality of Life in HIV Patients. *Multivariate Behavioral Research*, 44, 213-232. doi: 10.1080/00273170902794222
- Sabeh, E. (2004). *Evaluación de la calidad de vida en la infancia: niños con necesidades educativas especiales y niños de escolaridad común. Un estudio comparativo*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Sabeh, E., Verdugo, M. A., Prieto, G. y Contini, N. (2009). *CVI-CVIP: Cuestionario de evaluación de la calidad de vida en la infancia*. Madrid: CEPE.

- Samejima, F. (1969). Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika*, 17.
- Samejima, F. (1972). *A general model for free response data*. Baltimore, Maryland: Psychometrika.
- Sanduvete, S. (2004). Calidad de vida en las personas mayores. *Apuntes de Psicología*, 22, 277-288.
- SAS Institute (2007). *SAS v.9.13*. [programa informático]. Cary, Carolina del Norte: SAS Institute Inc.
- Satorra, A. y Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. En A. Von Eye y C.C. Clogg (Eds.), *Latent variables analysis: Applications for developmental research* (pp. 399-419). Thousand Oaks, California: Sage.
- Schag, C. A. C., Ganz, P. A., Khan, B. y Petersen, L. (1992). Assessing the needs and quality of life of patients with HIV infection: Development of the HIV Overview of Problems-Evaluation System (HOPES). *Quality of Life Research*, 1, 397-413.
- Schalock, R. L. (1996). *Quality of life: Vol. I: Conceptual and measurement issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. (1997). *Quality of life: Vol. II: Conceptual and measurement issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 15, 116-127. doi: 10.1177/108835760001500207
- Schalock, R. L. (2001). Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urríes (Eds.), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida* (pp. 83-104). Salamanca: Amarú.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 203-216. doi: 10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x
- Schalock, R. L. (2005). Introduction and overview to the special issue. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 695-698.
- Schalock, R. L. (2006). Prólogo. En M. A. Verdugo (dir.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad* (pp. 21-25). Salamanca: Amarú.
- Schalock, R. L. y Bonham, G. S. (2003). Measuring outcomes and managing for results. *Evaluation & Program Planning*, 26, 229-235. doi: 10.1016/S0149-7189(03)00027-2
- Schalock, R. L., Bonham, G. y Marchand, C. (2000). Consumer based quality of life assessment: A path model of perceived satisfaction. *Evaluation & Program Planning*, 23, 77-87. doi: 10.1016/S0149-7189(99)00041-5

- Schalock, R. L., Bonham, G. S. y Verdugo, M. A. (2008). The concept of quality of life as a framework for program planning, implementation, evaluation, and improvement. *Evaluation and Program Planning*, 3, 181-190. doi:10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. D. y Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Results of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40, 457-470. doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2
- Schalock, R. L. y Felce, D. (2004). Quality of life and subjective well-being: conceptual and measurement issues. En E. Emerson, C. Hatton, T. Thompson y T. R. Parmenter (Eds.), *International handbook of applied research in intellectual disabilities* (pp. 261-279). Londres, Reino Unido: John Wiley & Sons.
- Schalock, R. L., Gardner, J. F. y Bradley, V. J. (2007/2009). *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities. Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [Traducido al castellano por E. Jalain. Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo. Madrid: FEAPS]
- Schalock, R. L. y Keith, K. D. (1993). *Quality of Life Questionnaire*. Worthington, Ohio: IDS Publishing.
- Schalock, R. L., Keith, K. D. y Hoffman, K. (1990). *Quality of Life Questionnaire Standardization Manual*. Hastings, Nebraska: Mid-Nebraska Mental Retardation Services, Inc.
- Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. A. y Gomez, L. E. (en prensa). Quality of life model development in the field of intellectual disability. En R. Kober (Ed.), *Quality of life for people with intellectual disability*. Nueva York: Springer.
- Schalock, 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].
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38, 21-36.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2008). Quality of life: from concept to application in the field of intellectual disabilities. *Evaluation & Program Planning*, 31, 181-190.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Bonham, G. S., Fantova, F. y Van Loon, J. (2008). Enhancing personal outcomes: organizational strategies, guidelines, and examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5, 18-28. doi: 10.1111/j.1741-1130.2007.00135.x

- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Xu, J. y Lachapelle, Y. (2005). A cross-cultural study of quality of life indicators. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 298-311. doi: 10.1352/0895-8017(2005)110[298:CSOQOL] 2.0.CO;2
- Schippers, A. y van Boheemen, M. (2009). Family Quality of Life Empowered by Family-Oriented Support. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 6, 19–24. doi: 10.1111/j.1741-1130.2008.00195.x
- Scientific Software International (2006). *LISREL, v.8.8* [programa informático]. Lincolnwood, Illinois: Scientific Software International.
- Serra, V. y Herdman, M. (2001). Metodología de adaptación transcultural de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Informatiu AATM*, 24. Recuperado en <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/es/dir384/doc8075.html>.
- Shoemaker, P. J., Tankard, J.W. Jr. y Lasorsa, D. L. (2004). *How to build social science theories*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Shogren, K. A., Bradley, V. J., Gomez, S. C., Yeager, M. H. et al. (en prensa). Public policy and the enhancement of desired public policy outcomes for persons with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*.
- Sirgy, M. J. (2001). Medición y método de evaluación de la calidad de vida de la comunidad. *Intervención Psicosocial*, 10, 71-84.
- Sirgy, M. J. y Cornwell, T. (2000). *Further validation of the Sirgy et al.'s measure of community quality of life*. Blacksburg, Virginia: Virginia Tech.
- Sirgy, M. J., Rahtz, D. R., Cicic, M. y Underwood, R. (2000). A method for assessing residents' satisfaction with community-based services: A quality-of-life perspective. *Social Indicators Research*, 49, 279-316. doi: 10.1023/A:1006990718673
- Skaggs, B. y Youndt, M. (2004). Strategic positioning, human capital, and performance in service organizations: a customer interaction approach. *Strategic Management Journal*, 25, 85-99. doi: 10.1002/smj.365
- Skevington, S. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life research*, 11, 135-144. doi: 10.1023/A:1015013312456
- Smith, K. W., Avis, N. E., Mayer, K. H. y Swislow, L. (1997). Use of the MQOL-HIV with asymptomatic HIV-positive patients. *Quality of Life Research*, 6, 555-560. doi: 10.1023/A:1018412216638
- Sommer, B. y Sommer R. (1997). *A practical guide to behavioral research* (4ª ed.) Nueva York: Oxford University Press.

- Somrongthong, R., Sitthi-Aamorn, C., Love, E. y Loasee, O. (2008). Adolescent quality of life: a qualitative study. En J. Merrick (Ed.), *Child and adolescent health yearbook* (pp. 321-330). Hauppauge, Nueva York: Nova Science.
- Spearman, C. (1904). General intelligence objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*, 15, 201-293.
- SPSS (2006). *SPSS, V. 14.0* [programa informático]. Chicago, Illinois: SPSS Inc.
- Stancliffe, R. J. (1995). Assessing opportunities for choice-making: a comparison for self and staff reports. *American Journal of Mental Retardation*, 99, 418-429.
- Stancliffe, R. J. (2000). Proxy respondents and quality of life. *Evaluation & Program Planning*, 23, 89-93. doi:10.1016/S0149-7189(99)00042-7
- Stancliffe, R., Abery, B. y Smith, J. (2000). Personal control and the ecology of community living settings: Beyond living-unit size and type. *American Journal on Mental Retardation*, 105, 431-454. doi: 10.1352/0895-8017(2000)105<0431:PCATEO>2.0.CO;2
- Stancliffe, R. y Lakin, C. K. (1998). Analysis of expenditures and outcomes of residential alternatives for persons with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 552-568. doi: 10.1352/0895-8017(1998)102<0552:AOEAOO>2.0.CO;2
- Stancliffe, R. y Lakin, K. C. (2005). Context and issues in research on expenditures and outcomes of community supports. En R. J. Stancliffe y K. C. Lakin (Eds.), *Costs and outcomes of community services for people with intellectual disabilities* (pp. 1-22). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Stark, J. A. y Goldsbury, T. (1990). Quality of life from childhood to adulthood. En R. L. Schalock y M. J. Bogale (Eds.), *Quality of life: perspectives and uses* (pp. 149-160). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Statsoft, Inc. (2007). *Statistica 8.0* [programa informático]. www.statsoft.com.
- Stewart, A. L. y Ware, J. E. (1992). *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, Carolina del Norte: Duke University Press.
- Summers, J. A., Poston, D. J., Turnbull, A. P., Marquis, J., Hoffman, L., Mannan, H. y Wang, M. (2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 777-783. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00751.x
- Sutherland, S. y Katz, S. (2005). Concept mapping methodology: A catalyst for organizational learning. *Evaluation & Program Planning*, 28, 257-269. doi:10.1016/j.evalprogplan.2005.04.017
- Taillefer, M. C., Dupuis, G., Roberge, M. A. y LeMay, S. (2003). Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64, 293-323. doi: 10.1023/A:1024740307643
- Tamarit, J. (2005). Hacia un Sistema de Evaluación de la Calidad en FEAPS. *Intervención psicosocial*, 14, 295-308.

- Tang, T. L. P. (2007). Income and quality of life: Does the love of money make a difference? *Journal of Business Ethics*, 72, 375–393. doi: 10.1007/s10551-006-9176-4
- Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H., Duffy, S.A., De Valenzuela, J. S., Spreat, S., Thissen, D. M., Widaman, K. F. y Zhang, D. (2008). *Diagnostic Adaptive Behavior Scale (DABS)*. Standardization Version. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. Manuscrito en preparación.
- Teresi, J. A. (2001). Statistical methods for examination of differential item functioning (DIF) with applications to cross-cultural measurement of functional, physical and mental health. *Journal of Mental Health and Aging*, 7, 31-40.
- Thompson, B. (2003). *Score reliability. Contemporary thinking on reliability issues*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Thompson, D. J., Ryrie, I. y Wright, S. (2004). People with intellectual disabilities living in generic residential services for older people in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 101-108. doi: 10.1111/j.1360-2322.2004.00187.x
- Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, D. A. et al. (2004). *Supports Intensity Scale user's manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2009). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20, 304-310. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3465.pdf>
- Tossebro, J. (1995). Impact of size revised: relation of number of residents to self-determination and deprivation. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 59-67.
- Van de Vijver, F. y Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1, 89-99.
- Van der Linden, W. J. y Glas, C. A. W. (Eds.) (2000). *Computerized adaptive testing. Theory and practice*. Dordrecht, Holanda: Kluwer.
- Van Loon, J. (2008). Aligning quality of life domains and indicators to support intensity scale data. En R. L. Schalock, J. R. Thompson y M. J. Tasse (Eds.), *Supports intensity scale companion guide: A resource for SIS users* (pp. 80-87). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Van Loon, J. (2009). Uso de la Escala de Intensidad de Apoyos en la práctica. Asignación de recursos y planificación de apoyos individuales basados en la Escala de Intensidad de Apoyos. *Siglo Cero*, 40, 54-66.
- Van Loon, J., van Hove, G., Schalock, R. L. y Claes, C. (2008). *Personal Outcomes Scale*. Middleburg, Holanda: Arduin Steichlich.
- Veenhoven, R. (1996). Happy life-expectancy a comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social Indicators Research*, 39, 1-58. Recuperado de <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1990s/96b-full.pdf>

- Veerman, J. W. y van Yperen, T. A. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation & Program Planning*, 30, 136-148. doi:10.1016/j.evalprogplan.2007.01.011
- Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Methods for quality of life assessment. *Salud Pública*, 44, 448-463. doi: 10.1590/S0036-36342002000400009
- Verdugo, M. A. (2006). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A. (2009a). Calidad de vida, I+D+i y políticas sociales. *Siglo Cero*, 40, 5-21.
- Verdugo, M. A. (2009b). Prólogo a la edición española. En R. L. Schalock, J. Gardner y V. J. Bradley, *Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo*. Madrid: FEAPS.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Gómez, L. E. (2006a). Escala integral de medición subjetiva y objetiva de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual. En M.A. Verdugo (Dir.), *Como 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. y Gómez, L. E. (2006b). Análisis de la importancia y uso percibido de indicadores de calidad de vida en personas con discapacidad intelectual, familiares y profesionales. *Informe de investigación no publicado*, INICO, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Gómez, L. E. (2009). Evaluación subjetiva y objetiva de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual: validación del modelo multidimensional de Schalock y Verdugo (2002/2003). *Informe de investigación no publicado*, INICO, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L. E. y Schalock, R. L. (2008a). *Formulari de l'Escala Gencat de Qualitat de vida. Manual d'aplicació de l'Escala Gencat de Qualitat de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Generalitat de Cataluña.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L. E. y Schalock, R. L. (2008b). *Escala GENCAT. Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials a Catalunya*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Generalitat de Cataluña.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L. E. y Schalock, R. L. (2009). *Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Generalitat de Cataluña.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez L. E. y Schalock, R. L. (en prensa). Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: Reliability and validity in Spain. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.

- Verdugo, M. A., Arias, B., Gomez, L. E. y van Loon, J. (2007). *Schaal Voor Kwaliteit Van Bestaan Voor Mensen Met Een Verstandelijke Beperking* [Escala Integral de calidad de vida]. Holanda: Stichting Arduin.
- Verdugo, M. A., Arias, B. e Ibáñez, A. (2006). La Escala de Intensidad de Apoyos: Un instrumento para evaluar y planificar las necesidades de apoyo de adultos con discapacidad intelectual. En M. A. Verdugo (Dir.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 475-498). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A., Arias, B. e Ibáñez, A. (2007). *Escala de Intensidad de Apoyos, SIS*. Madrid: TEA.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Navas, P. (2009). Adaptación y validación al castellano de la Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS) de la AAIDD: Estudio piloto. En M. A. Verdugo, T. Nieto, B. Jordán de Urríes y M. Crespo (Eds.), *Mejorando resultados personales para una vida de calidad* (pp. 531-540). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Navas, P. (en prensa). Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS). Madrid: TEA.
- 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, 37-56.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Arias, B. (en prensa). *La Escala FUMAT de evaluación de la calidad de vida de personas mayores y con discapacidad*. Salamanca: INICO.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B. y Schalock, R. L. (2009). *Escala Integral de Calidad de Vida*. Madrid. CEPE.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Schalock, R. L. y Arias, B. (en prensa). The Integral Quality of Life Scale: Development, Validation, and Use. En R. Kober (Ed.), *Quality of life for people with intellectual disability*. Nueva York: Springer.
- Verdugo, M. A., Ibáñez, A. y Arias, B. (2007). La Escala de Intensidad de Apoyos (SIS): Adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas. *Siglo Cero*, 38, 5-16.
- Verdugo, M. A. y Jordán de Urríes, B. (Coord.) (2006). *Rompiendo inercias. Claves para avanzar VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A., Jordán de Urríes, B., Jenaro, C., Caballo, C. y Crespo, M. (2006). Quality of life of workers with an intellectual disability in supported employment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 309-316. doi: 10.1111/j.1468-3148.2006.00277.x



- Verdugo, M. A. y Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25, 68-87. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58242507>
- Verdugo, M. A., Nieto, T., Jordán de Urríes, B. y Crespo, M. (2009). *Mejorando resultados personales para una vida de calidad: VII Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A., Prieto, G., Caballo, C. y Peláez, A. (2005). Factorial Structure of the Quality of Life Questionnaire in a Spanish sample of visually disabled adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 44-55. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00750.x
- Verdugo, M. A. y Sabeh, E. (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14, 86-91. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/690.pdf>
- Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2001). El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urríes (Coords.), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida* (pp. 105-112). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2009). Quality of Life: From Concept to Future Applications in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6, 62-64. doi: 10.1111/j.1741-1130.2008.00201.x
- 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, 57-72.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. y Stancliffe, R. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 707-717. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x
- Verdugo, M. A., Vicent, C. y Gómez, L. E. (2006). Un instrumento para medir la autodeterminación en adultos con discapacidad. En M. A. Verdugo (Dir.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 449-474). Salamanca: Amarú.
- Vine, X. L. y Hamilton, D. I. (2005). Individual characteristics associated with community integration of adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 30, 171-175. doi: 10.1080/13668250500204125
- Vlaskamp, C. (2000). De betekenis van het 'nieuwe paradigma' in de zorg voor mensen met ernstig meervoudige beperkingen. En P. Ghesquiere y J. M. A. M. Janssens (Eds.), *Van zorg naar ondersteuning: ontwikkelingen in de begeleiding van personen met een verstandelijke handicap* (pp. 53-64). Bohn Stafleu Van Logham, Holanda: Houten.
- Wainer, H. (Ed.) (2000). *Computerized adaptive testing: a primer*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Walsh, P., Erickson, E., Bradley, V., Moseley, C. y Schalock, R. L. (2006). *Supported accommodation services for people with intellectual disabilities: A review of models and instruments used to measure quality of life in various settings*. Dublin, Irlanda: National Disability Authority.
- Wang, M., Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (en prensa). The Cross-Cultural Validation and Analysis of Quality of Life Construct Validity. *Manuscrito enviado para publicación*.
- Ware, J. E. J. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), I: conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483. doi: 10.1177/016327879702000102
- Wehmeyer, M. y Kelchner, K. (1995). *The Arc's self-determination scale: Adolescent version*. Arlington, Texas: The ARC.
- Wehmeyer, M. y Schwartz, M. (1998). The relationship between self-autodetermination and quality of life for adults with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation & Developmental Disabilities*, 31, 3-12. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00743.x
- Werner, S., Edwards, M. y Baum, N. T. (2009). Family quality of life before and after out-of-home placement of a family member with an intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6, 32-39. doi: 10.1111/j.1741-1130.2008.00196.x
- West, S. G., Finch, J. F. y Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 56-75). Thousand Oaks, California: Sage.
- Wiggins, R. D., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P. y Blane, D. (2007). The evaluation of a self-enumerated Scale of Quality of Life (CASP-19) in the context of research on ageing: a combination of exploratory and confirmatory approaches. *Social Indicators Research*, 89, 61-77. doi: 10.1007/s11205-007-9220-5
- Wilkinson, L. y APA Task Force on Statistical Inference (1999). Statistical methods in psychological journals: guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54, 594-604. Recuperado de <http://www.loyola.edu/library/ref/articles/Wilkinson.pdf>
- Wilson, M. (2005). *Constructing measures: an item response modeling approach* (2ª Ed.) Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wisniewski, S. R., Rush, A. J., Bryan, C., Shelton, R., Trivedi, M. H., Marcus, S., Husain, M. M., Hollon, S. D. y Fava, M. (2007). Comparison of Quality of Life Measures in a Depressed Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 219-225. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58242507>
- Wolfensberger, W. y Glenn, L. (1975). *Program analysis of service systems: Handbook and Manual* (3ª ed.) Toronto, Canadá: National Institute on Mental Retardation.

- Wolfensberger, W. y Thomas, S (1983). *PASSING (Program Analysis of Service Systems' Implementation of Normalization Goals): Normalization criteria and ratings manual* (2ª ed.). Toronto, Canadá: National Institute on Mental Retardation.
- Wolffsohn, J. S. y Cochrane, A. L. (2000). Design of the low vision quality of life questionnaire (LVQOL) and measuring the outcome of low-vision rehabilitation. *American Journal of Ophthalmology*, 130, 793-802. doi: 10.1016/S0002-9394(00)00610-3
- Woodruff, D. (1990). Conditional standard error of measurement in prediction. *Journal of Educational Measurement*, 27, 191-208. doi: 10.1111/j.1745-3984.1990.tb00743.x
- Wright, B. D. y Linacre, J. M. (1994): Reasonable mean-square fit values. *Rasch Measurement Transaction*, 8, 3, 370. Recuperado de <http://www.rasch.org/404.htm>.
- Wright, B. D. y Masters, G. N. (1982). *Rating scale analysis*. Chicago, Illinois: MESA Press.
- Wright, B. D. y Stone, M. H. (1979). *Best test design*. Chicago, Illinois: MESA Press.
- Wu, A. D. y Zumbo, B. D. (2008). Understanding the using mediators and moderators. *Social Indicators Research*, 87, 367-392. doi: 10.1007/s11205-007-9143-1
- Xiao, L., Wu, Z. Y. y Li J. H., (2007). Development of quality of life measurement for drug addicts. *Chinese Mental Health Journal*, 6, 386-388.
- Xu, J., Wang, M., Xiang, Y. y Hu, X. (2005). Quality of life for people with intellectual disabilities in China: a cross-culture perspectives study. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 49, 745-749. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00744.x
- Yanai, H. e Ichiwaka, M. (2007). Factor Analysis. En C. R. Rao y S. Sinharay (Eds.), *Handbook of statistics 26: Psychometrics* (pp. 257-296). Amsterdam, Holanda: Elsevier.
- Yates, A. (1987). *Multivariate exploratory data analysis: A perspective on exploratory factor analysis*. Nueva York: State University of New York Press.
- Yuan, K. y Bentler, P. M. (2007). Structural Equation Modeling. En C.R. Rao y S. Sinharay (Eds.), *Handbook of statistics 26: Psychometrics* (pp. 297-358). Amsterdam, holanda: Elsevier.
- Yung, Y. F., Thissen, D. y McLeod, L. D. (1999). On the relationship between the higher-order factor model and the hierarchical factor model. *Psychometrika*, 64, 113-128. doi: 10.1007/BF02294531
- Zumbo, B. D. (2007). Validity: Foundational issues and statistical methodology. En C. R. Rao y S. Sinharay (Eds.), *Handbook of statistics, Vol. 26: Psychometrics* (pp. 45-79). Amsterdam, Holanda: Elsevier Science B.V.
- Zuna, N. I., Turnbull, A. y Summers, J. A. (2009). Family quality of life: moving from measurement to application. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6, 25-31. doi: 10.1111/j.1741-1130.2008.00199.x





## Apéndices

- A.** *Consulta a Jueces Expertos*
- B.** *Grupos de discusión*
- C.** *Escala GENCAT en catalán*
- D.** *Escala GENCAT en castellano*



Consulta a Jueces Expertos

# Apéndice A





## APÉNDICE A. Consulta a jueces expertos

### INSTRUCCIONES PARA VALORAR LOS ÍTEMS

A continuación se presenta un modelo teórico de calidad de vida compuesto por ocho dimensiones e indicadores representativos de esas dimensiones extraídos de la literatura científica. Lea atentamente la definición de calidad de vida que le presentamos, así como la definición de cada una de las dimensiones, y tenga presente este modelo teórico para realizar la tarea que le pedimos a continuación.

*“Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno”.*

Estas ocho dimensiones son las que aparecen en la primera columna de la siguiente tabla. Cada una de ellas, viene definida en la segunda columna por una serie de indicadores. Los indicadores son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión.

<i>Bienestar emocional</i>	Estabilidad mental; Ausencia de estrés, sentimientos negativos; Satisfacción; Autoconcepto
<i>Relaciones interpersonales</i>	Relaciones sociales; Relaciones familiares; Relaciones de pareja; Tener amigos estables y claramente identificados; Tener contactos sociales positivos y gratificantes
<i>Bienestar material</i>	Condiciones de la vivienda; Condiciones del lugar de trabajo; Condiciones del servicio al que acude; Empleo; Ingresos; Salario; Posesiones
<i>Desarrollo personal</i>	Educación; Oportunidades de aprendizaje; Habilidades relacionadas con el trabajo; Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa...); Actividades de la vida diaria
<i>Bienestar físico</i>	Atención sanitaria; Sueño; Consecuencias de la salud (dolores, medicación...); Salud general; Movilidad; Acceso a ayudas técnicas
<i>Autodeterminación</i>	Autonomía; Metas y preferencias personales; Decisiones; Elecciones
<i>Inclusión social Derechos</i>	Participación; Integración; Apoyos Conocimiento de derechos; Defensa de derechos; Ejerce derechos; Intimidación; Respeto

Adjunto, encontrará una hoja Excel donde encontrará los 106 ítems que debe valorar. Los ítems están ordenados por dimensiones, según el modelo anterior. Como experto en uno de los colectivos para los cuales la escala estará dirigida y teniendo presente la definición de calidad de vida y de sus ocho dimensiones, su tarea consiste en analizar cuidadosamente cada uno de ellos y decidir, en función de su contenido:



## DATOS PERSONALES

<i>Nombre y Apellidos</i>	
<i>Lugar de Residencia</i>	
<i>Género</i>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<i>Ocupación</i>	
<i>Fecha</i>	

<i>Experto en</i>	<input type="checkbox"/> Personas mayores
	<input type="checkbox"/> Personas con enfermedad mental
	<input type="checkbox"/> Personas con discapacidad física
	<input type="checkbox"/> Personas con discapacidad auditiva
	<input type="checkbox"/> Personas con discapacidad visual
	<input type="checkbox"/> Personas con discapacidad intelectual
	<input type="checkbox"/> Personas con drogodependencias
	<input type="checkbox"/> Personas con SIDA

<i>Educación</i>	<input type="checkbox"/> Diplomado en
	<input type="checkbox"/> Licenciado en
	<input type="checkbox"/> Master en
	<input type="checkbox"/> Doctorado en
	<input type="checkbox"/> Otro (especificar)

<i>Años de Experiencia Laboral</i>	<input type="checkbox"/> < 1
	<input type="checkbox"/> 1 - 2
	<input type="checkbox"/> 3 - 5
	<input type="checkbox"/> 6 - 10
	<input type="checkbox"/> > 10

*¡Muchas gracias por su colaboración!*

Nº	ITEM	IDONEIDAD	GRADO DE IMPORTANCIA	OBSERVABILIDAD	COMENTARIOS (si considera que el ítem mide otra dimensión indique cual, realice las reformulaciones del ítems que considere necesarias, o añada comentarios sobre el ítem que considere pertinentes)
		1= No refleja en absoluto la <b>dimensión</b>	1= Nada importante para medir <b>CV</b>	1= Nada <b>objetivo</b> / observable	
		10= Refleja perfectamente la <b>dimensión</b>	10= Muy importante para medir <b>CV</b>	10= Muy <b>objetivo</b> / observable	
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>					
i001	El contexto en el que vive le produce estrés				
i002	En el servicio al que acude le proporcionan atención psicológica cuando la necesita				
i003	Se muestra satisfecho consigo mismo				
i004	En general, se muestra satisfecho con su vida				
i005	Se queja de la apariencia de su cuerpo				
i006	Se considera de poco o ningún valor				
i007	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad				
i008	Se muestra desmotivado, sin ganas de hacer nada				
i009	Suele estar alegre y de buen humor				
i010	Tiene problemas de comportamiento				
i011	Presenta síntomas de ansiedad				
i012	Presenta síntomas de depresión				
N					
N					
N					
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>					
i013	El servicio al que acude dificulta el establecimiento de relaciones de pareja				
i014	El servicio al que acude fomenta el establecimiento de relaciones de amistad				
i015	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya (la misma discapacidad, la misma enfermedad o problemática)				
i016	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo (o de servicio)				
i017	Realiza actividades que le gustan con otras personas				
i018	Tiene amigos estables				
i019	Mantiene una buena relación con su familia				
i020	Manifiesta que es valorado por su familia				
i021	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él				
i022	Valora positivamente sus relaciones de amistad				
i023	Tiene pareja o tiene posibilidades de tenerla si quisiera				
i024	Tiene problemas de pareja				
N					
N					
N					
<b>BIENESTAR MATERIAL</b>					
i025	El lugar donde vive es confortable				
i026	El lugar donde vive es limpio				
i027	El lugar donde vive es saludable (libre de ruidos, humos...)				
i028	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad				
i029	El lugar donde trabaja cumple con las normas de higiene				
i030	El servicio al que acude cumple con las normas de seguridad				
i031	El servicio al que acude cumple con las normas de higiene				
i032	Tiene un trabajo estable				
i033	Su trabajo está bien remunerado				
i034	Dispone de las cosas materiales que necesita				

	i035	Se muestra satisfecho con el lugar donde vive	
	i036	Sus ingresos son insuficientes para permitirle ahorrar	
	i037	Se queja de su salario	
	i038	Se queja de su trabajo o de no tenerlo	
	N		
	N		
	N		
DESARROLLO PERSONAL	i039	La educación que ha recibido o recibe favorece su desarrollo personal	
	i040	Manifiesta deseos de recibir o haber recibido una educación mejor	
	i041	El servicio al que acude favorece sus desarrollo personal y aprendizaje de nuevas habilidades	
	i042	El trabajo que desempeña le permite aprender cosas nuevas	
	i043	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable	
	i044	Resuelve con eficacia los problemas que se le plantean	
	i045	Se adapta a las situaciones que se le presentan	
	i046	Se muestra motivado en su trabajo	
	i047	Mantiene su casa/habitación ordenada y limpia	
	i048	Prepara alimentos sencillos para la merienda o el desayuno	
	i049	Utiliza el transporte público o podrías utilizarlo si quisiera	
		N	
		N	
	N		
BIENESTAR FÍSICO	i050	Tiene posibilidad de acudir a servicios o centros donde realizar ejercicio físico	
	i051	Tiene posibilidad de acudir a servicios o centros de rehabilitación física si lo necesita	
	i052	Tiene problemas de sueño	
	i053	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar	
	i054	Tiene problemas de movilidad	
	i055	La medicación que toma le dificulta la realización de ciertas actividades	
	i056	Desempeña correctamente las tareas necesarias para vestirse	
	i057	Desempeña correctamente las tareas de aseo personal	
	i058	Dispone de ayudas técnicas si las necesita	
	i059	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal	
	i060	Tiene problemas de salud	
	i061	Tiene una buena forma física	
	i062	Se muestra satisfecho con su salud	
	N		
	N		
	N		
AUTODETERMINACIÓN	i063	Donde vive, puede invitar a sus amigos cuando quiera	
	i064	Decide de forma autónoma cómo moverse por su comunidad	
	i065	Cuando quiere hacer algo nuevo, tiene que pedir permiso a otras personas	
	i066	El servicio al que acude organiza actividades sin contar con sus preferencias	
	i067	En el servicio al que acude le preguntan por sus preferencias	
	i068	Otras personas deciden sobre el trabajo o actividades que le convienen	
	i069	Otras personas deciden sobre su vida personal	
	i070	Decora y organiza su entorno personal (casa, habitación) según sus preferencias	
	i071	Tiene metas, objetivos e intereses personales	
	i072	Defiende sus ideas y opiniones	

	i073	Organiza su propia vida
	i074	Se queja de falta de independencia
	i075	Elige cómo pasar su tiempo libre
	i076	Elige la ropa que se pone cada día
	i077	Toma sus propias decisiones
	i078	Su familia respeta sus decisiones
	i079	Sus amigos respetan sus decisiones
	i080	Decide la hora a la que se acuesta
	i081	Decide en qué quiere gastar su dinero
	N	
	N	
	N	
INCLUSIÓN SOCIAL	i082	Tiene dificultades para participar en su comunidad
	i083	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan
	i084	Está integrado en su comunidad
	i085	Es aceptado en su comunidad como cualquier otro
	i086	Está integrado con sus compañeros de trabajo (o de servicio)
	i087	Está integrado en su círculo de amigos
	i088	Está integrado con los miembros de su familia
	i089	Encuentra apoyos en la comunidad cuando lo necesita
	i090	Su familia le da apoyo cuando lo necesita
	i091	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita
		N
	N	
	N	
DERECHOS	i092	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos
	i093	En el servicio al que acude se respeta su intimidad
	i094	En el servicio al que acude se respeta su derecho a tener una vida afectiva plena
	i095	En su entorno es tratado con respeto
	i096	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad
	i097	En el servicio al que acude se respeta su derecho a manejar él mismo su dinero
	i098	Conoce sus derechos fundamentales como ciudadano
	i099	Defiende sus derechos cuando no son respetados
	i100	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)
	i101	Su familia respeta su intimidad
	i102	Su familia llama a la puerta antes de entrar en su cuarto
	i103	Su familia le permite mantener conversaciones privadas por teléfono
	i104	Su familia respeta sus posesiones y derecho a la propiedad
	i105	Su familia respeta su derecho a manejar él mismo su dinero
	i106	Su familia respeta su derecho a establecer una relación afectiva
		N
	N	
	N	

**Nota.** N = espacios incluidos para que los jueces incluyeran ítems o indicadores nuevos que consideraran relevantes y no estuvieran incluidos

Grupos de Discusión

# Apéndice B





## APÉNDICE B. Grupos de discusión

### GUÍA PARA LOS MODERADORES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

#### *¿Cuál el objetivo del estudio?*

Diseñar un Plan de Calidad para Cataluña, basado en el uso del concepto de calidad de vida, utilizando como modelo el propuesto por R.L. Schalock y M.A. Verdugo (2002/2003). La primera fase de este plan consiste en construir una Escala de Evaluación de la Calidad de Vida, mediante el consenso de indicadores entre los principales agentes implicados en esa Cataluña.

#### *¿Cuáles son las características de esa escala?*

- Basada en los últimos avances de la investigación sobre indicadores y pruebas de evaluación en el ámbito internacional.
- De carácter objetivo, para ser utilizada en la evaluación de los servicios.
- Será respondida por profesionales que trabajen con la persona cuya calidad de vida se quiera evaluar.
- Construida teniendo en cuenta las opiniones de usuarios de los servicios, familiares, profesionales, organizaciones y expertos de la administración. Los indicadores deben ser relevantes para todos los grupos implicados.
- Psicométricamente válida.

#### *¿Cuál ha sido el proceso de elaboración de la escala?*

- Construcción de una prueba inicial con un pool de indicadores relevantes para los servicios sociales, seleccionados de la literatura científica y de las pruebas de evaluación e investigaciones previas de los proponentes y de otros autores.
- Sometimiento de la prueba inicial a la valoración de un amplio grupo de expertos de distintas comunidades autónomas (73 expertos en los seis colectivos).
- Análisis de concordancia de la consulta a jueces Proceso de discusión entre los miembros del equipo para depurar la escala piloto.
- Sometimiento de los ítems y los indicadores de CV a discusión en *grupos focales*.
- Aplicación de la escala piloto a un numero representativo de personas.
- Análisis de validez y fiabilidad.
- Escala Final.

## LA TÉCNICA DE LOS GRUPOS FOCALES

### *¿Qué se entiende por grupos focales?*

Korman define un grupo focal como: *"una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación"*. Los grupos focales requieren de procesos de interacción, discusión y elaboración de unos acuerdos dentro del grupo acerca de la temática propuesta por el investigador, en nuestro caso, los indicadores e ítems de calidad de vida de la escala desarrollada por el INICO para su aplicación en Cataluña. Por lo tanto el punto característico de los grupos focales es la **participación dirigida y consciente** y unas **conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos** entre los participantes.

### *¿Por qué utilizar las técnicas de grupos focales?*

- Para que los ítems finales que utilicemos en la escala sean aceptados por estos proveedores clave, familiares y usuarios
- Para asegurarnos que los indicadores sean apropiados para los distintos colectivos

La participación en un grupo focal tiene innumerables ventajas tanto desde el punto de vista cognitivo como desde lo psicológico. La oportunidad de ser parte de un proceso participativo, decisorio, de ser considerados como "conocedores" y la principal, ser parte del trabajo investigativo favorece el compromiso con el producto de la investigación, en nuestra caso, que la escala desarrollada sea más valorada.

Tradicionalmente, la técnica de grupos focales, ha sido utilizada en estudios asociados con la medición de los niveles de satisfacción de usuarios, consumidores o clientes de servicios. En esta situación, los usuarios pueden convertirse en un medio institucionalizado para mejorar o cambiar los servicios. Por ejemplo, los pacientes de un servicio de salud fueron invitados a dar sus opiniones acerca de los servicios recibidos y a dar ideas de cómo mejorarlos. Posteriormente se hizo público que los cambios realizados eran resultado directo de las opiniones de los usuarios, lo cual generó una nueva y más amable atmósfera corporativa.

### *¿Cuántos grupos focales se harán?*

Los grupos focales serán cinco: uno sobre **personas mayores** (moderadora: *Pilar Sarto*), uno sobre **personas con discapacidad física y sensorial** (moderadora: *Mónica Santamaría*), uno sobre **personas con discapacidad intelectual** (moderadora: *Laura Gómez*), uno para **personas con enfermedad mental** (moderador: *Fabián Sainz*) y uno para **personas con drogodependencias y VIH/SIDA** (moderadora: *M<sup>a</sup> Cruz Sánchez*).

### *Consejos prácticos para la dinámica del grupo focal*

- Utilizar un lenguaje accesible al grupo de entrevistados
- Tener una posición activa, estar alerta y perceptivo a la situación
- Explicar suficiente y adecuadamente el propósito de la reunión. Así mismo, se debe explicar el contenido y objetivos de cada una de las temáticas - preguntas.
- Aclarar el sentido de tomar notas, grabar o filmar las intervenciones.
- Generar una relación activa entre el equipo investigador representado por el que hace el papel de moderador y los participantes. Se pueden presentar diversos tipos de comportamientos (afectos, desafectos, prejuicios, hostilidad, simpatías, etc.) entre los interlocutores. Esta situación es prácticamente inevitable, pero bien manejada puede contribuir a conformar un clima favorable para lograr una mayor profundidad en la información.

### *El manejo de la información*

- Darles la mayor y real información acerca de los propósitos y usos de las conclusiones del estudio.
- No presionar a los participantes a expresar obligadamente una opinión.
- Clarificar que la contribución u opinión de cada uno de los participantes desde el momento en que es compartida con el resto del grupo, se convierte en una opinión colectiva, así haya sido expresada en término personales.
- Los participantes deben ser motivados a mantener la confidencialidad de lo que ellos escuchan durante el taller.

## CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS FOCALES

### *¿Quiénes serán los participantes?*

Cada grupo focal estará formado por el **moderador y 8-10 personas**, entre ellas, usuarios de servicios sociales de Cataluña, familiares de éstos y profesionales que trabajen con ellos. Los participantes serán seleccionados y convocados por la Generalitat.

### *¿Dónde se harán los grupos focales?*

En el **Palau del Mar** de la Generalitat, Barcelona. Cada grupo dispondrá de una sala independiente para evitar distracciones y molestarnos unos a otros. Se recomienda que en el salón de reunión los participantes, en lo posible, rodeen al moderador (configuración en U).

### *¿Cuál será la duración de los grupos focales?*

No excederán más de **dos horas** de duración. Después de este tiempo, tanto los participantes como el moderador comenzarán a "distraerse"; y es muy posible que las preguntas y la discusión pierdan su importancia.

### *¿De qué material dispondrá el moderador?*

El moderador dispondrá de esta **Guía de Discusión** con las preguntas a discutir, en la que se incluirán los indicadores de calidad de vida y los ítems que deben someterse a discusión. Puesto que debe tomar notas sobre los comentarios, aportaciones y conclusiones a las que ha llegado su grupo, deberá disponer también del material necesario para **tomar notas**. Se utilizarán **escarapelas de identificación**.

## EL ROL DEL MODERADOR

### *¿Qué requisitos debe tener?*

Es muy importante que (a) esté familiarizado con el estudio piloto, el punto en el que nos encontramos de la investigación y sus siguientes fases; (b) esté firmemente convencido de la necesidad de una sola escala para todos los colectivos; (c) debe ser flexible y capaz de fomentar la discusión y aportación de cada uno de los miembros del grupo focal que coordina; y (d) consiga dirigir al grupo hacia un punto de consenso, que incluya la sugerencia de algunos indicadores adicionales -que los utilicemos o no será decidido por el equipo de investigación.

### *¿Qué debe hacer?*

- Tener suficiente conocimiento del tema y experiencia en el manejo de grupos, de tal manera, que pueda conducir la discusión hacia los objetivos preestablecidos.
- Mantener a los miembros del grupo atentos y mantener el hilo central de la discusión.
- Dar explicaciones claras sobre los propósitos del taller y ayudar a la gente a sentirse en confianza.
- Promover el debate planteando preguntas que estimulen la participación.
- Asegurarse que cada uno de los participantes tenga la oportunidad de expresar sus opiniones.
- Mantener el control de la discusión –que no se atrasen ni se adelanten los participantes
- Tratar de mantener la discusión en un tono informal, incentivando a los participantes que digan lo que les viene a la cabeza.
- No permitir que el moderador sea interrogado.
- Conducir la discusión de acuerdo al "guión" que se le proporciona a continuación.

## GUIA DE DISCUSIÓN PARA EL GRUPO FOCAL

*No olvide organizar previamente el lugar, el material de trabajo y las tarjetas de identificación.*

**Bienvenida:** Dar la bienvenida a los participantes individualmente conforme llegan. Los momentos antes de que empiece el grupo de discusión ofrecen la oportunidad de conocerse un poco y al moderador de identificar las personas con tendencias a permanecer pasivos o a dominar la situación.

**Preparación:** El moderador se presenta y después invita a que los hagan los participantes.

**Orientación e Instrucciones:** Antes de empezar la discusión, se deben cubrir los siguientes puntos en la orientación de los participantes:

- **¿Qué es un grupo de discusión?** Es un tipo de “entrevista grupal para generar ideas sobre un tema.
- **Explicar** brevemente el proyecto y **el significado de los grupos para el proyecto.**
- Comentar brevemente el modelo de calidad de vida utilizado y las ocho dimensiones.
- **¿Cuál es el objetivo de este grupo particular?** El grupo se ha convocado para confirmar los indicadores de calidad de vida, así como los ítems, que forman parte de la escala inicial en ese colectivo en cuestión.
- **No hay contestaciones correctas o incorrectas**, simplemente diferentes puntos de vista. Todas las ideas y opiniones de los participantes son igualmente valiosas.
- **Deben contestar lo más honestamente posible**, y no lo que piensan que deben decir o lo que se espera que digan.
- **La sesión será transcrita, pero la información es confidencial.**
- El tiempo de la sesión será de **dos horas**, sin descanso.

**Esta información debe darse MUY resumida, sólo como recordatorio, puesto que previamente a los grupos de discusión, se hará una sesión general en la que Miguel Ángel comentará estos temas con mayor detalle.**

### *Discusión dimensión por dimensión. Puntuación de los indicadores*

El moderador leerá cuidadosamente la definición de la dimensión y a continuación los indicadores propuestos para esa dimensión. Esta información, junto con los ítems, se

proporcionará en un documento aparte en los próximos días. Las preguntas a realizar en cada dimensión son:

1. ¿Considera que el indicador **afecta** a la calidad de vida de este colectivo?
2. ¿Considera que medir ese indicador es **importante** para ese colectivo?
3. ¿Cree que los ítems que miden este indicador son **observables** para un evaluador externo?
4. ¿Piensa que **falta algún indicador** importante para medir esta dimensión?

*El tiempo restante de las dos horas previstas para la dinámica de grupos focales se empleará en conseguir que los miembros del grupo den el visto bueno a la lista de indicadores propuestos. Se puede conseguir pidiéndoles que expliquen el porqué, si creen que un indicador en concreto no es apropiado para su grupo clínico respectivo. También es una buena estrategia utilizar este tiempo para preguntarles cómo utilizarían la información obtenida con la evaluación.*

### *Cierre, resumen y gracias*

### *Informe Final*

Resumir lo antes posible, de forma más elaborada, pero resumida, la discusión y acuerdos de la reunión para la elaboración del Informe Final por parte del equipo de investigación. Es más fácil reconstruir lo sucedido inmediatamente. El Moderador deberá reconstruir los acuerdos de mayor trascendencia al igual los detalles que pueden ayudar a enriquecer el informe final, así como analizar las opiniones que aparecen reiteradamente, conceptos o vocablos que generaron negativas de los participantes, etc. Enviar dicho informe a *Laura* ([lauraelisabet@usal.es](mailto:lauraelisabet@usal.es)) antes del **23 de abril**.

GRUPO FOCAL
Indicar Colectivo:

Nombre del Moderador

Lista de Participantes	Condición
1	
2	
3	
4	
6	
7	
8	
9	
10	

Características de la Dinámica										
Tensa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relajada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espontánea	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Transparente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Con ocultación de posiciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Con problemas idioma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grado de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grado de desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lugar agradable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lugar adecuado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grado participación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Preguntas estímulo	
1	¿Considera que el indicador/ítem <b>afecta</b> a la calidad de vida de este colectivo?
2	¿Considera que medir ese indicador/ítem es importante para ese colectivo?
3	¿Cree que los ítems que miden este indicador son observables para un evaluador externo?
4	¿Piensa que falta algún indicador/ítem importante para medir esta dimensión?



<b>BIENESTAR EMOCIONAL: Sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso</b>									
Nº	Indicador	Ítem	Afecta CV colectivo		Importante colectivo		Observable		Observaciones
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
3	Satisfacción	Se muestra satisfecho consigo mismo	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
4		En general, se muestra satisfecho con su vida	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
7	Autoconcepto	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
8	Ausencia de estrés, sentimientos negativos	Se muestra desmotivado, sin ganas de hacer nada	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
9		Suele estar alegre y de buen humor	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
10		Tiene problemas de comportamiento	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
11		Presenta síntomas de ansiedad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
12		Presenta síntomas de depresión	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>FALTA (ítems o indicadores)</b>									

<b>RELACIONES INTERPERSONALES: Relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros...)</b>									
Nº	Indicador	Ítem	Afecta CV colectivo		Importante colectivo		Observable		Observaciones
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
16	Relaciones Sociales	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo (o de servicio)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
17	Tiene amigos claramente identificados	Realiza actividades que le gustan con otras personas	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
18		Tiene amigos estables	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
19	Relaciones familiares	Mantiene una buena relación con su familia	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
20		Manifiesta que es valorado por su familia	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
21	Contactos sociales positivos y gratificantes	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
22		Valora positivamente sus relaciones de amistad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
23	Relaciones de pareja	Tiene pareja o tiene posibilidades de tenerla si quisiera	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>FALTA (ítems o indicadores)</b>									

<b>BIENESTAR MATERIAL: Tener suficiente dinero para comprar lo que necesitas y deseas tener</b>									
Nº	Indicador	Ítem	Afecta CV colectivo		Importante colectivo		Observable		Observaciones
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
25	Vivienda	El lugar donde vive es confortable	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
26		El lugar donde vive es limpio	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
27		El lugar donde vive es saludable (libre de ruidos, humos...)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
35		Se muestra satisfecho con el lugar donde vive	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
29	Lugar de trabajo	El lugar donde trabaja cumple con las normas de higiene	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
33	Salario	Su trabajo está bien remunerado	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
34	Poseiones	Dispone de las cosas materiales que necesita	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
36	Ahorros	Sus ingresos son insuficientes para permitirle ahorrar	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>FALTA (ítems o indicadores)</b>									

<b>DESARROLLO PERSONAL: Aprender distintas cosas, tener conocimientos, saber hacer cosas que necesitas o te gustan</b>									
Nº	Indicador	Ítem	Afecta CV colectivo		Importante colectivo		Observable		Observaciones
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
N	Limitaciones / Capacidades	Participa en la elaboración de su programa individual	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
N	Nuevas Tecnologías	Maneja nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
41	Oportunidades de aprendizaje	El servicio al que acude favorece su desarrollo personal y aprendizaje de nuevas habilidades	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
42		El trabajo que desempeña le permite aprender cosas nuevas	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
43	Habilidades relacionadas con el trabajo	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
44	Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación)	Resuelve con eficacia los problemas que se le plantean	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
45		Se adapta a las situaciones que se le presentan	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
46	Empleo	Se muestra motivado en su trabajo y/o en las actividades cotidianas que realiza	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>FALTA (ítems o indicadores)</b>									

<b>BIENESTAR FÍSICO: Tener buena salud, no tener dolores, no estar enfermo, sentirse en buena forma física</b>									
Nº	Indicador	Ítem	Afecta CV colectivo		Importante colectivo		Observable		Observaciones
N	Atención Sanitaria	Tiene fácil acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
52	Sueño	Tiene problemas de sueño	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
53	Salud Consecuencias	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
55		La medicación que toma le dificulta la realización de ciertas actividades	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
59		Su estado de salud le permite llevar una actividad normal	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
57	Actividades de la vida diaria	Desempeña correctamente las tareas de aseo personal	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
58	Acceso ayudas técnicas	Dispone de ayudas técnicas si las necesita	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
N	Alimentación	Tiene hábitos de alimentación saludables	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
FALTA (ítems o indicadores)									

<b>AUTODETERMINACIÓN: Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quieres, cómo quieres que sea tu vida, tu trabajo, tu tiempo libre, el lugar donde vives, las personas con las que estás</b>									
Nº	Indicador	Ítem	Afecta CV colectivo		Importante colectivo		Observable		Observaciones
67	Metas y Preferencias Personales	En el servicio al que acude le preguntan por sus preferencias	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
71		Tiene metas, objetivos e intereses personales	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
72		Defiende sus ideas y opiniones	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
69	Decisiones	Otras personas deciden sobre su vida personal	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
77		Toma sus propias decisiones	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
81		Decide en qué quiere gastar su dinero	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
73	Autonomía	Organiza su propia vida	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
75	Elecciones	Elige cómo pasar su tiempo libre	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
FALTA (ítems o indicadores)									

<b>INCLUSIÓN SOCIAL:</b> 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									
Nº	Indicador	Ítem	Afecta CV colectivo		Importante colectivo		Observable		Observaciones
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
N	Integración	Es rechazado/discriminado por los demás	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
83		Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
N	Participación	Utiliza entornos de ocio normalizados (piscinas públicas, cines...)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
N		En el servicio al que acude se fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
N	Accesibilidad	Existen barreras físicas que dificultan su integración social	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
90	Apoyos	Su familia le da apoyo cuando lo necesita	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
N		Cuenta con los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
91		Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
FALTA (ítems o indicadores)									

<b>DERECHOS:</b> Ser considerado igual que el resto de la gente, que te traten igual, que respeten tu forma de ser, tus opiniones, tus deseos, tu intimidad, tus derechos									
Nº	Indicador	Ítem	Afecta CV colectivo		Importante colectivo		Observable		Observaciones
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
92	Defensa de derechos	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
99		Defiende sus derechos cuando no son respetados	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
93	Intimidad	En el servicio al que acude se respeta su intimidad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
101		Su familia respeta su intimidad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
95	Respeto	En su entorno es tratado con respeto	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
96		En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
98	Conocimiento de derechos	Conoce sus derechos fundamentales como ciudadano	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
100	Ejerce derechos	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
FALTA (ítems o indicadores)									

Escaia GENCAT en Catalán

# Apéndice C



## APÉNDICE C. Escala GENCAT en catalán

## GENCAT. Escala de Qualitat de Vida

### Dades de la persona avaluada. Adults (18 anys i més)

Número d'identificació	
Nom	
Cognoms	
Gènere	
<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	
Adreça	
Localitat/Província/CP	
Telèfon	Llengua parlada a casa
Servei	Col·lectiu

	Dia	Mes	Any
Data d'aplicació	___	___	___
Data de naixença	___	___	___
Edat cronològica	___	___	___

### Dades de la persona informant

Nom de la persona que completa el qüestionari		
Lloc de treball		
Agència/Afiliació		
Adreça		
Correu electrònic	Telèfon	
Nom d'altres informants	Relació amb la persona	Llengua
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

# GENCAT. Escala de Qualitat de Vida

## Instruccions

A continuació es presenten una sèrie d'afirmacions relatives a la qualitat de vida de la persona que esteu avaluant. Si us plau, marqueu l'opció que descriu MILLOR a la persona esmentada i no deixeu cap qüestió en blanc.

<b>BENESTAR EMOCIONAL</b>		Sempre o gairebé sempre	Freqüentment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
1	Es mostra satisfet/a amb la seva vida present.	4	3	2	1
2	Presenta símptomes de depressió.	1	2	3	4
3	Està alegre i de bon humor.	4	3	2	1
4	Mostra sentiments d'incapacitat o inseguretat.	1	2	3	4
5	Presenta símptomes d'ansietat.	1	2	3	4
6	Es mostra satisfet amb si mateix/a.	4	3	2	1
7	Té problemes de comportament.	1	2	3	4
8	Es mostra motivat/ada a l'hora de realitzar algun tipus d'activitat.	4	3	2	1
<b>Puntuació directa TOTAL</b> _____					

<b>RELACIONS INTERPERSONALS</b>		Sempre o gairebé sempre	Freqüentment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
9	Fa activitats que li agraden amb altres persones.	4	3	2	1
10	Manté amb la seva família la relació que desitja.	4	3	2	1
11	Es queixa de la falta d'amics/igues estables.	1	2	3	4
12	Valora negativament les seves relacions d'amistat.	1	2	3	4
13	Manifesta sentir-se infravalorat/ada per la seva família.	1	2	3	4
14	Té dificultats per iniciar una relació de parella.	1	2	3	4
15	Manté una bona relació amb els seus companys i companyes de treball.	4	3	2	1
16	Manifesta sentir-se estimat/ada per les persones que són importants per a ell/a.	4	3	2	1
17	La majoria de les persones amb qui interactua tenen una condició similar a la seva.	1	2	3	4
18	Té una vida sexual satisfactòria	4	3	2	1
<b>Puntuació directa TOTAL</b> _____					
<p><b>ÍTEM 15:</b> Si la persona no treballa, valoreu la seva relació amb els companys del centre.</p> <p><b>ÍTEM 17:</b> Tenen discapacitat, són persones grans, van ser o són drogodependents, problemes de salut mental, etc.</p>					



# GENCAT. Escala de Qualitat de Vida

<b>BENESTAR MATERIAL</b>		Sempre o gairebé sempre	Freqüentment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
19	El lloc on viu li impedeix portar un estil de vida saludable (sorolls, fums, fosc, ventilació escassa, desperfectes, inaccessibilitat, etc.).	1	2	3	4
20	El lloc on treballa compleix les normes de seguretat.	4	3	2	1
21	Disposa del béns materials que necessita.	4	3	2	1
22	Es mostra descontent/a amb el lloc on viu.	1	2	3	4
23	El lloc on viu està net.	4	3	2	1
24	Disposa dels recursos econòmics necessaris per cobrir les seves necessitats bàsiques.	4	3	2	1
25	Els seus ingressos són insuficients per permetre-li accedir a capritxos.	1	2	3	4
26	El lloc on viu està adaptat a les seves necessitats.	4	3	2	1
<b>Puntuació directa TOTAL</b> _____					
<p><b>ÍTEM 20:</b> Si la persona no treballa, valoreu la seguretat del centre.</p>					

<b>DESENVOLUPAMENT PERSONAL</b>		Sempre o gairebé sempre	Freqüentment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
27	Mostra dificultat per adaptar-se a les situacions que se li presenten.	1	2	3	4
28	Té accés a noves tecnologies (Internet, telèfon mòbil, etc.).	4	3	2	1
29	El treball que exerceix li permet aprendre habilitats noves.	4	3	2	1
30	Mostra dificultats per resoldre amb eficàcia els problemes que se li plantegen.	1	2	3	4
31	Desenvolupa el seu treball de manera competent i responsable.	4	3	2	1
32	El servei al qual acudeix pren en consideració el seu desenvolupament personal i l'aprenentatge d'habilitats noves.	4	3	2	1
33	Participa en l'elaboració del seu programa individual.	4	3	2	1
34	Es mostra desmotivada en el seu treball.	1	2	3	4
<b>Puntuació directa TOTAL</b> _____					
<p><b>ÍTEMS 29, 30 i 31:</b> Si la persona no treballa, valoreu si les activitats que fa al centre li permeten aprendre habilitats noves, si fa aquestes activitats de manera competent i responsable, i si es mostra desmotivada quan les fa.</p>					

# GENCAT. Escala de Qualitat de Vida

<b>BENESTAR FÍSIC</b>		Sempre o gairebé sempre	Freqüentment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
35	Té problemes de son.	1	2	3	4
36	Disposa d'ajudes tècniques si les necessita.	4	3	2	1
37	Els seus hàbits d'alimentació són saludables.	4	3	2	1
38	El seu estat de salut li permet portar una activitat normal.	4	3	2	1
39	Té una bona higiene personal.	4	3	2	1
40	En el servei al qual acudeix se supervisa la medicació que pren.	4	3	2	1
41	Els seus problemes de salut li produeixen dolor i malestar.	1	2	3	4
42	Té dificultats d'accés a recursos d'atenció sanitària (atenció preventiva, general, a domicili, hospitalària, etc.).	1	2	3	4
<b>Puntuació directa TOTAL</b> _____					
<p><b>ÍTEM 36:</b> Si no necessita ajudes tècniques, valoreu si en disposaria en el cas que arribés a necessitar-les</p> <p><b>ÍTEM 39:</b> Es pregunta si la persona va polida o no; no importa que faci la higiene personal per si mateixa o que compti amb suports per fer-la.</p> <p><b>ÍTEM 40:</b> Si la persona no pren cap medicació, marqueu l'opció que considereu més adequada si la prengué. Es refereix a si es revisa periòdicament l'adequació de la medicació.</p> <p><b>ÍTEM 41:</b> Si la persona no té problemes de salut, marqueu "Gairebé mai".</p>					

<b>AUTODETERMINACIÓ</b>		Sempre o gairebé sempre	Freqüentment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
43	Té fites, objectius i interessos personals.	4	3	2	1
44	Escull com passar el seu temps lliure.	4	3	2	1
45	En el servei al qual acudeix tenen en compte les seves preferències.	4	3	2	1
46	Defensa les seves idees i opinions.	4	3	2	1
47	Altres persones decideixen sobre la seva vida personal.	1	2	3	4
48	Altres persones decideixen com gastar els seus diners.	1	2	3	4
49	Altres persones decideixen l'hora a la qual va a dormir.	1	2	3	4
50	Organitza la seva pròpia vida.	4	3	2	1
51	Escull amb qui viure.	4	3	2	1
<b>Puntuació directa TOTAL</b> _____					
<p><b>ÍTEMS 43, 44 i 50:</b> En el cas de persones amb drogodependències, valoreu si les seves metes, objectius i interessos són adequats, si elegeix activitats adequades per passar el seu temps lliure i si organitza la seva pròpia vida de manera adequada. Amb <i>adequats</i> ens referim que no tingui relació amb el consum de drogues.</p>					

## GENCAT. Escala de Qualitat de Vida

<b>INCLUSIÓ SOCIAL</b>		Sempre o gairebé sempre	Freqüentment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
52	Utilitza entorns comunitaris (piscines públiques, cinemes, teatres, museus, biblioteques, etc.).	4	3	2	1
53	La seva família li dona suport quan ho necessita.	4	3	2	1
54	Existeixen barreres físiques, culturals o socials que dificulten la seva inclusió social.	1	2	3	4
55	Li manquen els suports necessaris per participar activament en la vida de la seva comunitat.	1	2	3	4
56	Els seus amics/igues li donen suport quan ho necessita.	4	3	2	1
57	El servei al qual acudeix fomenta la seva participació en diverses activitats en la comunitat.	4	3	2	1
58	Els seus amics/igues es limiten als que assisteixen al mateix servei.	1	2	3	4
59	És rebutjat/ada o discriminat/ada pels altres.	1	2	3	4
<b>Puntuació directa TOTAL</b> _____					

<b>DRETS</b>		Sempre o gairebé sempre	Freqüentment	Algunes vegades	Mai o gairebé mai
60	La seva família vulnera la seva intimitat (llegeix la seva correspondència, entra sense trucar a la porta, etc.).	1	2	3	4
61	En el seu entorn és tractat/ada amb respecte.	4	3	2	1
62	Disposa d'informació sobre els seus drets fonamentals com a ciutadà/ana.	4	3	2	1
63	Mostra dificultats per defensar els seus drets quan aquests són violats.	1	2	3	4
64	En el servei al qual acudeix es respecta la seva intimitat.	4	3	2	1
65	En el servei al qual acudeix es respecten les seves possessions i el seu dret a la propietat.	4	3	2	1
66	Té limitat algun dret legal (ciutadania, vot, processos legals, respecte a les seves creences, valors, etc.).	1	2	3	4
67	En el servei al qual acudeix es respecten i defensen els seus drets (confidencialitat, informació sobre els seus drets com a usuari/ària, etc.).	4	3	2	1
68	El servei respecta la privacitat de la informació.	4	3	2	1
69	Pateix situacions d'explotació, violència o abusos.	1	2	3	4
<b>Puntuació directa TOTAL</b> _____					

# GENCAT. Escala de Qualitat de Vida

**Número d'identificació:**

Nom i cognoms

Informant

Data d'aplicació

**Barem utilitzat**

**A** Barems per a la mostra general

**B** Barems per a gent gran (a partir de 50 anys)

**C** Barems per a persones amb discapacitat intel·lectual

**D** Barems per a persones d'altres col·lectius (Persones amb drogodependències, VIH, SIDA, discapacitat física i problemes de salut mental)

**Secció 1a. Escala de Qualitat de Vida GENCAT**  
 1. Introduir les puntuacions directes totals de cada una de les dimensions  
 2. Introduir les puntuacions estàndard i els percentils  
 3. Introduir l'Índex de Qualitat de Vida

Dimensions de qualitat de vida	Puntuacions directes totals	Puntuacions estàndard	Percentils de les puntuacions
Benestar emocional			
Relacions interpersonals			
Benestar material			
Desenvolupament personal			
Benestar físic			
Autodeterminació			
Inclusió social			
Drets			
Puntuació estàndard TOTAL (suma)			
<b>ÍNDEX DE QUALITAT DE VIDA</b> (Puntuació estàndard composta)			
<b>Percentil de l'Índex de Qualitat de Vida</b>			

**Secció 1b. Perfil de Qualitat de Vida**  
 Encercla la puntuació estàndard de cada dimensió i de l'Índex de Qualitat de Vida.  
 Després uneix els cercles de les dimensions amb una línia per a formar el perfil.

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índex de QV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>30	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

Escala GENCAT en Castellano

# Apéndice D



## APÉNDICE D. Escala GENCAT en castellano

### GENCAT. Escala de Calidad de vida

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

Número de identificación:			
Nombre			
Apellidos			
Sexo			
<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> 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.

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>		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
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

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



## GENCAT. Escala de Calidad de vida

<b>BIENESTAR MATERIAL</b>		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
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					
ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.					

<b>DESARROLLO PERSONAL</b>		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
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					
ITEMS 29, 31 i 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.					

## GENCAT. Escala de Calidad de vida

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

**Puntuación directa TOTAL** \_\_\_\_\_

**ITEM 36:** si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.  
**ITEM 39:** se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.  
**ITEM 40:** si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.  
**ITEM 41:** si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

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

**Puntuación directa TOTAL** \_\_\_\_\_

**ITEMS 43, 44 i 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. Con "adecuados" nos referimos que no tengan relación con el consumo de drogas.

## GENCAT. Escala de Calidad de vida

<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>		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
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

<b>DERECHOS</b>		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
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

# GENCAT. Escala de Calidad de vida

**Número de identificación:**

Nombre y apellidos

Informante

Fecha de aplicación

**Baremo usado**

A Baremos para la muestra general

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

C Baremos para personas con discapacidad intelectual

D Baremos 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)			
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b> (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



# MANCA