



**TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**  
**“CALIDAD DE VIDA EN MENORES CON DISCAPACIDAD**  
**FÍSICA.”**

Autora: Paula M.<sup>a</sup> González González

Tutor: Rogelio Gómez García

Facultad de Educación y Trabajo Social

Curso: 2023/2024

## **INDICE:**

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>1. OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>2. ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA .....</b>	<b>7</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<b>1. ¿QUÉ ES EL TRABAJO SOCIAL? .....</b>	<b>8</b>
1.1 PRINCIPIOS DEL TRABAJO SOCIAL .....	12
1.2 ÁMBITO DE INTERVENCIÓN .....	13
<b>2. POLITICA SOCIAL.....</b>	<b>16</b>
2.1 NORMATIVA INTERNACIONAL .....	16
2.2 NORMATIVA ESTATAL.....	17
2.3 NORMATIVA AUTONÓMICA.....	18
<b>3. DISCAPACIDAD Y TRABAJO SOCIAL.....</b>	<b>20</b>
3.1 TIPOS Y GRADOS.....	24
<b>4. CALIDAD DE VIDA Y TRABAJO SOCIAL.....</b>	<b>26</b>
4.1 INSTRUMENTOS .....	29
4.1.1. ESCALA EQ – 5D y SF – 36.....	29
4.1.2. ESCALA MOS SF – 36.....	30
4.1.3. ESCALA WHOQOL - BREF.....	30
4.1.4. ESCALA GENCAT.....	30
<b>INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA</b> <b>.....</b>	<b>35</b>
<b>1. ANÁLISIS DE LAS PREGUNTAS.....</b>	<b>35</b>
<b>2. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRA.....</b>	<b>39</b>
<b>3.ÁNÁLISIS DE LA ESCALA.....</b>	<b>41</b>
3.1 BIENESTAR EMOCINAL.....	41
3.2 RELACIONES INTERPERSONALES.....	42
3.3 BIENESTAR MATERIAL.....	43

3.4 DESARROLLO PERSONAL.....	45
3.5 BIENESTAR FÍSICO. ....	46
3.6 AUTODETERMINACIÓN.....	47
3.7 INCLUSIÓN SOCIAL.....	48
3.8 DERECHOS.....	49
<b>4. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA. ....</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA:.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>
<b>1.ESCALA GENCAT .....</b>	<b>64</b>
<b>2. BAREMO DE LAS SUBESCALAS (D).....</b>	<b>70</b>
<b>3. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA.....</b>	<b>71</b>

## **ÍNDICE DE TABLAS.**

Tabla 1: Normativa que ampara a los menores con discapacidad física. ....	19
Tabla 2: Tipo, porcentaje y características de la clase de discapacidad.....	25
Tabla 3: Dimensiones e indicadores de la Calidad de Vida.....	33
Tabla 4: Coeficientes de consistencia y error típico de medida. ....	34
Tabla 5: Cambio de preguntas de la escala Gencat adaptada al estudio para la Calidad de Vida en menores con Discapacidad Física. ....	36
Tabla 6: Datos sociodemográficos de la muestra .....	39
Tabla 7: Bienestar Emocional.....	41
Tabla 8: Relaciones Interpersonales .....	42
Tabla 9: Bienestar Material.....	43
Tabla 10: Desarrollo Personal.....	45
Tabla 11: Bienestar Físico .....	46
Tabla 12: Autodeterminación.....	47
Tabla 13: Inclusión Social. ....	48
Tabla 14: Derechos .....	49
Tabla 15: Escala de Calidad de Vida GENCAT.....	52
Tabla 16: Perfil de Calidad de Vida. ....	53

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Áreas y oportunidades de intervención para el profesional del Trabajo Social en asociaciones civiles para personas con discapacidad .....	23
---	----

## **RESUMEN**

El siguiente estudio tiene como objetivo conocer la calidad de vida de una muestra de menores con discapacidad física en Valladolid. Este grupo, frecuentemente invisibilizado y rechazado por gran parte de la sociedad, sufre situaciones de exclusión social que impactan negativamente en su bienestar.

Este Trabajo de Fin de Grado busca entender la realidad de estos menores a través de su propia percepción de la calidad de vida. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva que ha permitido obtener información relevante sobre la calidad de vida de los menores con discapacidad física desde la perspectiva del Trabajo Social. Para un análisis riguroso de esta realidad, se ha empleado la escala GENCAT como instrumento de medición de la calidad de vida.

La recolección de datos incluyó métodos como la revisión bibliográfica, la observación participante y las entrevistas, técnicas tradicionales en el Trabajo Social y relevantes para las áreas de intervención relacionadas con menores y discapacidad entre otras. Este enfoque metodológico integral ofrece una visión detallada y completa de los desafíos cotidianos que enfrentan los menores con discapacidad física, proporcionando una comprensión profunda y basada en evidencia de sus necesidades y realidades.

**Palabras clave:** Calidad de vida, menores con discapacidad física, bienestar, Trabajo Social, Escala GENCAT.

## **ABSTRAC**

The following study aims to find out about the quality of life of a sample of children with physical disabilities in Valladolid. This group, often invisible and rejected by a large part of society, suffers processes of social exclusion that have a negative impact on their well-being. This Final Degree Project seeks to understand the reality of these children through their own perception of their quality of life.

To this end, an exhaustive literature review has been carried out to obtain relevant information on the quality of life of children with physical disabilities from the perspective of Social Work. For a rigorous analysis of this reality, the GENCAT scale was used as an instrument to measure quality of life.

Data collection included methods such as literature review, participant observation and interviews, traditional techniques in Social Work and relevant to the areas of intervention related to children and disability among others. This holistic methodological approach offers a detailed and comprehensive view of the daily challenges faced by children with physical disabilities, providing an in-depth and evidence-based understanding of their needs and realities.

**Keywords:** Quality of life, children with physical disabilities, well-being, Social Work, GENCAT Scale.

## **INTRODUCCIÓN**

La calidad de vida en menores con discapacidad física es un tema de creciente interés y trascendencia para el Trabajo Social. Con este Trabajo de Fin de Grado, se pretende explorar y evaluar diversos aspectos que inciden en la calidad de vida de estos menores en la provincia de Valladolid.

La elección de este surge de la convergencia o unión de dos áreas de intervención propias del Trabajo Social que he podido aprender, analizar y explorar a lo largo de mi formación universitaria en las asignaturas de Instituciones de derecho civil I-II; Sistema de Servicios Sociales; Política Social en el contexto estatal, autonómico y local; sistema de bienestar social y trabajo social; Trabajo social y sectores de intervención y Autonomía y dependencia: envejecimiento y discapacidad.

Mi experiencia como monitora de ocio y tiempo libre en los campamentos de ASPAYM, donde parte de los participantes son menores con discapacidad física, ha sido el factor clave para mi determinación para la elección de este tema para la realización de la investigación. Gracias a la observación directa de las dificultades, carencias y necesidades que enfrentan estos menores han servido como promotor para querer profundizar en su calidad de vida e identificar las áreas que requieren una mayor atención y mejoras específicas. Por lo tanto, el objeto de este estudio será la calidad de vida en una muestra de menores con discapacidad física en Valladolid.

### **1. OBJETIVOS**

**Objetivo general:** Conocer la calidad de vida de una muestra de menores con discapacidad física en Valladolid.

**Objetivos específicos:**

- Identificar las principales necesidades de los menores con discapacidad física en Valladolid.
- Analizar el grado de autonomía y participación social de estos menores.
- Comprobar el nivel de percepción de los menores sobre su propia calidad de vida.
- Examinar el nivel de apoyo social que reciben estos menores.
- Identificar las barreras físicas, sociales y culturales que pueden limitar la calidad de vida de estos menores.

## **2. ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA**

Para la realización de este documento se ha utilizado un lenguaje neutro para incluir a ambos géneros. En cuanto a la estructura, este está dividido en tres partes generales:

En primer lugar, nos encontramos con el Marco Teórico en el cual se tratará de ofrecer una visión global del papel del Trabajo Social, la relación que tiene con los menores con discapacidad física y con la calidad de vida. Por otro lado, se mostrará la importancia de la calidad de vida en este colectivo. Para hallar toda la información, se realizará una revisión bibliográfica de libros, artículos y revistas científicas actuales.

A continuación, tendrá lugar la investigación. Para ello, he recurrido a ASPAYM para que me pusiera en contacto con la mayor cantidad de menores posible para realizarla. El total de la muestra obtenida es de 18 participantes.

Con el fin de obtener la mayor y mejor información sobre la calidad de vida de estos menores he utilizado la escala GENCAT. Como consiguiente he realizado entrevistas presenciales donde he adaptado esta escala para su clara comprensión. Además, otra metodología para la recogida de información que he utilizado es la observación participante.

En tercer lugar, se planteará los resultados más relevantes de la investigación, las propuestas de mejora para conseguir una óptima calidad de vida de estos menores en forma de conclusiones. Por último, en los Anexos, se encontrará la Escala GENCAT, el Baremo de las subescalas y el Índice de calidad de vida (Verdugo et. al., 2009, pp. 57 – 76).

## MARCO TEÓRICO

### 1. ¿QUÉ ES EL TRABAJO SOCIAL?

Ander-Egg (1984, p.10), identifica al Trabajo Social como una disciplina no abstracta la cual necesita ser definida por la función que cumple en el orden social. Por ello, diferencia al Trabajo Social de otras profesiones por ser una forma de acción social, entendida como una actividad consciente, organizada y dirigida, que tiene como finalidad actuar sobre el medio social, para mantener, mejorar o transformar una situación.

Además, Ander-Egg (1984, pp.41 – 43) define la función del Trabajo Social como la implementación de políticas sociales a través de la comprensión de los Servicios Sociales específicos que benefician a los ciudadanos a través de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras potenciando la autonomía y desarrollo de la población. Por otro lado, Ander-Egg (1984, pp. 44 – 45) identifica los roles del Trabajo Social a la hora de realizar una correcta intervención, son:

- ❖ Consultor – asesor – orientador: ayuda a individuos, grupos u organizaciones a encontrar alternativas para satisfacer necesidades básicas, a través del uso efectivo de los servicios disponibles.
- ❖ Proveedor de servicios: ofrece recursos a las personas que se encuentran en una situación de emergencia o marginación social.
- ❖ Informador: facilita información sobre los recursos institucionales y externos promoviendo su accesibilidad y fomentando la participación de la población.
- ❖ Gestor: intermedia entre los usuarios y las instituciones para asegurar que obtengan los servicios necesarios.
- ❖ Investigador: analiza las situaciones sociales para detectar la problemática a través de la investigación.
- ❖ Planificador: diseña proyectos específicos para ayudar a los usuarios a satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida.
- ❖ Administrador: Gestiona y controla las actividades administrativas relacionadas con su trabajo.
- ❖ Ejecutor de programas, proyectos y/o actividades:
- ❖ Evaluador: valora la eficacia y eficiencia de servicios, programas y proyectos.

- ❖ Reformador de las instituciones: sugiere reformas para mejorar los Servicios Sociales, basándose en la evaluación de sus carencias.

Auxiliadora (2018) define al Trabajo Social como:

La disciplina que tiene por objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y aplicando la metodología específica en la que se integra el Trabajo Social de caso, grupo y comunidad (Auxiliadora, 2018, p. 69).

De acuerdo con Martín (2024, p.3), el Trabajo Social se resume a la intervención social, siendo esta el quehacer de la profesión, debido a que es la esencia que la diferencia del resto de profesiones. Por lo tanto, define el Trabajo Social a través de la práctica que realiza durante las intervenciones que lleva a cabo, siendo estas el principal objeto de estudio.

Moljo y Siqueira da Silva (2020, p.2) identifican que, desde un punto de vista marxista, el Trabajo Social actual representa proyectos diversos y antagónicos a través de los diferentes sectores de intervención. Estos proyectos deben tener en cuenta la estructura clasista de la sociedad para poder intervenir efectivamente en ella.

Para Luengo (2020, pp. 694 – 695), El Trabajo Social es más que un simple constructo intelectual; son las preguntas que los profesionales se plantean durante las intervenciones las que generan investigaciones en la profesión, con el objetivo de obtener un reconocimiento histórico.

García (2021, p.189), define el Trabajo Social como “una disciplina que forma parte de los sistemas de protección y de bienestar”. Se vincula directamente la profesión con la intervención, en especial con el individuo, para clarificar las necesidades que presenta y, por ende, el objeto de intervención en dicha profesión. Además, añade que las ciencias sociales han aportado distintos métodos que beneficia y enriquecen a la profesión, por lo tanto, estamos hablando de una profesión multidisciplinar. García (2021, p.190) identifica al Trabajo Social como un binomio entre la teoría y la práctica la cual la convierte en una profesión completa y enriquecida.

De acuerdo con Carvajal (2020, p. 1), la acción del Trabajo Social es la praxis que se realiza desde las redes sociales de los individuos ya que estas aportan beneficios a los movimientos de acción social gracias a la fortaleza de sus vínculos. Así pues, la profesión es un constructo de red social que permite desligar la teoría de la realidad social.

Zamanillo, (2023, p.27-28), analiza las tres conductas que tienen los profesionales del Trabajo Social en la actualidad para dar respuesta a las problemáticas y desafíos que aún no están solventados en la sociedad. Son los siguientes:

- Ética Funcional: Se centra en el "Estado de Derecho" y busca el orden social a través del consenso, considerando más importante la "problemática social" que las "necesidades sociales".
- Ética del Bienestar Social: Prioriza la satisfacción de necesidades para reducir la desigualdad social y busca equilibrar el orden social.
- Ética Participativa: Utiliza el poder político para beneficiar la "vida pública" sobre la "vida privada", enfatizando la justicia, equidad e integración social como valores prioritarios.

Por otro lado, si analizamos la trayectoria y evolución que ha tenido desde su creación esta profesión también podemos ver el gran desarrollo que ha tenido España respecto al Sistema Público de Servicios Sociales, esto es así porque el Trabajo Social fue el principal pionero en poner en el punto de vista central a la persona dentro de las políticas sociales (Colegio de Trabajo Social de Asturias, 2023, p. 8-10).

Hablar de Trabajo Social en España en este momento implica destacar su vinculación con la trayectoria del Sistema Público de Servicios Sociales propiciando el paso de la Asistencia Social a los Servicios Sociales de Bienestar. (Consejo General del Trabajo Social, 2008, citado en Colegio de Trabajo Social de Asturias, 2023 p.10).

Según Calzada (2023, p. 12-24), el objeto del Trabajo Social es un concepto ambiguo y que cada profesional tiene un punto de vista diferente, debido a esto, es necesario realizar debates entre los profesionales para llegar a la definición concreta.

Estos objetos pueden ser “las problemáticas, necesidades o carencias, conciencia social, políticas sociales, cambio social, etc.” (Calzada, 2023, p.18).

En resumen, el objeto de Trabajo Social no es un concepto unidimensional, sino que se basa en la evidencia empírica y diversa que aparece en la interacción social, además el objeto se sitúa entre los sectores encargados de paliar los obstáculos, dificultades de los individuos y los sectores de distribución de recursos y servicios. (Calzada 2023, p.19-20).

Bru (2024, p. 2), afirma que el campo profesional del Trabajo Social radica en la práctica de investigación e intervención social buscando suposiciones lógicas y objetivas. Actualmente contamos con una importante elaboración de conocimientos sobre dicha profesión, los cuales son aplicados a la práctica mejorando las intervenciones.

En cuanto al porqué de la existencia del Trabajo Social, Martín (2024, p.3), asegura que mientras siga existiendo las clases sociales el papel del trabajador/a social debe estar presente en la sociedad. Al ser conscientes estas clases se podrá identificar las características y relaciones sociales. Afirmando que:

No es lo mismo quien ha elegido esta profesión movida exclusivamente por valores, ideología, afectos e impulsos, que haberlo hecho, además, desde la propia experiencia de sufrimiento, de necesidad, de precariedad, de inseguridad, de esfuerzo extraordinario en el seno familiar (Martín, 2024, p.3).

Para Limón (2020, p.3) el Trabajo Social es una intervención “consciente y planificada de acciones con propuestas metodológicas que proporcionan a individuos, familias y grupos la orientación necesaria para contrarrestar sus necesidades y problemas”. Teniendo como objetivo encontrar soluciones a través de estas propuestas para mejorar el bienestar la calidad de vida.

En definitiva, el Trabajo Social es una profesión que pertenece a las ciencias sociales. El objeto del Trabajo Social son todos los sectores más vulnerables o desfavorecidos de la sociedad: Infancia, género, personas mayores, discapacidad, adicciones e inmigrantes. Por ende, el objetivo o fin que persigue esta disciplina es promover un cambio en la sociedad mediante procedimientos ya establecidos sobre estos colectivos para conseguir mejorar su calidad de vida y bienestar social.

## 1.1 PRINCIPIOS DEL TRABAJO SOCIAL

Desde la Federación Internacional de Trabajo Social (en adelante FITS.), el 2 de julio de 2018 crean el documento de Declaración global de los principios éticos del Trabajo Social. En este escrito se recoge nueve principios que serán el marco general que estos profesionales actúen con la mayor integridad posible (FITS., 2018).

1º “Reconocer la Dignidad Inherente a la Humanidad” (FITS., 2018). Los trabajadores sociales deben tratar a todas las personas con respeto y reflexionar críticamente sobre sus relaciones con los usuarios para llevar a cabo una práctica ética (FITS., 2018, p.1).

2º “Promover los Derechos Humanos” (FITS., 2018). Los profesionales están obligados a defender y respetar el principio de indivisibilidad de los derechos fundamentales (FITS., 2018, pp. 1 – 2).

3º “Promover la Justicia Social” (FITS., 2018). Desafían la discriminación y opresión, trabajan para fortalecer comunidades inclusivas, garantizan la distribución equitativa de recursos y colaboran para generar redes de solidaridad y cambio (FITS., 2018, pp. 2 – 3).

4º “Promover el Derecho de la Autodeterminación” (FITS., 2018). Fomentan que los usuarios tomen sus propias decisiones, protegiendo a quienes pueden verse intimidados, y velan por el bienestar infantil, la justicia penal, la discapacidad y la salud mental (FITS., 2018, pp. 3 – 4).

5º “Promover el Derecho de la Participación” (FITS., 2018). Dotan a las personas de recursos y capacidades para garantizar su participación en la sociedad y crean espacios para la participación en la toma de decisiones (FITS., 2018, p. 4).

6º “Respetar la Confidencialidad y la Privacidad” (FITS., 2018). Respetan la confidencialidad y privacidad, excepto en casos de peligro, y deben informar sobre los límites legales de estos derechos (FITS., 2018, p.5).

7º “Tratar a la Gente como Personas en su totalidad” (FITS., 2018). Identifican las diferentes dimensiones de la vida de una persona para evaluaciones e intervenciones integrales, colaborando en equipos interdisciplinarios para obtener los mejores resultados (FITS., 2018, p.5).

8º “Uso Ético de la Tecnología y las Redes Sociales” (FITS., 2018). Deben ser conscientes de los riesgos de la tecnología y las redes sociales, estar cualificados y tener las habilidades necesarias para protegerse contra el uso negativo (FITS., 2018, pp. 5 – 6).

9º “Integridad profesional” (FITS., 2018). Las asociaciones y organizaciones nacionales tienen la responsabilidad de mantener la integridad profesional mediante la elaboración y actualización de Códigos Éticos. Los profesionales deben tener competencias fundamentales para evitar el uso inhumano de sus conocimientos (FITS., 2018, p. 6 – 7).

En definitiva, los profesionales del Trabajo Social han de actuar siempre con la mayor integridad posible y nunca deben abusar de su posición (FITS., 2018, p. 7).

## 1.2 ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Como hemos visto en el anterior apartado, la profesión del Trabajo Social ha ido evolucionando con el paso del tiempo. Actualmente, sus escenarios de intervención se encuentran bastante divididos y estructurados en diferentes sectores, ámbitos o áreas.

Barranco (2023) identifica cuatro áreas existentes dentro del ámbito del Trabajo Social para conseguir el Bienestar Social son (Barranco, 2023, pp. 66-72):

- Área de la Salud: El Trabajo Social se enfoca en la atención de enfermos y sus familias, proporcionando información, orientación y acompañamiento a nivel individual, grupal y comunitario.
- Área de Empleo: Originalmente, los trabajadores sociales abordaban problemáticas de salud, vivienda y formación en trabajadores de empresas industriales. Actualmente, se centran en la política social, gestión del bienestar y la búsqueda de nuevos recursos para la empresa.
- Área de Vivienda, Urbanismo y Medio Ambiente: El Trabajo Social promueve el acceso a la vivienda para los colectivos más vulnerables mediante la revitalización de zonas rurales y urbanas, fomentando espacios de convivencia, ocio vecinal y recursos económicos teniendo en cuenta el impacto medioambiental.

- Área de Educación: En los Centros Específicos de Educación Especial, el Trabajo Social mejora las condiciones de vida e integración de personas con diversidad funcional, enfocándose en la atención, prevención e igualdad de oportunidades.

Por otro lado, nos encontramos los Servicios Sociales que son: “el conjunto de medios dotados de una estructura funcional, que se orientan a la atención, prevención y recuperación de situaciones que impiden el logro del bienestar” (Gaitán, 1991, p. 104 citado en Barranco, 2023, p.73).

Según Fresno (2019, p.64) los Servicios Sociales pueden diferenciarse en:

- Generales: Atención social básica y primaria; permanente en emergencias sociales y servicios de ayuda y atención domiciliaria.
- Específicos: atención especializada por colectivos.

En cuanto a los Servicios Sociales Específicos, Fresno (2019) menciona los siguientes colectivos (Fresno 2019, pp. 65 – 67):

- Personas sin hogar: existen servicios como la acogida en centros, comedores sociales, alberges o inserción socio-laboral entre otros. Además, una de las leyes que amparan a este sector de la población es la Ley Orgánica 12/2023, la cual promueve la vivienda social y sostenible a través de un marco regulador que garantice el acceso a una vivienda digna (LODV 12/2023, art. 2).
- Personas mayores: Centros sociales, residenciales, de día, atención domiciliaria, etc. Asimismo, la ley por la cual están más respaldados es la Ley Orgánica 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. En esta se recoge los derechos y deberes de las personas en situación de dependencia para potenciar lo máximo posible la autonomía de estas personas (LOPAPAPSD 39/2006, art. 4).
- Infancia y familia: servicios de prevención, acogimiento, adopción, etc. Adicionalmente, Este sector está respaldado por la Ley 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (LOMSPIA 8/2015).
- Mujer: servicios de información, atención psico – social, atención de urgencia para víctimas de violencia de género, etc. Siguiendo con esto último, La Ley

Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género define la violencia de género como una exclusión, desigualdad o discriminación en las relaciones entre hombres y mujeres en las cuales es el hombre quién se otorga el poder sobre las mujeres, independientemente del tipo de relación que tengan, pareja, cónyuges o cualquier vínculo afectivo. Esta discriminación y desigualdad está vinculada con el acto de violencia física, psicológica, directa o indirecta (LOMPIVG 1/2004).

- Personas con discapacidad: servicios de asesoramiento, valoración, información, inserción socio – laboral, etc. Como consiguiente, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (R.D. 1/2013), es la principal medida de protección de este sector o colectivo de la población.
- Inmigrantes y refugiados: Una de las leyes que amparan a las personas provenientes de otros países es la Ley Orgánica 12/2009, Reguladora del Derecho de Asilo y de la Protección Subsidiaria en la que en el artículo 2, se recoge el derecho de asilo (LORDAPS 12/2009, art. 2).

## 2. POLITICA SOCIAL

Centrándome en el objeto de esta investigación que son los menores con discapacidad física, voy a tratar de resumir las leyes que velan por sus derechos y respaldan en todo momento.

### 2.1 NORMATIVA INTERNACIONAL

Respecto a la normativa que nos encontramos a nivel internacional, nos encontramos la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, en el cual se recogen 10 principios y 17 artículos que todos los países miembros de las Naciones Unidas deben velar por su cumplimiento (NACIONES UNIDAS, 1959, en adelante N.U.)

Centrándonos en los principios, cabe destacar que en el principio 2 (NU, 1959, p.2) podemos mencionar la protección y oportunidad dispensado al menor para que pueda desarrollarse de forma saludable, libre y dignamente. En el principio 4 se recoge el derecho del menor a beneficiarse de la seguridad social, así como el derecho de recibir una educación, gratuita y obligatoria durante un periodo de tiempo considerado elemental para favorecer su desarrollo intelectual y cultural, recogido en el principio 7 (N.U., 1959, p.2). Además, cabe mencionar el principio 10 en el cual se recoge que “El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole” (N.U., 1959, p.3).

Relacionado con las personas con discapacidad nos encontramos con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad aprobada en 2006, en la cual se recoge un total de 50 artículos. En el Artículo 3 (N.U., 2006, p.5) se recogen los principios generales como la no discriminación o la plena participación e inclusión de forma efectiva en la sociedad.

En el Artículo 7 (N.U., 2006, p.8-9), se menciona a los niños y niñas con discapacidad, en el cual se recoge: en el Art. 7.1 que los Estados Parte deben tomar las medidas necesarias para que estos menores gocen de todos los derechos y libertades fundamentales, en el Art. 7.3 se vuelve a recalcar el derecho a expresar su opinión sobre todas aquellas cuestiones que les afecte de forma libre teniendo en consideración la edad y madurez de la misma forma que el resto de menores.

## 2.2 NORMATIVA ESTATAL.

A nivel estatal nos encontramos con la siguiente normativa que ampara, defiende y protege a los menores con discapacidad física.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Esta es la principal ley que ampara a todos los menores de España, cuenta con cuatro capítulos y un total de 35 artículos (LOMSPIA 8/2015). Cabe mencionar el Artículo 3. Referencia a instrumentos Internacionales (LOMSPIA 8/2015, art. 3), en el cual se recoge:

Los menores gozarán de los derechos que les reconoce la Constitución y los Tratados Internacionales de los que España sea parte, especialmente la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas y la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (LOMSPIA 8/2015, art. 3).

Además, en el Artículo 9.1 hace referencia que todo menor tiene derecho a ser oído y escuchado son importar su edad, discapacidad u otra circunstancia (LOMSPIA 8/2015, Art. 9.1).

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, es la normativa estatal que regula el derecho a la educación de todas las personas residentes en España, cuenta con ocho títulos y 157 artículos (LOE 2/2006), en los cuales podemos destacar:

Dentro del Título II de Equidad en la educación, Capítulo I alumnado con necesidades especiales de apoyo educativo en el Artículo 72.2 se recoge que es papel de las Administraciones educativas equipar a los centros de los recursos necesarios para atender adecuadamente las necesidades del alumnado (LOE 2/2006, Art. 72.2).

En el mismo Capítulo, se recoge en el Artículo 75 la inclusión educativa, social y laboral, en concreto el Artículo 75.3 el que recoge: “Con la finalidad de facilitar la inclusión social y laboral del alumnado con necesidades educativas especiales que no pueda conseguir los objetivos de la educación obligatoria, las Administraciones públicas fomentarán ofertas formativas adaptadas a sus necesidades específicas” (LOE 2/2006, Art. 75.3).

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Este decreto está dividido en tres títulos y 105 artículos. En el R.D. 1/2013 en su Artículo 3 quedan recogidos los principios de la ley, como, por ejemplo, la no discriminación, la igualdad de oportunidades o la accesibilidad universal (R.D. 1/2013, art. 3).

En el R.D. 1/2013 en el artículo 4.1 recoge que son titulares de derechos “Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (R.D. 1/2013, art. 4.1).

En el R.D. 1/2013 en el artículo 23.2 menciona “Las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación establecerán, para cada ámbito o área, medidas concretas para prevenir o suprimir discriminaciones” (R.D. 1/2013, art. 23.2).

Por último, cabe mencionar que del R.D. 1/2013 en el artículo 48 se recoge el derecho a la protección social.

Las personas con discapacidad y sus familias tienen derecho a unos servicios y prestaciones sociales que atiendan con garantías de suficiencia y sostenibilidad sus necesidades, dirigidos al desarrollo de su personalidad y su inclusión en la comunidad, incrementando su calidad de vida y bienestar social (R.D. 1/2013 art. 48).

### 2.3 NORMATIVA AUTONÓMICA.

A nivel autonómico nos encontramos con dos leyes claves que amparan y defienden los derechos de los menores con discapacidad en Castilla y León.

Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León, dividida en ocho Títulos y 150 Artículos de los cuales cabe destacar el Artículo 4.c se recoge la eliminación de cualquier discriminación, entre ellas por discapacidad física, sensorial o psíquica de los menores (LPAPI 14/2002, Art. 4.c).

En el Artículo 16, en el cual se recoge que los poderes públicos de Castilla y León velarán por la adecuada, completa y continua responsabilidad para el desarrollo pleno, integral y armónico de los menores (LPAPI 14/2002, Art. 16).

El Artículo 19.2 menciona que “Las Administraciones Públicas promoverán las acciones y medidas necesarias para facilitar a los menores con discapacidad su integración social” (LPAPI 14/2002, Art. 19.2).

Además, me gustaría mencionar el Artículo 20.6 ya que en este se recoge el derecho a la atención preferente y la asistencia concreta a los menores con discapacidades (LPAPI 14/2002, Art. 20.6).

En la tabla 1 se podrá identificar de manera más sencilla toda la normativa que ampara a los menores con discapacidad física en los diferentes tipos de normativa mencionados anteriormente.

**Tabla 1: Normativa que ampara a los menores con discapacidad física.**

	<b>INFANCIA</b>	<b>DISCAPACIDAD</b>
<b>INTERNACIONAL</b>	Declaración de los Derechos del Niño (1959)	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006)
<b>ESTATAL</b>	Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.	Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
	Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.	
<b>AUTONÓMICA</b>	Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León	

**Fuente:** *Elaboración Propia.*

### **3. DISCAPACIDAD Y TRABAJO SOCIAL.**

Esta investigación está centrada en el último sector de intervención del Trabajo Social, las personas con discapacidad, en concreto en los menores que tengan discapacidad física en el territorio de Valladolid.

Desde el punto de vista de Solano et al., (2021, pp. 128-129), existen tres paradigmas de la discapacidad permitiendo realizar un análisis conceptual para su correcto estudio a través del análisis prescriptivo el cual permite conocer los diferentes modelos teóricos. Desde el paradigma *Biologicista* la discapacidad es vista como un déficit desde un punto de vista médico ya que parte de un patrón único de enfermedades, patologías y trastornos. Otro paradigma es el *Funcionalista*, el cual busca que la sanidad contribuya al “funcionamiento normal” de la persona y la sociedad, por lo tanto, intenta que las personas con discapacidad mejoren a través de los especialistas que habilitan o rehabilitan a estas personas para que puedan ser funcionales dentro de la sociedad. El paradigma *Postmoderno* está centrado en el entorno de la discapacidad, es decir, la cultura, la educación, etc. intenta desvincular las concepciones asistencialistas que hasta ahora estaban muy vinculadas a la discapacidad, y es ahora la sociedad quien ha construido definiciones subjetivas de la discapacidad creando barreras sociales.

En la perspectiva de Cardozo et al., (2021, p. 10) las personas con discapacidad, en la mayoría de las ocasiones se encuentran sobreprotegidas, infantilizadas produciendo una mayor vulnerabilidad sobre éstas, enmarcando la discapacidad como un constructo opresivo.

Salgado et al., (2022, p. 97) consideran la discapacidad como una forma de reproducción social en la cual las personas son encasilladas según las características que posean y que las diferencian del resto de la población mayoritaria, son este sector de la población quien marca los parámetros para segregar y anular a las personas con discapacidad ya que consideran a este sujeto como diferentes a causa de las deficiencias propias de este. Todo ello provoca una gran estigmatización de la discapacidad.

El termino de discapacitado es considerado como un concepto que, a pesar de su connotación negativista, es el más aceptado por la sociedad. Este autor realizó una revisión bibliográfica para comprobar si este concepto recoge la identidad de este colectivo que se les ha etiquetado socialmente con el término “discapacitado” (Núñez, 2004, p. 339-340).

La identidad recoge todo tipo de elementos sociales como consecuencias de las interacciones con el resto de las personas generando la identificación de los individuos (Giménez, 2007 citado en Núñez, 2020, p.340).

Núñez (2020, p.347-348) finaliza con la idea de que a nivel macro, la identidad colectiva para los colectivos con discapacidad no es viable ya que solo comparten un rasgo único, pero a nivel micro social es factible la identidad colectiva, pero de manera autónoma.

La identidad colectiva de las personas en situación de discapacidad es construida e impuesta externamente de una forma errónea a partir de una deficiencia morfo funcional, sin embargo; puede presentarse en un contexto micro social, ya que es la única forma en que pueden surgir los elementos necesarios para que esta sea erigida desde el interior del grupo (Núñez, 2020, p.348).

La discapacidad es un constructo social e histórico que se encuentra en continuo cambio a lo largo del tiempo, en concreto desde el punto de vista de las Ciencias Sociales es imposible evitar problematizar este sector debido a todas las intervenciones de los profesionales sobre la discapacidad, y gracias a estas se puede entender y aportar luchas simbólicas para conseguir mejorar la calidad de vida de este sector (Fantoni, 2022, p.1).

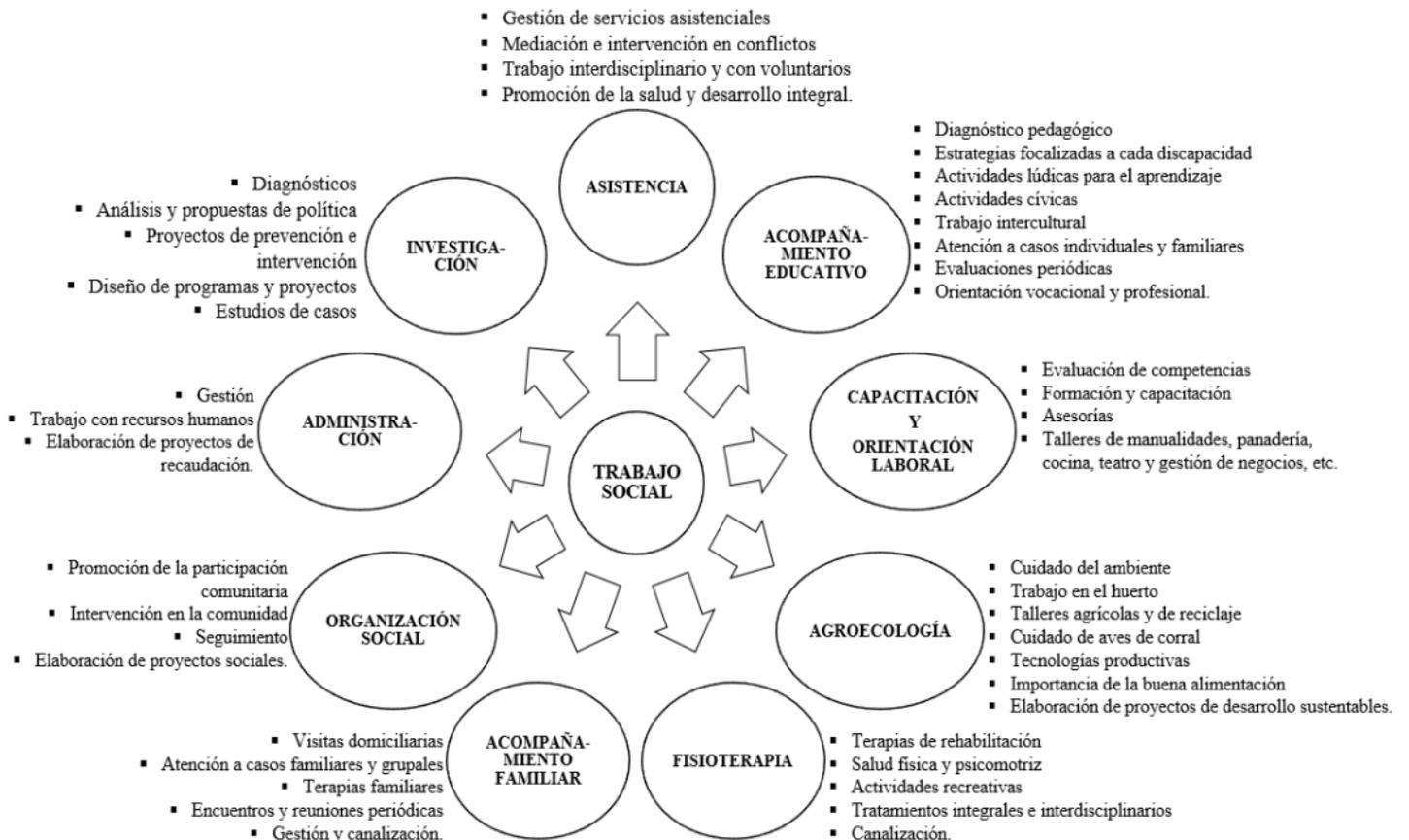
Durante el estudio que realizó Fontoni (2022), comprendió que el cuerpo “normativo” fue solicitado por la industrialización debido que tener este tipo de cuerpo era más eficaz a lo que se refiere económicamente. En cuanto a las personas que no presentaban este cuerpo normativo eran excluidos a nivel económico, cultural, social y simbólico, estos cuerpos eran de las personas con discapacidad (Fantoni, 2022, p.5).

El modelo social que plantea este autor no parte desde la discapacidad sino desde el constructo social que el cuerpo experimenta barreras culturales, sociales, ideológicas, etc. Por lo tanto, este modelo está basado en la justicia social y derechos humanos de manera que las personas con diversidad funcional comienzan a ser visibles (Fantoni, 2022, p.8).

Limón (2020, p.18) define la discapacidad como un estado de salud consecuente del entorno que provoca que la capacidad para realizar las actividades del día a día se vean afectadas, por lo tanto, este sector se caracteriza por ser personas más vulnerables para sufrir limitaciones debido a las problemáticas asociadas a su discapacidad y por la percepción que exista en ese momento en la sociedad sobre ese tipo de discapacidad.

El modelo de prescindencia, el médico-rehabilitador, el social y el de la diversidad; este último se basa en los derechos humanos y considera esencial lograr la plena dignidad y participación social de las personas que son discriminadas por su diversidad funcional procurando que tengan igualdad de oportunidades. Rescata las capacidades en vez de acentuar las discapacidades. Los principios básicos de este modelo y que están en consonancia con el Trabajo Social son: dignidad, libertad, autonomía, integridad, respeto, derecho, disfrute, goce, ejercicio en condiciones de igualdad, diversidad humana y resiliencia (Palacios y Romañach (2006) citado en Limón, 2020, p.19).

**Figura 1: Áreas y oportunidades de intervención para el profesional del Trabajo Social en asociaciones civiles para personas con discapacidad.**



Fuente: Limón, 2020, p.25.

En la Figura 1 nos muestra de manera clara las áreas de intervención del Trabajo Social en asociaciones para personas con discapacidad. A mi parecer, cabe mencionar el área de acompañamiento familiar, debido a que gracias a ese acompañamiento existe un seguimiento de los servicios y recursos existentes y comprobar de primera mano si son los adecuados o debería de hacerse algún cambio para garantizar el mayor bienestar y, por ende, mejorar la calidad de vida.

Molina (2024) ha realizado un estudio sobre el Trabajo Social en las entidades no gubernamentales de Alicante para comprobar cómo era la atención que recibían las personas con discapacidad física. Se obtuvo como conclusiones que las profesiones tanto de las administraciones públicas como del tercer sector están abiertos a la innovación de servicios y recursos para garantizar el bienestar y calidad de vida de este sector (Molina, 2024, p. 153).

El Modelo Social de la Discapacidad surgió durante el siglo XIX y ha ido evolucionando a lo largo del tiempo a través de distintos sectores que integraron experiencias y contradicciones a lo establecido respecto a este modelo. Durante la guerra mundial se comienza a utilizar el término “capacitismo”, promoviendo que la discapacidad sea una problemática individual que debe ser resuelto por la misma persona para recuperar la dignidad (Cesanelli, 2021, pp. 2-3).

En la actualidad, el Modelo social no solo es una orientación teórica-histórica, sino que a una propuesta de proyecto educativo en armonía y concordancia a las necesidades existentes y reales de las personas con discapacidad de manera que la gestión burocrática por las entidades públicas cree acciones que posibiliten la correcta y plena inclusión de este sector (Cesanelli, 2021, p. 9).

Gracias a la sistematización que realizan los trabajadores sociales se ha descubierto que los baremos nacionales reguladores del Certificado de Discapacidad no reflejan la verdadera problemática de las discapacidades debido a la falta de reconocimiento por parte de las administraciones públicas y la sensibilización por parte de la sociedad (Esteban, 2020, pp.77-78). Es decir, este autor refleja que este sector se encuentra burocratizado y no es tenido en cuenta seriamente ya que no siempre se puede recoger la realidad de las diferentes dificultades que presentan estas personas.

### 3.1 TIPOS Y GRADOS.

La diversidad funcional engloba a un colectivo muy amplio, por lo tanto, podemos diferenciar cuatro tipos.

Según Des Portes (2020, p.7), la discapacidad intelectual se caracteriza por presentar un razonamiento por debajo de lo habitual, es decir, cuando el coeficiente intelectual se encuentra por debajo de 100.

La discapacidad mental abarca una gran cantidad de enfermedades y casos como la ansiedad, depresión, esquizofrenia, TEA, etc. Además, existe la discapacidad sensorial que es aquella en la cual se ve afectada los sentidos, como la ceguera o la sordera.

Respecto a la diversidad funcional física es aquella que, debido a una enfermedad o un accidente, la movilidad se ve reducida como las personas que padecen de hemiplejia, tetraplejia, hemiplejia, etc.

Como he mencionado anteriormente, para este estudio nos vamos a centrar en la calidad de vida de este último tipo, la discapacidad física. En el Real Decreto 888/2022, se establecen los criterios para clasificar la discapacidad según el grado de dificultades que existen para llevar a cabo las Actividades de la Vida Diaria (ADV). En total, son cuatro clases recogidas en la tabla 2 (R.D 888/2022):

**Tabla 2: Tipo, porcentaje y características de la clase de discapacidad.**

CLASE	DISCAPACIDAD	PORCENTAJE	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADV)
0	Nula	0% - 4%	No existe dificultad evaluable en las ADV
1	Leve	5% - 24%	Dificultad leve en las ADV, pero prácticamente independiente para la totalidad de las mismas.
2	Moderada	25% - 49%	Dificultad moderada en las ADV, limitación total o imposibilidad para realizar alguna de ellas.
3	Grave	50% - 95%	Dificultad grave en las ADV, limitación total en su realización.
4	Total	96% - 100%	Imposibilidad de realización de casi todas las ADV.

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en el R. D. 888/2022.

## **4. CALIDAD DE VIDA Y TRABAJO SOCIAL.**

El Trabajo Social y la Calidad de vida están estrechamente vinculadas, debido a que esta profesión persigue que el usuario alcance el mayor rango posible de calidad de vida y bienestar a través de recursos, ayudas, servicios y prestaciones. Pero previamente, ¿qué es la Calidad de Vida? Pues bien, la Calidad de Vida es un concepto que cada vez está más presente en el ámbito social debido a que existen diferentes formas de medir y evaluarla, de modo que tiene los mismos componentes para todas las personas persiguiendo los mismos objetivos. Además, esta influenciada por diferentes factores personales y ambientales.

Según Ramírez – Coronel et al. (2020, p.8), la calidad de vida es algo subjetivo que se centra en el punto de vista individual de la persona en el funcionamiento y el bienestar propio de la persona, además es multidimensional ya que no solo se basa en la evaluación global de acontecimientos, sino que es más específico para poder identificar todos los constructos del individuo respecto a su calidad de vida.

Tal como menciona Lopera-Vásquez (2020, p.698), la calidad de vida se basa en la ausencia de malestar, es decir, se compara con un estado pleno de bienestar en el que es posible realizar las Actividades de la Vida Diaria en la mejor condición posible. Debido a la subjetividad que presenta este concepto, nos hace obtener resultados inciertos ya que para cada individuo algo le puede producir bienestar, pero no para otro individuo.

Según Sánchez (2020), enfoca la calidad de vida a las competencias que tienen las empresas enfocándolo en términos generales a la sobre la satisfacción de las necesidades que un individuo puede tener a lo largo de su vida. Conforme a lo expresado por Francés (2015. p.143) la calidad de vida es individual, pero a su vez es multidimensional y universalmente ligada a la cultura. Tal como menciona Zarzosa, (2005) existen tres tipos de indicadores para determinar la calidad de vida, estos son:

- Indicadores sociales: aquellos que valoran y miden el impacto social a través de la evaluación de programas.
- Indicadores descriptivos: a través de estadísticas recogen información sobre una situación social específica y evaluar los cambios que se producen en esta.
- Indicadores subjetivos: centrado en lo subjetivo de la realidad social y la valoración propia del individuo sobre su bienestar.

Según Francés (2015, p.140), nos afirma la vinculación de estos dos conceptos incluso antes de estar relacionados teóricamente. Este autor indica que el Trabajo Social se plantea la organización social para elevar la calidad de vida conjunta de la población, siendo esta uno de los principales objetivos del Trabajo Social. Por otro lado, la evaluación de la Calidad de Vida ayuda al Trabajo Social a elaborar un correcto diagnóstico social independientemente a quien o quienes vaya dirigido, el análisis de las intervenciones que se han llevado a cabo y por ende los cambios que se pueden producir durante estas.

De acuerdo con Barranco, (2009, p.24), desde el Trabajo Social es imprescindible seguir impulsando y fortaleciendo la calidad de vida a través de estrategias resilientes para mejorar los contextos personas, familiares y comunitarios. Este tipo de estrategias son aplicadas por los profesionales para orientar a los usuarios, familiares, colectivos, grupos o comunidades hacia la superación de situaciones difíciles y como consecuencia que salgan fortalecidas de estas incrementando la calidad de vida. En cuanto a afrontar situaciones adversas, el autor menciona utilizar las estrategias resilientes siendo estas “procesos interaccionales esenciales que permiten a las familias soportar y salir airosas de los desafíos vitales disociadores” (Walhs 2004, citado en, Barranco 2009, p.25)

Siguiendo el criterio de Barranco (2011, p.71-72), el quehacer del Trabajo Social es conseguir la mejor praxis durante la intervención consiguiendo mejorar la calidad de vida de los usuarios generando cambios positivos y sostenibles como resultado de una correcta intervención profesional.

Desde el punto de vista de Sánchez, (2008, pp. 181-183), los profesionales del área de Trabajo Social están estrechamente relacionados con los grados de mejoramiento de la calidad de vida de todos los individuos a través de aumentar la capacidades y funcionalidades de estos. En el punto en el que los trabajadores sociales deben hacer hincapié en las iniciativas propuestas desde la responsabilidad social buscando la manera más adecuada de conseguir la mejor calidad de vida.

En el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad en 2013, se buscaba garantizar la calidad de vida, la igualdad de oportunidades y la plena inclusión de las personas con discapacidad. (CERMI, 2013). Desde este comité, se persigue la mejora de la calidad de vida de este sector desde hace más de 10 años, promoviendo los derechos que amparan a estas personas, así como tomando iniciativas sociales y políticas para conseguir el bienestar de este sector.

Ramírez y Martínez (2023) han realizado un estudio sobre como el papel del Trabajo Social está relacionado directamente con la calidad de vida de la sociedad, en específico de las personas que buscan ayuda de estos profesionales, pues bien, partiendo de la base de que esta profesión promueve el desarrollo de las capacidades de los usuarios a través del empoderamiento social para conseguir mejorar el bienestar social y la calidad de vida de cada individuo. Gracias a este estudio, se ha descubierto que la nueva perspectiva que ofrece el modelo centrado en la persona está estrechamente ligada con avalar y asegurar los derechos de cada una de ellas. Pero para que esto sea cien por cien verídico debe existir una garantía de que los recursos y servicios ofrecidos por los Servicios Sociales, la administración pública, tengan la mejor calidad (Ramírez y Martínez, 2023, pp. 90 –91).

También han identificado que aspectos como el tiempo dedicado, la cercanía en el trato, la ética, etc. son primordiales para contribuir a la calidad del servicio y la calidad de vida. Consideran que la profesión ha de seguir avanzando en todos los niveles, promoviendo buenas prácticas y actuaciones que posibiliten el autocuidado, en contraposición al agotamiento profesional o el desencanto con la profesión (Ramírez y Martínez, 2023, p. 94).

A través de los diferentes enfoques que presenta el Desarrollo Humano, desde el ámbito del Trabajo Social busca la completa satisfacción de necesidades y una de las medidas que implemente es impulsar la igualdad de oportunidades de manera que se garantice la calidad de vida de cada persona de la sociedad (Barranco, 2023, p. 80).

Para conseguir esta satisfacción se emplean los modelos de bienestar social basada en derechos, igualdad, prevención, desarrollo, cooperación y corresponsabilidad social (Barranco, 2023, p. 81).

La intervención de los trabajadores sociales orientada a mejorar la calidad de vida implica trabajar con las fuerzas de las personas y con las políticas sociales de bienestar social, planes y recursos sociales para reducir/eliminar los problemas, promover el Desarrollo Humano y la ecología ambiental con la participación e implicación de la ciudadanía (Barranco, 2023, p.82).

## 4.1 INSTRUMENTOS

De acuerdo con Herrera (2020, p. 178), la evaluación de la calidad de vida es compleja debido a la subjetividad que esta representa. Por ello, se ha desarrollado una gran cantidad de instrumentos que nos permiten medir la calidad de vida de las personas a través de la estandarización de la percepción del bienestar de estas.

A continuación, procederemos a identificar diferentes instrumentos con los que podemos medir la calidad de vida.

### *4.1.1. ESCALA EQ – 5D y SF – 36.*

La escala EQ – 5D se centra en la medición de la salud como principal factor de la calidad de vida. Las principales dimensiones de esta son la física, psicológica, social y recursos sanitarios. Según el resultado obtenido se puede agrupar en: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión (Herrera, 2020, pp. 179 – 188).

La escala SF – 36, también mide la calidad de vida dentro del ámbito sanitario y es utilizada para comprobar los beneficios de diferentes tratamientos y si estos mejoran, mantienen o empeoran la calidad de vida. Consta de 36 ítems que son evaluables a través de nueve dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y transición de salud (Herrera de la Muela, 2020, p. 180).

#### 4.1.2. ESCALA MOS SF – 36.

Según Vinaccia et. al., (2021, p.4), la escala MOS SF – 36, analiza la calidad de vida percibida de cada individuo. Esta escala únicamente evalúa a nivel físico y psicológico. Consta de 36 ítems comprendidas en ocho dimensiones: función física, dolor corporal, rol físico, salud física, salud general, vitalidad, rol emocional y salud mental. Cada dimensión es medida de 0, el peor estado de salud y calidad de vida, hasta 100, el mejor estado de salud y calidad de vida. Así mismo, MOS SF – 36 tiene una fiabilidad del 0.70.

#### 4.1.3. ESCALA WHOQOL - BREF.

Como han señalado Abello et. al., (2023, p.721), la escala World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), es uno de los instrumentos utilizados a nivel global para medir la calidad de vida de las personas. El cuestionario consta de 26 preguntas donde se recogen las áreas de salud física (reflejando el dolor, energía, movilidad y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria), psicológica (recoge aspectos emocionales y mentales como la autoestima o el estado de ánimo entre otros), entorno social (enfocada en las interacciones personales y red de apoyo social) y ambiente (examina el entorno en el que reside la persona evaluando la seguridad, calidad del aire y del agua, accesibilidad a los servicios de salud e información).

#### 4.1.4. ESCALA GENCAT.

La Escala Gencat es el instrumento de medición que se utilizará para llevar a cabo esta investigación y determinar el nivel de calidad de vida de los menores con discapacidad física en Valladolid. Esta escala fue desarrollada por INICO a través del modelo multidimensional planteado por Schalock y Verdugo (2002-2003).

Tras una selección entre otras formas de medir la Calidad de Vida he decidido utilizar la Escala Gencat porque a la hora de analizar los resultados obtenidos y obtener el índice de calidad de vida de cada participante, tiene una configuración específica para personas con discapacidad física.

Esta escala en concreto se basa en un modelo multidimensional donde el concepto de calidad de vida está formado por ocho dimensiones o dominio. Podemos definir a las dimensiones básicas que engloba la calidad de vida como:

Un conjunto de factores que componen el bienestar personal”, y sus indicadores centrales como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona (Schalock y Verdugo, 2003, p. 34 citado en Verdugo et. al., 2009 p.18).

Profundizando en cada una de las ocho dimensiones que ofrece la Escala Gencat podemos definir las brevemente de la siguiente forma: (Verdugo et. al., 2009 pp. 18 – 19)

- Bienestar emocional (BE): Relacionada con los sentimientos y emociones que presenta en el día a día el participante, alguno de los sentimientos o emociones que se evalúan son la tranquilidad, seguridad, ansiedad, satisfacción o alegría.
- Relaciones interpersonales (RI): Vinculada con las interacciones de la persona, sus relaciones y apoyos, es decir, los vínculos lejanos o cercanos que tiene el participante como familia, amistades, vecinos, compañeros etc.
- Bienestar Material (BM): Referente a los bienes materiales como la vivienda, empleo o estatus económico, con esto último se refiere a si el participante tiene suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas y si tiene para comprarse lo que desea.
- Desarrollo Personal (DP): Asociada a la educación y competencia personal, de manera que, esta dimensión se centra en la posibilidad del participante en aprender nuevas cosas, su capacidad de adaptación ante situaciones complejas y que competencias y/o conocimientos tiene.
- Bienestar Físico (BF): Unida a si el participante presenta un buen estado de salud, buena forma física, hábitos de alimentación. Esta dimensión hace hincapié en la discapacidad física ya que también hace alusión a si el actual estado físico hace que el participante tenga dolores o molestias.

- Autodeterminación (AU): Relacionada con la autonomía y los valores personales. En esta dimensión está presente el poder de decisión y si tiene o no el participante la oportunidad de elección, de con quién o cómo quiere pasar su vida; decisión sobre su futuro trabajo o como pasar su tiempo libre.
- Inclusión social (IS): Vinculada a la integración y participación en el resto de la sociedad, en definitiva, si utiliza espacios públicos de la ciudad, pueblo o barrio donde vive, participa en las actividades comunitarias como uno más donde el participante se encuentra totalmente incluido en dichas actividades.
- Derechos (DE): Referente a la normativa y leyes de manera que, el participante sea considerado como un igual al resto de la población, donde el participante sienta que es tratado con igualdad y sobre todo que se respete su forma de ser, opinión, deseos, etc.

Para poder medir de la mejor forma posible todas y cada una de estas ocho dimensiones, la Escala Gencat proporciona una serie de indicadores que son tenidos en cuenta a la hora de analizar el Índice de Calidad de Vida.

Aunque es cierto que las preguntas que constituyen cada dimensión están destinadas para personas adultas que acuden a un servicio específico, puedo adaptar las preguntas para poder recoger de la manera más transparente la realidad de estos niños con discapacidad física.

En la tabla 3, se recoge los principales indicadores utilizados para evaluar cada una de las dimensiones de la escala GENCAT.

**Tabla 3: Dimensiones e indicadores de la Calidad de Vida.**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>BIENESTAR EMOCIONAL (BE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción.</li> <li>• Autoconcepto.</li> <li>• Ausencia de estrés.</li> <li>• Sentimientos positivos – negativos.</li> </ul>
<b>RELACIONES INTERPERSONALES (RI)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones sociales.</li> <li>• Tener amigos claramente identificados.</li> <li>• Relaciones familiares.</li> <li>• Contactos sociales positivos y gratificantes.</li> </ul>
<b>BIENESTAR MATERIAL (BM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivienda.</li> <li>• Lugar de trabajo (educación).</li> <li>• Salario (dinero ahorrado).</li> <li>• Bienes materiales.</li> </ul>
<b>DESARROLLO PERSONAL (DP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitaciones y capacidades.</li> <li>• Acceso a nuevas tecnologías.</li> <li>• Oportunidad de aprendizaje.</li> <li>• Habilidades relacionadas con actividades.</li> <li>• Habilidades funcionales (competencias personales, adaptativas, comunicativas).</li> </ul>
<b>BIENESTAR FÍSICO (BF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Sanitaria.</li> <li>• Sueño.</li> <li>• Salud y sus atenciones.</li> <li>• Actividades de la vida diaria.</li> <li>• Acceso a ayudas técnicas.</li> <li>• Alimentación.</li> </ul>
<b>AUTODETERMINACIÓN (AU)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metas y preferencias personales.</li> <li>• Decisiones.</li> <li>• Autonomía.</li> <li>• Elecciones.</li> </ul>
<b>INCLUSIÓN SOCIAL (IS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración.</li> <li>• Participación.</li> <li>• Accesibilidad.</li> <li>• Apoyos.</li> </ul>
<b>DERECHOS (DE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intimidación.</li> <li>• Respeto.</li> <li>• Conocimiento.</li> <li>• Ejercicio de derechos.</li> </ul>

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009. pp. 18 – 19.

Respecto a la fiabilidad, esta se refiere a una escala que incluye índices de consistencia interna, los cuales representan una de las formas fundamentales de fiabilidad para cualquier instrumento de evaluación. En la tabla 4, se presentan los coeficientes de consistencia interna y el error típico de medida para cada una de las dimensiones, así como para el total de la escala. Los errores típicos de cada dimensión no alcanzan niveles excesivos, lo que confirma la precisión del instrumento. (Verdugo et. al., 2009 pp. 42 – 43).

**Tabla 4: Coeficientes de consistencia y error típico de medida.**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>CONSISTENCIA INTERNA</b>	<b>ERROR TÍPIOCO DE MEDIDA</b>
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	0,83	2,03
<b>RELACIONES INTERPRERSONALES</b>	0,66	2,75
<b>BIENESTAR MATERIAL</b>	0,57	1,87
<b>DESARROLLO PERSONAL</b>	0,74	2,39
<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	0,47	2,05
<b>AUTODETERMINACIÓN</b>	0,88	2,41
<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>	0,57	2,52
<b>DERECHOS</b>	0,69	2,18
<b>TOTAL</b>	<b>0,92</b>	<b>6,92</b>

**Fuente:** Verdugo et. al., 2009. p.43.

# **INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA**

## **1. ANÁLISIS DE LAS PREGUNTAS.**

Como se ha mencionado anteriormente, la escala GENCAT es un instrumento creado para mejorar los servicios y recursos que ofrecen los servicios sociales cuando estos no cumplen con los planes de atención y apoyos personalizados y adecuados a las necesidades de los usuarios ya sea en la actualidad como en un futuro (Verdugo et. al., 2009 p. 10).

Aunque la escala está diseñada para aplicarse a personas mayores de 18 años, he podido aplicarla a menores entre 7 y 17 años gracias a la adaptación de un total de 20 preguntas. He realizado este cambio para que toda la muestra estuviera en igualdad de condiciones respecto a las preguntas que se iban a implementar durante las entrevistas.

En la tabla 5 podremos observar cuales son las preguntas que han tenido que ser adaptadas y el motivo de dicho ajuste.

Tabla 5: Cambio de preguntas de la escala Gencat adaptada al estudio para la Calidad de Vida en menores con Discapacidad Física.

DIMENSIÓN	NÚMERO	PREGUNTA	SOLUCIÓN	MOTIVO
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	2	Presenta síntomas de depresión.	Te sientes triste, apagado o sin ganas de hacer cosas.	No todos los menores comprenden correctamente lo que significa “depresión”.
	5	Presenta síntomas de ansiedad.	Te sientes inquieto, nervioso o preocupado.	No todos los menores comprenden correctamente lo que significa “ansiedad”.
<b>REALACIONES INTERPERSONALES</b>	14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	Tiene dificultades para iniciar una relación de amistad.	Como la pregunta debe tener el mismo significado para todos los participantes he decidido cambiarla a iniciar una relación de amistad.
	15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	Mantiene una buena relación con sus compañeros de clase.	Dado que todos los participantes van a clases y no trabajan he optado por modificar compañeros de trabajo por compañeros de clase.
	17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	La mayoría de las personas con las que te relaciones tienen discapacidad física.	Tratar la discapacidad física como una “condición” no me parece lo más acertado y por ello, he tomado la decisión de cambiar la pregunta.
	18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	Suprimida (se ha valorado con la máxima puntuación en todas las entrevistas)	No considero que sea adecuado preguntar sobre la sexualidad a niños y niñas de 13 años y menores y como consecuencia he suprimido la pregunta y se ha puntuado con la máxima puntuación para que no afectará al resto de preguntas de esta dimensión.

DIMENSIÓN	NÚMERO	PREGUNTA	SOLUCIÓN	MOTIVO
<b>BIENESTAR MATERIAL</b>	20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	El colegio/instituto cumple con las normas de seguridad.	Dado que todos los participantes van a clases y no trabajan he optado por cambiar lugar donde trabaja por colegio/instituto
	25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos	¿Recibe una paga por parte de sus padres/tutores? ¿Utiliza ese dinero para comprarse algún capricho o siempre acude a sus padres/tutores para comprarse algo que quieras?	En el caso de que la primera pregunta sea un “no” se pregunta si cuando necesita algo directamente se lo pide a sus padres y estos se lo compran. Dado que ningún participante trabaja se ha evaluado esta pregunta según las respuestas obtenidas a cada una de las preguntas.
<b>DESARROLLO PERSONAL</b>	29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	El colegio/instituto le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	El principal trabajo de los participantes son los estudios, por lo tanto, la pregunta va destinada a saber si en los respectivos centros educativos aprenden más habilidades que las estrictamente educativas.
	31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	Se considera un estudiante competente y responsable.	Como en la anterior pregunta he decido cambiar las preguntas relacionadas con el trabajo por el centro educativo, en esta pregunta también lo he hecho ya que considero que la mejor manera de medir esta pregunta es reformularla de esa manera.
	32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	El instituto al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	De esta forma podemos descubrir si el instituto fomenta el aprendizaje de más habilidades que las educativas.
	34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	Se muestra desmotivado en el colegio/instituto.	Igual que en las dos anteriores, he modificado el trabajo por el colegio/instituto.

DIMENSIÓN	NÚMERO	PREGUNTA	SOLUCIÓN	MOTIVO
<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	En el caso de que tome medicación, sus progenitores – tutores te recuerdan lo que te tiene que tomar o usted sabe exactamente lo que tiene que tomar y cuando	De esta manera puedo comprobar si existe seguimiento por parte de los progenitores/tutores del menor y además identificar si este conoce la medicación que tiene que tomarse y cuando.
<b>AUTODETERMINACIÓN</b>	51	Elige con quien vivir	Le gusta convivir con las personas que residen con usted.	Al ser menores de edad no pueden elegir con quien vivir por lo tanto se cambia la pregunta a un supuesto en el que tendrían opción de elección.
<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>	57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	El colegio/instituto fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	Como los menores acuden a centros educativos se modifica “servicio” por “colegio/instituto”.
	58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio	Sus amigos se limitan a los que asisten al colegio/instituto.	
<b>DERECHOS</b>	64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	En el colegio/instituto respeta su intimidad.	Como los menores acuden a centros educativos se modifica “servicio” por “colegio/instituto”.
	65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	En el colegio/instituto al que acude respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	
	67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	En el colegio/instituto al que acude respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	
	68	El servicio respeta la privacidad de la información.	El colegio/instituto respeta la privacidad de la información.	

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al.,2009. pp. 72– 74.

## 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRA.

El total de la muestra es de 18 entrevistados entre los 7 y los 17 años, todos ellos presentan discapacidad física, pertenecen a la provincia de Valladolid y acuden al Servicio ofrecido por ASPAYM, entidad que ha sido de gran ayuda para poder localizar a todos los participantes. A continuación, se plasmará los datos sociodemográficos de edad, domicilio, discapacidad, género y curso académico de cada uno de los menores que han participado en este estudio recogido en la tabla 5.

**Tabla 6: Datos sociodemográficos de la muestra**

	Edad	Domicilio	Discapacidad	Género	Curso académico
E.1	17	Ciudad	Física	Masculino	Curso de ingles y de Monitor de Ocio y Tiempo Libre (MOTL)
E.2	16	Ciudad	Física	Masculino	1º Bachillerato
E.3	17	Rural	Física	Femenino	3º ESO
E.4	7	Rural	Física	Femenino	1º Primaria
E.5	13	Rural	Física	Femenino	2º ESO
E.6	17	Ciudad	Física	Masculino	2º Bachillerato
E.7	15	Rural	Física	Femenino	3º ESO
E.8	8	Ciudad	Física	Masculino	3º Primaria
E.9	15	Rural	Física	Femenino	3º ESO
E.10	17	Rural	Física	Masculino	1º Bachillerato
E.11	14	Ciudad	Física	Masculino	2º ESO
E.12	15	Ciudad	Física	Femenino	3º ESO
E.13	14	Rural	Física	Masculino	2º ESO
E.14	15	Ciudad	Física	Femenino	3º ESO
E.15	14	Rural	Física	Masculino	2º ESO
E.16	7	Ciudad	Física	Masculino	1º Primaria
E.17	9	Ciudad	Física	Femenino	4º Primaria
E.18	12	Ciudad	Física	Femenino	1º ESO

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009, pp. 71.

En la tabla 6 podemos observar los resultados obtenidos en cada uno de los ítems sociodemográficos.

En el ítem de la edad de los participantes, se ha obtenido respuestas muy diversas, donde se ha recogido, dos participantes de siete años, uno de ocho, uno de de nueve, doce, trece y dieciséis años, tres de catorce años, cuatro de quince años y tres de diecisiete años. La media de edad de la muestra es de 13,44 años.

En cuanto al lugar del domicilio, cabe mencionar que ocho de los participantes viven en un entorno rural y los 10 restantes en ciudad.

Respecto al género de los entrevistados, nos encontramos con un empate de participación ya que hay nueve de cada género.

Por último, cabe mencionar el ítem de curso académico es importante señalar que once de los dieciocho entrevistados se encuentran en algún curso de la ESO mientras que los siete restantes acuden a un centro educativo de primaria.

### 3. ANÁLISIS DE LA ESCALA.

Los datos obtenidos del total de la muestra serán analizados de forma descriptiva teniendo en cuenta los 69 ítems divididos en ocho dimensiones que contiene la escala GENCAT. Se expondrá a continuación en las tablas 6-7-8-9-10-11-12-13 las respuestas de toda la muestra obtenida en cada uno de los ítems, siendo estos:

- Siempre o Casi Siempre (S/CS).
- Frecuentemente (FR).
- A veces (AV).
- Nunca o Casi Nunca (N/CN).

Los datos obtenidos se han estudiado teniendo en cuenta los cambios o supresión de preguntas recogidas en la Tabla 4.

#### 3.1 BIENESTAR EMOCIONAL.

**Tabla 7: Bienestar Emocional**

PREGUNTA (P)		S/CS	FR	AV	N/CN	Total
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	15	3	-	-	18
2	Te sientes triste, apagado o sin ganas de hacer cosas.	1	1	13	3	18
3	Esta alegre y de buen humor.	8	7	3	-	18
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	-	5	7	6	18
5	Te sientes inquieto, nervioso o preocupado.	2	6	6	4	18
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	8	7	3	-	18
7	Tiene problemas de comportamiento.	3	4	6	5	18
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	11	6	1	-	18

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009 pp. 72.(S/CS= Siempre o Casi Siempre; FR= Frecuentemente; AV= A veces; N/NC= Nunca o Casi Nunca)

Como se refleja en la tabla 6, el bienestar emocional de la muestra es bastante difuso. A pesar de que 15 han respondido S/CS y 3 FR a la P.1, siendo esta: se sienten satisfechos con su vida, y en la P.6, se aborda la satisfacción con uno mismo, 8 han afirmado S/CS y 7 FR; en la P.2, nos encontramos que, 13 han contestado que en momentos específicos (AV) tienden a tener sentimientos negativos de tristeza o sin ganas de hacer cosas.

También llama la atención la respuesta de la P.4 en la que 5 han respondido FR y 7 AV sentirse inseguros o incapaces cuando se salen de su zona de confort o segura.

A pesar de ello en la P. 8 11 han dicho S/CS y & FR encontrarse motivado a la hora de realizar alguna actividad, estos resultados hacen pensar que esa motivación está vinculada con actividades que conocen y dominan.

### 3.2 RELACIONES INTERPERSONALES.

**Tabla 8: Relaciones Interpersonales**

	<b>PREGUNTA (P)</b>	<b>S/CS</b>	<b>FR</b>	<b>AV</b>	<b>N/CN</b>	<b>Total</b>
<b>9</b>	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	7	7	4	-	<b>18</b>
<b>10</b>	Mantiene con su familia la relación que desea.	13	2	3	-	<b>18</b>
<b>11</b>	Se queja de la falta de amigos estables.	2	8	4	4	<b>18</b>
<b>12</b>	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	-	2	6	11	<b>18</b>
<b>13</b>	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	2	1	2	13	<b>18</b>
<b>14</b>	Tiene dificultades para iniciar una relación de amistad.	8	2	5	3	<b>18</b>
<b>15</b>	Mantiene una buena relación con sus compañeros de clase.	3	6	8	1	<b>18</b>
<b>16</b>	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	14	3	1	-	<b>18</b>
<b>17</b>	La mayoría de las personas con las que te relaciones tienen discapacidad física.	4	-	9	5	<b>18</b>
<b>18</b>	SUPRIMIDA	-	-	-	-	

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009, pp. 72. (S/CS= Siempre o Casi Siempre; FR= Frecuentemente; AV= A veces; N/NC= Nunca o Casi Nunca)

Respecto a la tabla 8, en la P.11, 2 participantes han contestado S/CS y 8 FR a que se quejan de la falta de amigos estables, siendo estas 10 respuestas, de menores que acuden al instituto y las correspondientes 4 N/CN corresponden a los que aún acuden a los centros de primaria. Este resultado refleja que los menores que acuden al instituto tienen mayor percepción de las amistades verdaderas que les rodea.

“Mis verdades amigas también tienen discapacidad física el resto no les interesa conocerme” (E.3).

Pero a pesar de este dato, en la P.12, la mayoría de los participantes valoran positivamente sus amistades.

“Tengo dos amigos que me apoyan cuando lo necesito y prefiero tenerlos a ellos que tener 20 amigos que no están en los momentos difíciles o malos” (E.10).

Como consecuencia de la falta de amigos estables que hemos mencionado anteriormente en la P.11; en la P.14, nos encontramos que 8 (S/CS) y 2 (FR) han manifestado tener dificultades para iniciar una nueva amistad, estos 10 entrevistados corresponden a los menores que estudian algún curso de la ESO o Bachillerato. Asimismo, en la P.15, 8 (AV) y 6 (FR) no mantienen una buena relación con todos sus compañeros de clase. Los que han respondido AV y 2 FR (total de 10 entrevistados) se engloban en los estudios impartidos en institutos.

### 3.3 BIENESTAR MATERIAL.

**Tabla 9: Bienestar Material**

	<b>PREGUNTA (P)</b>	<b>S/CS</b>	<b>FR</b>	<b>AV</b>	<b>N/CN</b>	<b>Total</b>
<b>19</b>	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	-	1	3	14	<b>18</b>
<b>20</b>	El colegio/instituto cumple con las normas de seguridad.	4	10	4	-	<b>18</b>
<b>21</b>	Dispone de los bienes materiales que necesita.	15	2	1	-	<b>18</b>
<b>22</b>	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	1	7	9	<b>18</b>
<b>23</b>	El lugar donde vive está limpio.	14	3	-	-	<b>18</b>
<b>24</b>	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	12	5	1	-	<b>18</b>
<b>25</b>	¿Recibe una paga por parte de sus padres/tutores? ¿Utiliza ese dinero para comprarse algún capricho o siempre acude a sus padres/tutores para comprarse algo que quieras?	-	2	7	9	<b>18</b>
<b>26</b>	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	14	2	-	2	<b>18</b>

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009, pp. 73. (S/CS= Siempre o Casi Siempre; FR= Frecuentemente; AV= A veces; N/NC= Nunca o Casi Nunca)

En la tabla 9 cabe mencionar la P.20, todos aquellos que acuden a un centro educativo con más de una planta han justificado su respuesta de FR – AV con una situación que les había ocurrido a todos durante el simulacro de incendios que ha tenido lugar durante este curso 23/24.

Aseguraban que, durante este, el centro no estaba adaptado para que las estudiantes con movilidad reducida pudieran salir al patio o cualquier zona de exterior. Siendo así, todos ellos se tenían que quedar en la misma aula a esperar a que el resto de los compañeros volvieran a subir.

“Si hay un incendio de verdad, tanto yo, como mis compañeros de ruedas no creo que sobreviviéramos. En lo que llevo en el instituto ningún profesor o AT (Asistente Técnico) se ha preocupado por nosotros en esta situación” (E.2).

Cabe señalar en la P.26, E.4 y E.17 han contestado N/CN debido a que viven en un segundo y cuarto piso sin ascensor respectivamente y son los progenitores los encargados de subir y bajar a estos menores por las escaleras. Se han encontrado con la problemática de que el edificio se construyó posterior al 2006 y por ende no es obligatorio realizar la instalación de un ascensor.

Todo ello está recogido en el Real Decreto 314/2006, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación:

“A través de esta normativa se da satisfacción a ciertos requisitos básicos de la edificación relacionados con la seguridad y el bienestar de las personas, que se refieren, tanto a la seguridad estructural y de protección contra incendios, como a la salubridad, la protección contra el ruido, el ahorro energético o la accesibilidad para personas con movilidad reducida” (RD 314/2006, Preámbulo).

### 3.4 DESARROLLO PERSONAL.

**Tabla 10: Desarrollo Personal**

PREGUNTA (P)		S/CS	FR	AV	N/CN	Total
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	3	11	3	18
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	17	1	-	-	18
29	El colegio/instituto le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	2	10	6	-	18
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	10	4	3	18
31	Se considera un estudiante competente y responsable.	14	3	-	1	18
32	El instituto al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	10	3	5	-	18
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	10	6	1	1	18
34	Se muestra desmotivado en el colegio/instituto.	4	3	6	5	18

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009, pp. 73. (S/CS= Siempre o Casi Siempre; FR= Frecuentemente; AV= A veces; N/NC= Nunca o Casi Nunca)

En relación con la tabla 10, podemos apreciar que en la P.27, que 11 menores han contestado AV muestran dificultades de adaptación a nuevas situaciones.

“Me costaría adaptarme ya que me da miedo enfrentarme a nuevas situaciones que no conozco” (E.12).

En cuanto a la P.30, 10 de los 18 entrevistados frecuentemente tienen dificultades para resolver problemas, en mi opinión, esta pregunta está relacionada con la P.4, mencionada en la tabla 6, debido a la inseguridad que presentan.

“En la mayoría de mis problemas pido ayuda para resolverlos o directamente espero a que se solucionen solos” (E.7).

Por último, la P.34, los que acuden a un instituto han respondido a S/CS, FR y 4 AV (11 en total), se encuentran desmotivados a la hora de ir al centro. Cuando les preguntaba el porqué de estas respuestas la mayoría me dijeron que era porque apenas tenían relación con sus compañeros (relacionada con la P.15) y la mayoría de los profesores hacían como que no existieran.

### 3.5 BIENESTAR FÍSICO.

**Tabla 11: Bienestar Físico**

PREGUNTA (P)		S/CS	FR	AV	N/CN	Total
35	Tiene problemas de sueño.	-	1	6	11	18
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	14	4	-	-	18
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	16	2	-	-	18
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	11	3	4	-	18
39	Tiene un buen aseo personal.	15	-	3	-	18
40	En el caso de que tome medicación, sus progenitores – tutores te recuerdan lo que te tiene que tomar o usted sabe exactamente lo que tiene que tomar y cuando.	11	6	-	1	18
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	5	10	18
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	-	-	8	10	18

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009, pp. 74. (S/CS= Siempre o Casi Siempre; FR= Frecuentemente; AV= A veces; N/NC= Nunca o Casi Nunca)

La tabla 11 recopila todo aquello relacionado con el Bienestar Físico. En la P. 35, 6 han respondido AV y 1 FR tener problemas de sueño.

“Frecuentemente tengo pesadillas con el instituto, donde mis compañeros se ríen de mi o me quedo encerrado allí a oscuras y sin la silla” (E.15).

En la P.40, sorprende gratamente que 17 de los entrevistados (11 S/CS y 6 FR), supieran que medicación y cuando exactamente tenían que tomársela a pesar de que en la mayoría de las ocasiones hubiera un seguimiento por parte de los progenitores. Respecto a la P.41, 10 han contestado N/CS nunca sentir dolor o malestar, asegurando que era gracias a la medicación y a las sesiones de fisioterapia que tienen a lo largo de la semana.

Por último, cabe destacar la P.42, donde 8 entrevistados que han respondido que a veces tienen dificultades de acceso a recursos sanitarios corresponden con los 8 menores que viven en zona rural.

“Cuando tengo que ir al hospital dependo de los buses debido a que el coche que tiene mi familia no entra mi silla” (E.14).

### 3.6 AUTODETERMINACIÓN.

**Tabla 12: Autodeterminación.**

PREGUNTA (P)		S/CS	FR	AV	N/CN	Total
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	15	2	-	1	18
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	5	6	7	-	18
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	8	7	3	-	18
46	Defiende sus ideas y opiniones.	6	8	3	1	18
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	-	2	9	7	18
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	-	3	4	11	18
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	2	3	7	6	18
50	Organiza su propia vida.	11	6	1	-	18
51	Le gusta convivir con las personas que residen con usted.	14	4	-	-	18

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009, pp. 74. (S/CS= Siempre o Casi Siempre; FR= Frecuentemente; AV= A veces; N/NC= Nunca o Casi Nunca)

Como podemos observar en la tabla 12, en la P.43, en la que E.16 ha señalado N/CN tener metas debido a que:

“Nunca había pensado que quiero ser de mayor, me gusta disfrutar día a día” (E.16).

En la P.44, las 7 respuestas obtenidas en AV son de participantes mayores de 14 años, que han afirmado, que les gustaría pasar su tiempo libre con personas de su edad debido a que la mayoría de este lo pasan solos o con sus familias.

En relación con la P.46 solo 6 menores han afirmado S/CS defender sus ideas y opiniones. El resto de la muestra han corroborado que preferían mantenerse callados o al margen cuando no les afectara directamente (FR, AV). E.18 ha justificado su respuesta de N/CS con:

“No quiero que se enfaden o se metan conmigo por defender mi opinión” (E.18).

Respecto a la P.47 los que señalaron FR (2) y AV (9) hacían referencia que tienen que obedecer a sus progenitores y profesores y por ello, sus vidas están condicionadas a lo que estos digan, sobre todo lo que dicen sus padres.

Para finalizar, quiero destacar la respuesta obtenida en la P.51, en la que los 4 menores que han contestado FR hacían referencia a uno o varios de sus hermanos debido a su mala relación. Esto contrasta con el resto de la muestra que son 14 que S/CS le gusta convivir con las personas que residen con ellos.

### 3.7 INCLUSIÓN SOCIAL.

**Tabla 13: Inclusión Social.**

PREGUNTA (P)		S/CS	FR	AV	N/CN	Total
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	6	8	-	18
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	17	-	1	-	18
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	6	5	6	1	18
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	4	10	3	18
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	7	7	4	-	18
57	El colegio/instituto fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	9	6	3	-	18
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al instituto.	1	5	8	4	18
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	3	8	4	3	18

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009, pp. 75. (S/CS= Siempre o Casi Siempre; FR= Frecuentemente; AV= A veces; N/NC= Nunca o Casi Nunca)

La tabla 13 se recopila toda la información sobre la Inclusión social. La P.52 las 8 respuestas de AV son de los participantes de mayor edad de la muestra, E.1 fue uno de los que han contestado AV, cuando la pregunté el motivo me confirmó que:

“Solo voy al cine con mi familia y a la piscina solo voy a la que tengo en la finca”  
(E.1).

Por otro lado, la P. 53 llama la atención porque solo E.9 ha respondido que solo a veces se siente apoyada cuando lo necesita por parte de su familia debido a que no mantiene una buena relación de confianza con sus progenitores y no tiene hermanos.

Respecto a la P.55, todos aquellos que han contestado AV, es decir, 10 participantes, afirmaron que esto se debía a la falta de adaptabilidad de las instalaciones públicas como los parques o accesos.

Como última mención sobre la tabla 12, la P.12, 15 menores hayan contestado: S/CS (3), FR (8) y AV (4), hayan sido rechazados o discriminados por el resto.

“En este último curso, he intentado acercarme a varios grupos de compañeros, pero me he sentido rechazado por todos ellos y siempre se reían por la forma en la que hablo” (E.6).

### 3.8 DERECHOS.

**Tabla 14: Derechos**

	<b>PREGUNTA (P)</b>	<b>S/CS</b>	<b>FR</b>	<b>AV</b>	<b>N/CN</b>	<b>Total</b>
<b>60</b>	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	-	2	2	14	<b>18</b>
<b>61</b>	En su entorno es tratado con respeto.	15	3	-	-	<b>18</b>
<b>62</b>	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	8	6	3	1	<b>18</b>
<b>63</b>	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	2	4	4	8	<b>18</b>
<b>64</b>	En el colegio/instituto respeta su intimidad.	14	4	-	-	<b>18</b>
<b>65</b>	En el colegio/instituto al que acude respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	16	2	-	-	<b>18</b>
<b>66</b>	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	-	-	4	14	<b>18</b>
<b>67</b>	En el colegio/instituto al que acude respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	10	7	1	-	<b>18</b>
<b>68</b>	El colegio/instituto respeta la privacidad de la información.	14	2	1	1	<b>18</b>
<b>69</b>	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	-	4	3	11	<b>18</b>

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009, pp. 75. (S/CS= Siempre o Casi Siempre; FR= Frecuentemente; AV= A veces; N/NC= Nunca o Casi Nunca)

La última dimensión de la escala GENCAT es la de Derechos agrupada en diez preguntas recopiladas en la tabla 14.

En la P. 62, los 6 que han respondido FR era porque no conocían todos los derechos fundamentales y los que contestaron 3 AV y 1 N/CN, era porque o no les parecía familiar o directamente no tenían ni idea de lo que son estos derechos.

La P.63 está relacionada con la P.46 ya que ambas cuestiones tratan sobre la defensa de, en este caso de derechos y en la P.46 de opinión, las respuestas interesantes que se han obtenido son ,2 S/CS, 4 FR y 4 AV correspondiéndose estos 10 entrevistados con aquellos que han contestado la P.46 todos de N/CS, AV y 6 FR. E.11 dijo “si en un sitio no respetan mis derechos directamente me voy y así no hace falta defender nada”.

Respecto a la P.67, 7 han mencionado FR y 1 AV que el centro educativo no respetan y defienden sus derechos, para explicar su decisión todos ellos, han hecho referencia al ejemplo explicado en la P.20. sobre la seguridad del centro.

Por último, pero no menos importante quiero destacar la P.69, donde parte de la muestra, 4 (FR) y 3 (AV), han sufrido algún tipo de abusos, explotación o violencia.

“Tuvimos que mudarnos porque había unos niños mayores que siempre se metían conmigo no les hacía caso pero, un día comenzaron a pegarme y cada vez que me veían me tiraban de la silla o me tiraban piedras” (E.8).

#### **4. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA.**

Para hallar el Índice de calidad de vida en la escala GENCAT se recogen todas las puntuaciones de todas las preguntas correspondientes de cada una de las 8 dimensiones de calidad de vida para obtener las “puntuaciones directas totales”. En el anexo 2 de este documento, se muestra el baremo que se debe utilizar para las personas con discapacidad física para encontrar las “puntuaciones estándar” y los “percentiles de las dimensiones”. En cada dimensión deberemos buscar individualmente los resultados obtenidos en las “puntuaciones directas totales” para averiguar las “puntuaciones estándar” y los “percentiles de las dimensiones”. Para llegar al “índice de calidad de vida” y el “percentil de calidad de vida” se debe recurrir al anexo 3 de este documento, donde buscaremos el resultado obtenido en la “puntuación estándar total” (Verdugo et. al., 2009, pp. 26 – 29).

En la tabla 15 se mostrará la Escala de Calidad de Vida media de toda la muestra. Para ello, se ha calculado la media de las “puntuaciones directas totales” de cada una de las dimensiones. Los resultados obtenidos han incluido decimales, pero es necesario tener números enteros. Por lo tanto, las puntuaciones menores o iguales a 0.5 se han aproximado al número entero inferior, mientras que las mayores de 0.5 se han redondeado al número entero superior.

Tabla 15: Escala de Calidad de Vida GENCAT

Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar.	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional (BE)	26	12	75
Relaciones interpersonales (RI)	28	10	50
Bienestar material (BM)	30	11	63
Desarrollo personal	25	12	75
Bienestar físico (BF)	28	10	50
Autodeterminación (AU)	29	13	84
Inclusión social (IS)	22	9	37
Derechos (DE)	36	11	63
Puntuación estándar total (suma)		88	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		<b>107</b>	
<b>PERCENTIL DE CALIDA DE VIDA</b>			<b>69</b>

**Fuente:** *Elaboración propia* basada en Verdugo et. al., 2009, pp. 75.

Como he señalado anteriormente, en la tabla 15 se recoge las puntuaciones medias de toda la muestra. Teniendo como resultados finales el índice de calidad de vida medio de 107 y el percentil de calidad de vida de 69. La dimensión que cuenta con menor puntuación es la de Inclusión social con una puntuación estándar de 9. En el extremo contrario, la dimensión de Autodeterminación cuenta con una puntuación estándar de 13.

Las dimensiones de Bienestar físico y Relaciones interpersonales tienen una puntuación de 10, la de Derechos y Bienestar material de 11 y, por último, las dimensiones de Bienestar emocional y Desarrollo personal con 12.

A continuación, en la tabla 16 se presentan de manera gráfica los resultados obtenidos en la tabla 15, lo que permite una comprobación más sencilla y visual de todos los resultados simultáneamente.

Tabla 16: Perfil de Calidad de Vida.

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

Fuente: Elaboración propia basada en Verdugo et. al., 2009, pp. 75.

## **CONCLUSIONES**

En base de los resultados obtenidos tras llevar a cabo la investigación sobre la calidad de vida, se puede afirmar que según la muestra obtenida, los menores con discapacidad física en Valladolid respecto a su perspectiva de su calidad de vida, existen numerosas carencias que impiden obtener la mejor calidad de esta.

Desde el Trabajo Social, los datos obtenidos resultan alarmantes dado que desde los Servicios Sociales e instituciones no se está consiguiendo alcanzar el pleno bienestar de estos menores.

Como consiguiente, se puede afirmar que los objetivos propuestos a alcanzar durante el estudio se han cumplido gratamente debido a que se han conocido y localizados los aspectos más negativos de cada dimensión y, por ende, facilita la adaptación y mejora de las intervenciones, medidas, recursos, servicios y ayudas que se pueden ofrecer desde el Trabajo Social.

El rechazo y la discriminación (Inclusión Social) que sufren la mayoría de la muestra, sobre todos los adolescentes, generan una gran falta de sentimiento de pertenencia en un grupo de iguales provocando una extrema falta de autoestima y sentimientos de tristeza, inseguridad y preocupación (Bienestar emocional) al no ser aceptado por el resto de la sociedad.

De manera genérica toda la muestra, en mayor o en menor medida muestran frustración por las dificultades que tienen a la hora de iniciar una nueva relación de amistad asegurando que ellos nunca dan el primer paso por miedo a recibir burlas o insultos (Relaciones interpersonales) y como consecuencia, se quejan de falta de amigos estables.

Como menciona García (2021, p.189), el Trabajo Social es una disciplina que garantiza la protección y bienestar de las personas. Pues está claro que aún queda un gran camino por recorrer, si los adolescentes con discapacidad física no pueden forjar buenas uniones entre sus iguales traerá consecuencias negativas en su futuro como adultos.

Una posible solución que se puede llevar a cabo desde el Trabajo Social sería crear un programa–proyecto que fortalezca los aspectos más positivos de cada dimensión como el vínculo familiar (en la mayoría de la muestra) y apaliara los aspectos más negativos de estas como la autoestima.

Además, estos menores han reconocido tener cierta dificultad para adaptarse a nuevas situaciones por el temor a salirse de su zona de confort (Desarrollo personal). Este miedo esta muy relacionado con el rechazo que han sufrido ya que cuando han intentado salirse de su zona segura e intentar iniciar una amistad, realizar una actividad nueva, acudir a un evento, etc. en alguna ocasión han recibido malas respuestas, burlas o incluso han sido ignoradas por parte de la sociedad.

Si recordamos los “verbatim” expuestos en el apartado 3. ANÁLISIS DE LA ESCALA, estos menores han sufrido situaciones que a cualquiera de nosotros nos parecería impensables.

Por ello, desde la profesión no solo debemos enfocarnos en estos menores, sino que hay que sensibilizar a toda la sociedad sobre la igualdad, el respeto, la equidad, la ayuda mutua etc. para que cuando estos jóvenes den el paso de enfrentarse a situaciones nuevas no reciban comentarios negativos, agresiones, pasotismo, etc.

Todo lo anterior, está muy vinculado con la dimensión de Inclusión social. Como han afirmado, en Valladolid, existen barreras físicas que imposibilitan su participación en entornos comunitarios salvo en ocasiones que son acompañados por sus familiares.

Por lo tanto, nos encontramos con una falta de adaptabilidad que dificultan su autonomía y desde el Trabajo Social junto a otros profesionales pueden realizar un proyecto de adaptabilidad de las calles y espacios públicos de Valladolid para que sean 100% accesible para todas aquellas personas que quieran hacer uso de ellos.

Por otro lado, quiero mencionar las normativas que respaldan el bienestar de estos menores. En específico la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, dentro del Título II de Equidad en la educación, Capítulo I alumnado con necesidades especiales de apoyo educativo, en el Artículo 72.2 se recoge que es papel de las Administraciones educativas equipar a los centros de los recursos necesarios para atender adecuadamente las necesidades del alumnado (LOE 2/2006, Art. 72.2).

Pues bien, dado los resultados obtenidos, este Artículo no se cumple en su totalidad sobre todo en los centros educativos de secundaria. Todas las familias y los menores que acuden a institutos han afirmado que, en primer lugar, en la provincia de Valladolid, solo pueden elegir entre tres institutos para que los menores acudan, independientemente de la distancia que se encuentre su vivienda de este.

En el caso de que no acepten ir a uno de estos tres, los progenitores deberán firmar un documento de renuncia que deberán entregar al instituto que quieran ir (no adaptado), junto con un informe negativo del instituto que previamente había sido asignado.

En segundo lugar, solo existe una Asistente Técnico por cada 13 alumnos con necesidades especiales independientemente de sus necesidades, generando una falta de atención de estos menores

Como afirma Barranco (2019) una de las áreas de intervención del Trabajo Social es la de Educación sobre todo en los Centros Específicos de Educación Especial, el Trabajo Social mejora las condiciones de vida e integración de personas con diversidad funcional, enfocándose en la atención, prevención e igualdad de oportunidades. (Barranco, 2019, pp. 71 – 72)

Aunque es cierto que esta área de intervención es relativamente reciente, se debe hacer, desde el Trabajo Social, más hincapié sobre el bienestar de los menores con discapacidad en los centros educativos. Aunque cumplan la normativa vigente se deben realizar seguimientos para comprobar si las condiciones son las adecuadas debido a que existen muchos tipos de discapacidad y no se puede caer en la suposición retrograda de que todas las discapacidades son iguales.

En base a este estudio y como posible mejora, a parte de las ya mencionadas anteriormente, me gustaría proponer, como futura trabajadora social, realizar un proyecto en el cual se den apoyos y recursos necesarios para que la inclusión de estos menores mejore y conseguir fomentar su autonomía, autodeterminación, autoestima y seguridad en sí mismos a través del ocio, con el fin último de que en un futuro tengan un sentimiento de pertenencia en la sociedad y sean lo más autosuficientes posible.

De manera paralela, trabajar con los familiares de estos menores para acompañarles desde el momento que ellos crean oportuno para afrontar la situación a través de grupos de ayuda mutua, atención psicológica, acompañamiento, en definitiva, ofrecer, recursos, servicios, instrumentos, etc. necesarios para mejorar el bienestar familiar.

Por último, quiero recalcar que durante la realización de este Trabajo de Fin de Grado he tenido ciertas dificultades para encontrar referencias bibliográficas específicas sobre los menores con discapacidad física debido a que en la mayoría de estas referencias mostraban una información global sobre la discapacidad o, de forma específica sobre la discapacidad intelectual o mental.

Por ello, animo a futuros investigadores y profesionales del Trabajo Social a indagar más sobre la discapacidad física y crear nuevos artículos científicos para mejorar el conocimiento que se tiene de estas personas y conseguir suprimir todos los estereotipos y prejuicios que acompañan a la discapacidad física.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Abello, G. A. S., Viviescas, A. M. A., Laurin, L. L., y Sfeir, L. E. P. (2023). Calidad de vida y el rendimiento académico en jóvenes estudiantes de Caldas, Estudio piloto. *Revista Andina de Educación*, 1(7), 718 – 725.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (s.f.). *Libro Blanco: Título de Grado en Trabajo Social*. (140 – 143) [https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco\\_trbjsocial\\_def.pdf/e9d5c130-5838-ba71-67a5-0b3725656cf2?t=1654601772085](https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco_trbjsocial_def.pdf/e9d5c130-5838-ba71-67a5-0b3725656cf2?t=1654601772085)
- Ander-Egg, Ezequiel. *¿Qué Es El Trabajo Social?* /. Humanitas, 1984, 29 – 189.
- Auxiliadora Romero Chávez, S. (2018). Capítulo 4. Resiliencia y trabajo social. In *Resiliencia*, (69–88).
- Barranco Expósito, C. (2011). Buenas prácticas de calidad y trabajo social. In *TRABAJO SOCIAL HOY*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid. 18, 57 – 74.
- Barranco Expósito, C. (2023). Ámbitos de intervención profesional, desarrollo humano y calidad en Trabajo Social. In *TRABAJO SOCIAL HOY*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid. 100, 65 – 89.
- Barranco, C. (2009). Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia*, 2(9), 133 – 145.
- Bordonau, E. B., & Gómez, L. P. (2009). Estudio bibliométrico y de calidad de la revista Cuadernos de Trabajo Social (1987 – 2008). *Cuadernos de trabajo social*, 22, 83.
- Bru, G. S. (2024). Aportes para pensar la investigación en Trabajo Social y salud mental. *Itinerarios De Trabajo Social*, 4, 1 – 5, <https://doi.org/10.1344/its.i4.43081>
- Calzada Lemus, F. (2023). Un acercamiento al objeto de intervención del trabajo social. En *Trabajo social UNAM*. Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, 33, 12 – 24. <https://doi.org/10.22201/ents.20075987p.2023.33.86968>
- Cardozo, M. L., Zabaleta, C., Marioli, M. I., De la Barrera, M. L., & Elisondo, R. (2021). Creatividad, discapacidad y género: una mirada desde la Educación

Especial. *Argonautas. Revista de Educación y Ciencias Sociales*, 17 (11), 18 – 20.

Carvajal, J. (2020). Trabajo de redes. In *Cuaderno de Trabajo Social*. Departamento de Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad Tecnológica Metropolitana. 15, 1-2.

Castilla y León. (2002). Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León. (BOCL núm. 147, de 29 de julio de 2002// BOE núm. 197, de 17 de agosto de 2002) <https://www.boe.es/eli/es-cl/l/2002/07/25/14/con>

CERMI (2013). *Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad*. <https://cermi.es/noticia/mejorar-la-calidad-de-vida-y-garantizar-la-igualdad-de-oportunidades>

Cesanelli, M. S. (2021). Discapacidad y modelo social. In *Escenarios*, 34, 1 – 10.

Colegio de Trabajo Social de Asturias (2023). *Aportaciones de valor de la profesión de trabajo social al bienestar social*. En *Calidad*, 27, 8 – 16.

Colegio Oficial de Trabajo Social de Valladolid y Segovia (2000). *Definición y Funciones*. [Definición y funciones - Portal del Colegio Oficial de Trabajo Social de VALLADOLID y SEGOVIA \(cgtrabajosocial.es\)](http://www.cgtrabajosocial.es/definicion-y-funciones)

Consejo de Trabajo Social de Castilla y León. (2012). *Código deontológico del trabajo social de Castilla y León*.

Del Niño, D. D. L. D. (1959). Declaración de los Derechos del Niño. *Ginebra: Asamblea General de las Naciones Unidas*. <https://observatoriodegenero.poderjudicial.go.cr/images/Normativa/Internacional/Ninos-Ninas/Obsgenero-Normativa-Internacional-Declaracin-derechos-ninos-AG-res.pdf>

Des Portes, V. (2020). *Trastornos del desarrollo intelectual: deficiencia intelectual, discapacidad mental*. EMC-Pediatría, 3(55), 1-11.

España (2006), Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación. (BOE, Número 74, de 28 de marzo de 2006) <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/03/17/314/con>

- España (2009). Ley Orgánica 12/2009, de 30 de octubre, Reguladora del Derecho de Asilo y de la Protección Subsidiaria. (BOE, Número 263, de 31 de octubre de 2009) <https://www.boe.es/eli/es/l/2009/10/30/12/con>
- España. (2004). Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (BOE, Número. 313, de 29 de diciembre de 2004) <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>
- España. (2006). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (BOE, Número. 299, de 15 de diciembre de 2006) <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- España. (2006). Ley Orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. (BOE, Número 299, de 15 de diciembre de 2006) <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- España. (2013). Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (BOE, Número 289, de 03 de diciembre de 2013) <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>
- España. (2015). Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. (BOE, Número 175, de 23 de julio de 2015) <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/07/22/8>
- España. (2022). Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. (BOE, Número 252, de 20 de octubre de 2022) <https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/10/18/888>
- España. (2023). Ley Orgánica 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda. (BOE, Número 124, de 25 de mayo de 2023) <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/05/24/12>
- Esteban Romani., L. (2020). La discapacidad invisible. Relevancia de la figura de la trabajadora social de las asociaciones de pacientes en el reconocimiento de limitaciones y reivindicación de derechos. Caso concreto: Fibrosis Quística y discapacidad. In *TS nova*, 6, 75 – 86.

- Fantoni, M. (2022). Aportes desde la investigación ante las rupturas y continuidades del Modelo Social de la Discapacidad. *Margen*, 105, 1 – 12.  
<https://www.margen.org/suscri/margen105/Fantoni-105.pdf>
- FITS. (2018). *Declaración Global de los Principios Éticos del Trabajo Social*. Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga, (1 – 7).
- Francés, P. G. (2015). Trabajo Social y calidad de vida:(in) visible relación. *Servicios sociales y política social*, 109,139 – 150.
- Fresno García, M. (2019). Ámbitos de intervención en Trabajo Social. En *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social*, (pp. 59-79).
- García, P. P. (2021). Reseña de "Nociones básicas de Trabajo Social", de Tomás Fernández y Laura Ponce de León. *Revista de Treball Social*, 220, 189 – 191.
- Herrera de la Muela, M. (2020). Escalas para medir la calidad de vida en el paciente con cáncer. *Revisión en cáncer*, 4 (34), 177–182.
- introdutoria desde la experiencia vivida como estudiante de Trabajo Social. *Trabajo Social UNAM*, 29-30, 147 – 156.  
<https://doi.org/10.22201/ents.20075987p.2021.29-30.86737>
- Junta de Castilla y León, Gerencia de Servicios Sociales (2020)  
<https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/1012/205/Protocolo%20B%C3%A1sico%20de%20intervenci%C3%B3n%20contra%20el%20maltrato%20infantil%20en%20el%20%C3%A1mbito%20familiar.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true>
- Limón Aguirre, C. G. (2020). Intervención del profesional del trabajo social con personas jóvenes y adultas con alguna discapacidad. In *Azarbe revista internacional de trabajo social y bienestar*. Universidad de Murcia, 9, 17 – 28.
- Lopera-Vásquez, J. P. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 693 – 702.
- Luengo, M. D. (2020). ¿Desde dónde hacemos Trabajo Social? *Escenarios*,  
<https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10849>

- Martín Estalayo, M. (2024). Ser o no ser trabajadora social. En *Cuadernos de trabajo social*. Servicio de Publicaciones, Universidad Complutense. 1(37) 1 – 4. <https://dx.doi.org/10.5209/cuts.93739>
- Molina Montoya, M. (2024). Trabajo Social en organizaciones sin ánimo de lucro de personas con discapacidad física y orgánica. In *Alternativas: cuadernos de trabajo social*. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad de Alicante, 31, 127 – 161.
- Moljo, C. B., & Siqueira da Silva, J. F. (2020). Trabajo Social y tradición marxista. *Escenarios*, 31, 1 – 10. [Vista de Trabajo Social y tradición marxista \(unlp.edu.ar\)](http://vista.de.trabajo.social.unlp.edu.ar)
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Núñez González, J. M. (2020). La construcción social de la identidad de las personas con discapacidad. In *Intersticios*, 2(14), 337 – 349.
- Ochaita, E., Espinosa, M. Á. (2012). Los Derechos de la Infancia desde la perspectiva de las necesidades. *Educatio Siglo XXI*, 2(30) 25 – 46. <https://revistas.um.es/educatio/article/view/153671/140711>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Discapacidad y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Ramírez, M. V. O., & Martínez, J. M. M. (2023). Pensar en calidad desde el Trabajo Social: opiniones y propuestas. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, 25 75 – 79.
- Ramírez-coronel, A. A., Malo-Larrea, A., Martínez-Suarez, P. C., Montánchez-Torres, M. L., Torracchi-Carrasco, E., & González-León, F. M. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 8(39) 954 – 959).
- Salgado, A. M. (2022). Discapacidad psicosocial en mujeres privadas de su libertad. In *TRABAJO SOCIAL HOY*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid. 97, 95 – 114.

- Sanabria Hernández, M. S. (2017). *Calidad de vida e instrumentos de medición. Escalas para medir la calidad de vida en personas mayores (ull.es)*
- Sánchez, A. D. P. R. (2008). Responsabilidad social empresarial, calidad de vida y trabajo social. *Trabajo social*, 10, 165 – 185.
- Sánchez, L. P. (2020). Aproximación teórica al concepto de calidad y los sistemas de gestión. *SUMMA. Revista disciplinaria en ciencias económicas y sociales*, 1(2) 41 – 62.
- Solano, C. I. H., García, B. L., Cortes, B. A. A., Chavolla, S. O. M., Cruz, S. G., & Espinoza, F. M. (2021). *Paradigmas de la discapacidad y su vigilancia epistemológica*. *Revista Argentina de Educación Superior: RAES*, 23, 119 – 135.
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez, L.E., Schalock R.L. (s. f.). *Escala de Calidad de Vida – GENCAT – INICO*. (9 – 67). <https://inico.usal.es/escala-de-calidad-de-vida-gencat/>
- Verdugo, M.A., Gómez, L.E., y Arias, B. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala Fumat. *Instituto de Integración en la Comunidad*. (1 – 96)
- Vinaccia S., García, M. G. y Guerrero, S. B. (2021). Calidad de vida y depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes tipo 2. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 1 (21), 1 – 12.
- Zamanillo, T. (2023). Entre el Trabajo Social y la Política Social. En *TRABAJO SOCIAL HOY*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid, 100, 21 – 42.
- Zarzosa, P. (2005). El concepto de calidad de vida y su medición. En Molpeceres, M., Pérez, A., Prada, M.D., Prieto, M., Rodríguez, C., y Zarzoza, F, La calidad de vida en los municipios de Valladolid. *Editora Provincial*, (15 – 88).

## ANEXOS

### 1. ESCALA GENCAT



### GENCAT. Escala de Calidad de vida

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

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

Sexo  
 Varón  Mujer

Dirección \_\_\_\_\_

Localidad/Provincia/CP \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Lengua hablada en casa \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_ Colectivo \_\_\_\_\_

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

**Datos de la persona informante**

Nombre de la persona que completa el cuestionario \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo \_\_\_\_\_

Agencia/Afiliación \_\_\_\_\_ Lengua hablada en casa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Lengua hablada en casa
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

# GENCAT. Escala de Calidad de vida

## Instrucciones

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

<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><b>ITEM 15:</b> si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.</p> <p><b>ITEM 17:</b> tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

## GENCAT. Escala de Calidad de vida

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

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

## GENCAT. Escala de Calidad de vida

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

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

## GENCAT. Escala de Calidad de vida

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	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> _____					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuentemente	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

<p><b>Número de identificación:</b></p> <div style="background-color: #ADD8E6; height: 15px; width: 100%;"></div> <p>Nombre y apellidos</p> <div style="background-color: #ADD8E6; height: 15px; width: 100%;"></div> <p>Informante</p> <div style="background-color: #ADD8E6; height: 15px; width: 100%;"></div> <p>Fecha de aplicación</p> <div style="background-color: #ADD8E6; height: 15px; width: 100%;"></div>	<p><b>Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT</b></p> <p>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</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <th>Dimensiones de Calidad de vida</th> <th>Puntuaciones directas totales</th> <th>Puntuaciones estándar</th> <th>Percentiles de las dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bienestar emocional</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Relaciones interpersonales</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar material</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Desarrollo personal</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar físico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Autodeterminación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Inclusión social</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Derechos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">Puntuación estándar TOTAL (suma)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"><b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b> (Puntuación estándar compuesta)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"><b>Percentil del Índice de Calidad de vida</b></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	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)				<b>Percentil del Índice de Calidad de vida</b>			
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)																																																	
<b>Percentil del Índice de Calidad de vida</b>																																																	

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

**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

## **2. BAREMO DE LAS SUBESCALAS (D).**

### D. Baremo para personas del resto de colectivos

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

Puntuaciones directas

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

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

### 3. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA.

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

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

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