

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**



**Título del Trabajo Fin de Grado:** Resultados en Calidad de Vida de la Planificación Centrada en la Persona

**AUTOR:** Fernández Sola, María del Mar.

**Nº expediente:** 558.

**TUTOR:** Beatriz Bonete López

**Departamento y Área:** Psicología básica

**Curso académico:** 2015 – 2016.

**Convocatoria de:** Junio



## ÍNDICE

1. Introducción .....	Pág 3
1.1. La Calidad de Vida .....	Pág 3
1.2. El modelo de apoyos .....	Pág 4
1.3. Desde modelos centrados en los sistemas y las organizaciones a los modelos centrados en las persona .....	Pág 6
1.4. Estudios sobre Planificación Centrada en la Persona y Calidad de Vida .....	Pág 6
2. Objetivos e hipótesis .....	Pág 7
2.1. Objetivos .....	Pág 7
2.2. Hipótesis .....	Pág 7
3. Material y métodos .....	Pág 8
3.1. Procedimiento experimental .....	Pág 8
3.2. Instrumentos de evaluación .....	Pág 9
3.3. Descripción de la muestra .....	Pág 10
3.4. Análisis de datos .....	Pág 10
4. Resultados .....	Pág 11
5. Discusión y conclusiones .....	Pág 12
6. Anexo de figuras y tablas .....	Pág 13
7. Bibliografía .....	Pág 18

## **Resumen y palabras clave**

La Calidad de vida es hoy por hoy una cuestión ineludible a la hora de la planificación de los servicios dirigidos a favorecer la integración de las personas con discapacidad intelectual. Mediante el presente estudio se ha evaluado la calidad de vida de 21 personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso o generalizado, con el objetivo de evaluar posibles cambios en calidad de vida tras la exposición a un proceso de planificación centrada en la persona. Como instrumento de medida se ha utilizado la escala Gencat.

A través de los análisis realizados, se pretende observar si la planificación centrada en la persona es una buena forma de actuación cuando se pretende mejorar la calidad de vida.

Se exponen las características psicométricas de la prueba así como los resultados obtenidos mediante análisis estadísticos, los cuales concluyen que a través de la planificación centrada en la persona mejora la calidad de vida, y de manera individual sus dimensiones de relaciones interpersonales, autodeterminación e inclusión social. Así mismo, los resultados concluyen que el resto de dimensiones no sufren esa mejoría.

Los resultados obtenidos sugieren que la planificación centrada en la persona es una forma de trabajo cuando se pretende mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo.

- Palabras clave: calidad de vida, discapacidad intelectual, planificación centrada en la persona, gencat

## **Abstract and key words**

Nowadays quality of life is a key aspect in the planning of those services devised for the integration of persons with intellectual disability. Through the present study, there has been assessed the quality of life of 21 persons with intellectual disability requiring extensive or pervasive support in order to evaluate those changes in their quality of life occurred after having undergone a person-centered planning process. To that end, Gencat scale has been used as measurement instrument.

Through the analyses carried out, it is intended to observe whether person-centered planning is a suitable intervention when it comes to enhancing quality of life.

There are expounded the test psychometric characteristics as well as the results from statistical analyses concluding that person-centered planning enhances quality of life and, at the individual level,

it enhances interpersonal relations, self-determination and social inclusion. Likewise, results show that the other dimensions do not experience such an enhancement.

The results obtained suggest that person-centered planning constitutes a work instrument when it comes to enhancing the quality of life of persons with intellectual disability requiring extensive support.

- Keyword: quality of life, intellectual disability, person-centered planning, Gencat



## 1. Introducción

### 1.1 La Calidad de Vida

Tener una buena Calidad de Vida se ha convertido en uno de los principales objetivos de todas las personas, pero ¿qué ocurre con la calidad de vida cuando dependes de otras personas en tu día a día? Esa es la realidad de muchas personas como la de las personas con discapacidad intelectual.

“La calidad de vida se entiende como un concepto multidimensional, compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, que está influido por factores tanto ambientales como personales, así como por su interacción, y que se mejora a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida”<sup>1</sup>. “Su medición hace referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, tiene en cuenta el contexto de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas, e incluye tanto experiencias humanas comunes como experiencias vitales únicas”<sup>2</sup>.

Para poder evaluar, de una forma eficaz, la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual, es necesario definir de forma precisa los indicadores de calidad de vida del grupo poblacional al que se pretende evaluar. En los últimos años, el uso del concepto de calidad de vida se ha fundamentado en modelos teóricos multidimensionales.

El progresivo aumento de la importancia dada a la calidad de vida durante los últimos años, ha dado lugar a numerosos modelos teóricos. El modelo que actualmente parece tener mayor aceptación por parte de la comunidad científica es el propuesto por Schalock y Verdugo<sup>3</sup>. Esto es debido a que es el más comprensivo y a que está respaldado empíricamente. Este modelo es en el cual se basa la escala GENCAT de calidad de vida, utilizada en este estudio. El modelo contempla ocho dimensiones esenciales de calidad de vida, las cuales son:

- A. Bienestar emocional: hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores de satisfacción, autoconcepto y ausencia del estrés o sentimientos negativos. Se evalúa mediante 8 ítems.
- B. Relaciones interpersonales: relaciones con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los indicadores de relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad. Se evalúa mediante 10 ítems.
- C. Bienestar material: tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y un lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados con vivienda,

lugar de trabajo, salario (pensión, ingresos), posesiones (bienes materiales) y ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos). Se evalúa mediante 8 ítems.

- D. Desarrollo personal: se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores de limitaciones/capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa y comunicación). Se evalúa mediante 8 ítems.
- E. Bienestar físico: tiene buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores de atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación. Se evalúa mediante 8 ítems.
- F. Autodeterminación: decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son las metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones. Se evalúa mediante 9 ítems.
- G. Inclusión social: ir a lugares de la ciudad o el barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores de integración, participación, accesibilidad y apoyos. Se evalúa mediante 8 ítems.
- H. Derechos: ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos. Se evalúa mediante 10 ítems.

## 1.2. El modelo de apoyos

La discapacidad intelectual se define como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años”<sup>4</sup>.

Según el modelo ecológico entendemos la discapacidad como un estado de funcionamiento de la persona, que comienza en la infancia, que es multidimensional y que está afectada positivamente por los apoyos individualizados.

La discapacidad intelectual no se entiende como un rasgo absoluto de la persona sino como una realidad dinámica que se manifiesta en la interacción de esta con el contexto en el que interactúa y que depende en gran parte de los apoyos con los que cuenta la persona.

Se entiende apoyos como recursos y estrategias que promueven los intereses y metas de las personas con y sin discapacidades que les posibilitan el acceso a recursos, información y relaciones propias de ambientes de trabajo y de vivienda integrados, y que dan lugar a un incremento de su independencia/interdependencia, productividad, integración comunitaria y satisfacción.

Las fuentes de apoyo pueden estar en uno mismo, en otras personas, en la tecnología o en los servicios. A su vez los apoyos pueden ser naturales o basados en servicios. Según su intensidad, los apoyos se clasifican en:

- **Intermitente:** es un apoyo que únicamente se da cuando sea necesario. Se caracteriza por su naturaleza episódica. Así, la persona no siempre necesita el apoyo, o tan solo requiere apoyo de corta duración durante transiciones en el ciclo vital (ej. pérdida de trabajo). Los apoyos intermitentes pueden proporcionarse con una elevada o baja intensidad.
- **Limitado:** intensidad de apoyos caracterizada por su persistencia temporal por tiempo limitado, pero no intermitente. Puede requerir un menor número de profesionales y menos costes que otros niveles de apoyo más intensivos (ej. Apoyos transitorios durante la transición de la escuela a la vida adulta).
- **Extenso:** apoyos caracterizados por su regularidad en al menos algunos ambientes y sin limitación temporal (ej. Apoyo en el hogar a largo plazo).
- **Generalizado:** apoyos caracterizados por su estabilidad y elevada intensidad, proporcionada en distintos entornos, con posibilidad de mantenerse toda la vida. Estos apoyos generalizados suelen requerir más personal y mayor tendencia a la intrusión que los apoyos extensos o los limitados.

Hay que resaltar que los apoyos no son fijos, pueden evolucionar. Este nuevo concepto induce a la idea de cambio y de progreso, pues establece que con los apoyos adecuados durante el tiempo suficiente, el funcionamiento de la persona generalmente mejora. Además promueve una cultura de la capacidad, ya que afirma que en un mismo individuo coexisten limitaciones y capacidades, por lo que las limitaciones son solo una parte en el funcionamiento global de la persona. Todo ello lleva a diseñar servicios y apoyos centrados en la persona, enfoque al cual estamos evolucionando, como se ve en el siguiente punto.

### 1.3. Desde modelos centrados en los sistemas y las organizaciones a los modelos centrados en las personas

Tradicionalmente se han planificado los apoyos para alcanzar resultados de funcionamiento individual teniendo en cuenta las capacidades o habilidades que la persona podía desarrollar para llevar una vida más autónoma.

Se ha pensado que tratando los síntomas o incrementando las habilidades o modificando las conductas, las personas estarían mejor, serían más felices.

El nuevo enfoque plantea que los apoyos deben estar centrados en la persona, es decir, basados en sus intereses, sus preferencias y necesidades. Lo primero que debemos plantearnos es cuales son los resultados que las personas consideran valiosos en sus vidas para poder sentirse plenas o felices, bien por la evaluación de la calidad de vida de la persona y/o por la identificación de estos resultados a través de procesos de planificación centrada en la persona (PCP). Desde esa perspectiva es de la que nos planteamos las habilidades que debemos potenciar a los síntomas que hemos de controlar. Desde lo que es valioso para la persona es desde dónde todo lo demás cobra sentido.

Los enfoques que se han seguido hasta ahora, centrados en los sistemas, se basan en los déficits y debilidades de los usuarios. El proceso se haya controlado por los profesionales, y se desarrolla en emplazamientos preestablecidos y poco flexibles. Además se concentran en desarrollar planes y programas.

Sin embargo los enfoques actuales, centrados en las personas, se basan en los talentos, las capacidades, los sueños y los deseos de los usuarios. El proceso se haya controlado por la persona y por quienes ella elige. Se centran en la vida en la comunidad y en desarrollar un plan para enriquecer un futuro positivo y posible.

La Planificación Centrada en la Persona se trata de un “proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores”<sup>5</sup> y cuyos objetivos tienen que ver con el aumento de presencia y participación comunitaria, la estimulación de roles valorados, la promoción de elecciones y el apoyo de contribuciones.

### 1.4. Estudios sobre Planificación Centrada en la Persona y Calidad de Vida

Como la PCP es individualizada, es difícil anticipar los resultados. La literatura sugiere que las intervenciones incluyan evaluaciones de Calidad de Vida<sup>6</sup>.

La mayoría de estudios acerca de los beneficios de la PCP han sido a pequeña escala, en forma de estudio de caso como los de Holburn y Vietze<sup>7</sup> o Ryan y Carey, 2008<sup>8</sup> o cualitativos como el de Dumas, De la Garza, Seay y Becker<sup>9</sup>. Estos estudios han demostrado beneficios positivos en las personas con discapacidad intelectual, asociados a la PCP.

En una revisión de la efectividad de la PCP<sup>10</sup> que analiza 15 estudios realizados, concluye que el uso de la PCP estaba asociado a una mejora en las relaciones sociales, contacto más cercano con familia y amigos o mejor involucración en actividades grupales. Sin embargo, también encontró algunos resultados menos positivos, como el estudio de Robertson et al<sup>11</sup> (2006) que concluyó que no se había producido ningún impacto de la PCP en inclusión social, actividad física y medicación y se había producido un cambio en dirección negativa en riesgos, salud física y necesidades emocionales y conductuales.

## **2. Objetivos e hipótesis**

### 2.1. Objetivos

El objetivo general de la investigación es evaluar si existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso o generalizado con las que se ha implantado un proceso de planificación centrada en la persona, durante al menos un año, respecto a la calidad de vida anterior a implantar el proceso.

Del objetivo general llegamos a 8 objetivos específicos, uno por cada una de las dimensiones de calidad de vida:

Evaluar si existen diferencias significativas en la dimensión de <bienestar emocional> de calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso o generalizado con las que se ha implantado un proceso de planificación centrada en la persona, durante al menos un año, respecto al bienestar emocional anterior a implantar el proceso (y para cada una del resto de dimensiones).

### 2.2. Hipótesis

Teniendo en cuenta la literatura encontrada sobre la planificación centrada en la persona, la principal hipótesis del estudio es la siguiente:

1. La calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso o generalizado con los que se ha implantado un proceso de planificación centrada en

la persona, durante al menos un año, mejorará en todas las dimensiones evaluadas y en dirección positiva.

### **3. Material y métodos**

#### **3.1. Procedimiento experimental**

El presente trabajo se trata de un estudio descriptivo correlacional con medidas pretest y post test.

La investigación se ha llevado a cabo por completo en la residencia y centro de día para personas con discapacidad intelectual San Rafael de la Fundación San Francisco de Borja.

Se trata de una institución que consta de una residencia para 60 personas, dos pisos para 7 usuarios cada uno y un centro de día con 40 plazas, algunas de ellas ocupadas por usuarios de la residencia y los pisos.

El 100% de los usuarios del centro (ya sea personas que viven en la residencia o el piso como usuarios del centro de día) son personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso o generalizado.

La residencia se encuentra dividida en 5 hogares con 12 personas por hogar. Cada uno de los hogares consta de 5 habitaciones, un baño adaptado, un salón amplio y un jardín.

El centro de día se encuentra junto a la residencia y se divide en pequeños talleres de entre 6 y 8 componentes. Pretende desarrollar al máximo las potencialidades de los usuarios, a través de una serie de actividades, tanto de índole laboral como lúdicas o terapéuticas.

Los pisos se encuentra en el centro urbano de la ciudad y en cada uno de ellos residen 7 personas. Cuentan con 5 habitaciones, cocina, 2 baños adaptados, un salón, comedor y recibidor. Durante las horas de centro de día acuden a ese servicio y por las tardes realizan actividades integradas en la comunidad.

La muestra se ha obtenido entre aquellas personas con las que se había implantado un proceso de planificación centrada en la persona, durante al menos un año antes de la fecha de evaluación y que además, tenían una evaluación de calidad de vida previa a la implantación del proceso.

La muestra está compuesta por 21 personas. De los 100 usuarios del centro, 75 habían comenzado un proceso de planificación centrada en la persona, de los cuales 5 eran altas en el centro y

no tenían la evaluación previa. De los 70 restantes, 23 cumplían el requisito de haber sido evaluados al menos un año tras haberse comenzado el proceso de PCP.

### 3.2. Instrumentos de evaluación

Para obtener el Índice de Calidad de Vida, así como las puntuaciones en las distintas escalas, se ha utilizado la Escala Gencat de Calidad de Vida, creada por Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2009).

El ámbito de aplicación son adultos a partir de los 18 años. Los informadores deben ser profesionales de los servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde hace tres meses. La administración es de forma individual. La duración del pase del cuestionario es de 10 a 15 minutos aproximadamente. La finalidad de la escala es identificar el perfil de Calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes. El material necesario es el manual, el cuadernillo de anotación, los baremos y la tabla para obtener el índice de calidad de vida.

La escala cuenta con baremos para diferentes poblaciones. Cuenta con un baremo para la muestra general, otro para personas mayores a partir de los 50 años, otro para personas con discapacidad intelectual y por último un baremo que llaman “para personas del resto de colectivos”, donde incluyen personas con drogodependencias, VIH/SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental. El baremo que se ha utilizado para el presente estudio es el correspondiente a personas con discapacidad intelectual.

Previo al pase del cuestionario, la escala ha tenido que ser adaptada para hacer posible la aplicación en personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso o generalizado, ya que se trata de una escala enfocada a aquellas personas con menos necesidades de apoyo, y no hay disponible otro instrumento de medida más adecuado para la población a tratar.

La escala se encuentra dividida en 8 áreas, según cada una de las 8 dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. El total de ítems son 69. Todas las dimensiones son evaluadas mediante 8 ítems excepto autodeterminación en el que se usan 9 ítems y en relaciones interpersonales y derechos en las que se usan 10 ítems.

Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (“nunca o casi nunca”, “a veces”, “frecuentemente” y “siempre o casi siempre”).

La puntuación que se obtiene sumando los valores dados a cada ítem se trata de una puntuación directa. Una vez obtenidas las puntuaciones directas de las ocho escalas, se transforman a puntuaciones estándar mediante la tabla de baremos para personas con discapacidad intelectual. Mediante esta tabla también obtenemos el percentil. A continuación se suman todas las puntuaciones estándar y a través de esta puntuación obtenemos el índice de Calidad de vida, así como el percentil de Calidad de vida utilizando la tabla correspondiente.

Los datos que se han utilizado en el estudio han sido el índice de calidad de vida y los percentiles de sus 8 dimensiones.

### 3.3. Descripción de la muestra

La muestra está constituida por 21 personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso o generalizado, todas ellas relacionadas con el Centro San Rafael, ya sea viviendo en la residencia, los pisos tutelados o acudiendo al centro de día.

Las edades de los sujetos en el momento de la evaluación, están comprendidas entre los 26 y los 73 años (*Figura 1. Distribución de la muestra por edad*). Respecto a la distribución, el 25% de la muestra se encuentra por debajo de los 37 años de edad. Un 65% está entre esta edad y los 65 años y solo un 10% de sujetos están por encima de la edad de jubilación. En cuanto al sexo, la muestra se compone de 14 hombres y 7 mujeres (*Figura 2. Distribución de la muestra por sexo*).

Teniendo en cuenta el lugar donde viven, 3 de ellos residen en el domicilio familiar, mientras que 18 se encuentran institucionalizados, de los cuales 2 residen en un piso tutelado, mientras los 16 restantes viven en una residencia (*Tabla 1. Distribución de la muestra por tipo de vivienda*).

El grado de minusvalía concedido oscila entre el 72% y el 99% (*Figura 3. Distribución de la muestra por minusvalía concedida*). Lo más significativo es que 9 de los 21 tienen una minusvalía concedida del 75%. Los 12 restantes se encuentran repartidos entre el resto del rango.

La mayoría de usuarios llevan 1 año desde la implantación de la PCP (*Figura 4. Distribución de la muestra por años de implantación de la PCP*). La persona que más años lleva son 9.

### 3.4. Análisis de datos

El análisis de datos se ha realizado a través del paquete estadístico SPSS 23.0. Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la escala GENCAT de Calidad de vida, así como los datos necesarios para el estudio, se han volcado en el programa SPSS.

Los análisis empleados han sido T de Student y Correlaciones de Pearson. Se ha utilizado la misma prueba para comparar tanto el Índice de Calidad de Vida como las puntuaciones en sus 8 dimensiones.

#### 4. Resultados

El primer análisis realizado ha sido para comparar las puntuaciones en el Índice de Calidad de Vida. Para ello se ha aplicado la prueba T de Student de comparación de medias de 2 muestras dependientes. Para ello se han incluido en el análisis la puntuación del índice de Calidad de Vida previo a la PCP (ÍndiceCV\_1) y el posterior (ÍndiceCV\_2). El planteamiento de hipótesis para el análisis quedaría de la siguiente forma:

Ho: Las 2 medias poblacionales son iguales

Ha: Las 2 medias poblacionales son diferentes.

Las medias del Índice de Calidad de Vida previo y post PCP son 94,19 y 100,38 (*Tabla 2. Estadísticos de pruebas relacionadas. Índice de Calidad de Vida*), lo que sugiere un aumento del Índice de Calidad de Vida, supuestamente debido al efecto de la implantación de una PCP. A continuación, se ha evaluado si esa diferencia de 6,19 puntos entre las dos medias es estadísticamente significativa. El resultado de la prueba T (*Tabla 3. Prueba de muestras emparejadas: Índice de Calidad de Vida*) obtenido es:  $T(20) = -4,157$ ,  $p = .000$ . Este resultado conduce a rechazar la hipótesis nula y concluir que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de Índice de Calidad de Vida pre y post PCP.

A continuación, se ha realizado el mismo análisis para cada una de las 8 dimensiones de Calidad de Vida. Observamos que la media aumenta en todas las dimensiones evaluadas (*Tabla 4. Estadísticos de pruebas relacionadas. Dimensiones de Calidad de Vida*), siendo el mayor aumento en la dimensión de Inclusión Social (15,91) y el menor aumento en Derechos (0,47).

A la hora de comprobar si el aumento de las diferentes medias son significativos, nos encontramos con resultados dispares (*Tabla 5. Prueba de muestras emparejadas: Dimensiones de Calidad de Vida*). Por un lado, obtenemos una significación bilateral inferior a 0,05 en las dimensiones de relaciones interpersonales, autodeterminación e inclusión social. Para el resto de dimensiones, la significación es mayor de 0,05, por lo que no podemos concluir que las diferencias en las medias sean estadísticamente significativas.

## 5. Discusión y conclusiones

Recordamos que el objetivo general que se planteaba en esta investigación era evaluar si existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso o generalizado con las que se ha implantado un proceso de planificación centrada en la persona, durante al menos un año, respecto a la calidad de vida anterior a implantar el proceso. Además se añadía el mismo objetivo para cada una de las dimensiones de calidad de vida.

Los resultados obtenidos muestran que, efectivamente, existe una diferencia entre el Índice de Calidad de Vida previo a la puesta en marcha de una PCP y el posterior. Sin embargo, no se han observado diferencias en todas las dimensiones de calidad de vida. En las dimensiones de relaciones interpersonales, autodeterminación e inclusión social sí que se han producido cambios, mientras que en las cinco dimensiones restantes no.

Según los datos arrojados por los análisis estadísticos, podemos concluir que se cumple la hipótesis principal del estudio, produciéndose un cambio de sentido positivo de la calidad de vida en las personas evaluadas. De igual forma, se cumple la misma hipótesis para las dimensiones de relaciones interpersonales, autodeterminación e inclusión social.

Estos resultados apoyan el uso de la planificación centrada en la persona como forma de mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo. Sería interesante realizar el análisis con un tamaño muestral más grande, teniendo un grupo control y con el mismo tiempo de evolución de la PCP, con el fin de mejorar a nivel estadístico el estudio y conseguir unos resultados más consistentes.

Como se ha mencionado en el párrafo anterior, el estudio ha contado con una serie de limitaciones: la muestra ha sido pequeña, con diferente tiempo de exposición a la PCP y sin un grupo control con el que comparar.

Otra limitación importante ha sido la inexistencia de un cuestionario de Calidad de Vida apropiado para personas con grandes necesidades de apoyo. Este hecho ha provocado la necesidad de adaptar o reinterpretar algunos ítems del cuestionario para aplicarlo a la población de estudio, disminuyendo así la validez externa del mismo y haciendo imposible comparar los resultados en términos numéricos con otros grupos de estudio.

## 6. Anexo de figuras y tablas

Figura 1. Distribución de la muestra por edad

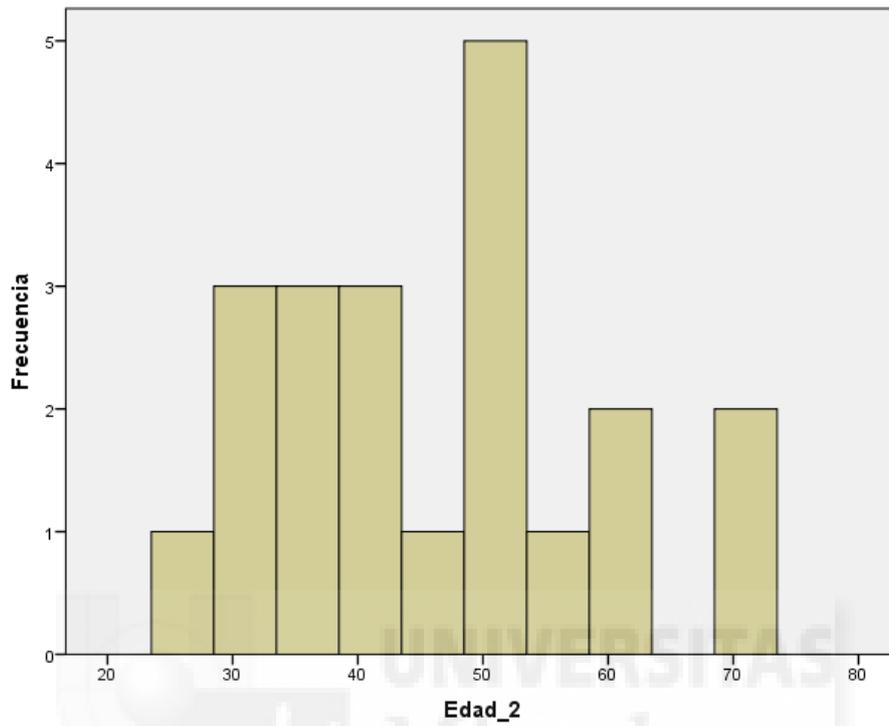


Figura 2. Distribución de la muestra por sexo

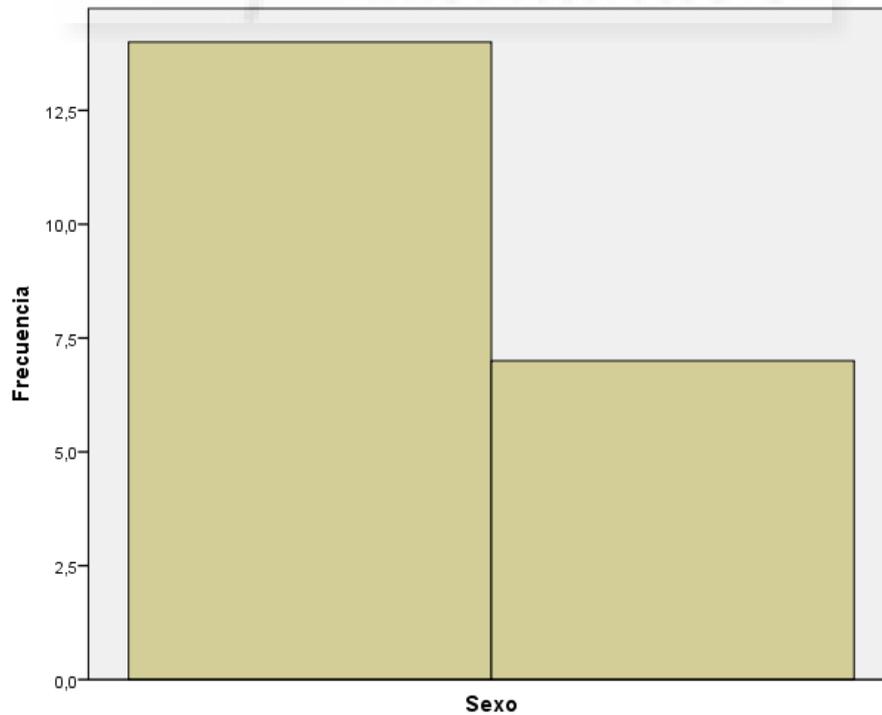


Tabla 1. Distribución de la muestra por tipo de vivienda

		Vivienda			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Residencia	16	76,2	76,2	76,2
	Piso	2	9,5	9,5	85,7
	Familia	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Figura 3. Distribución de la muestra por minusvalía concedida

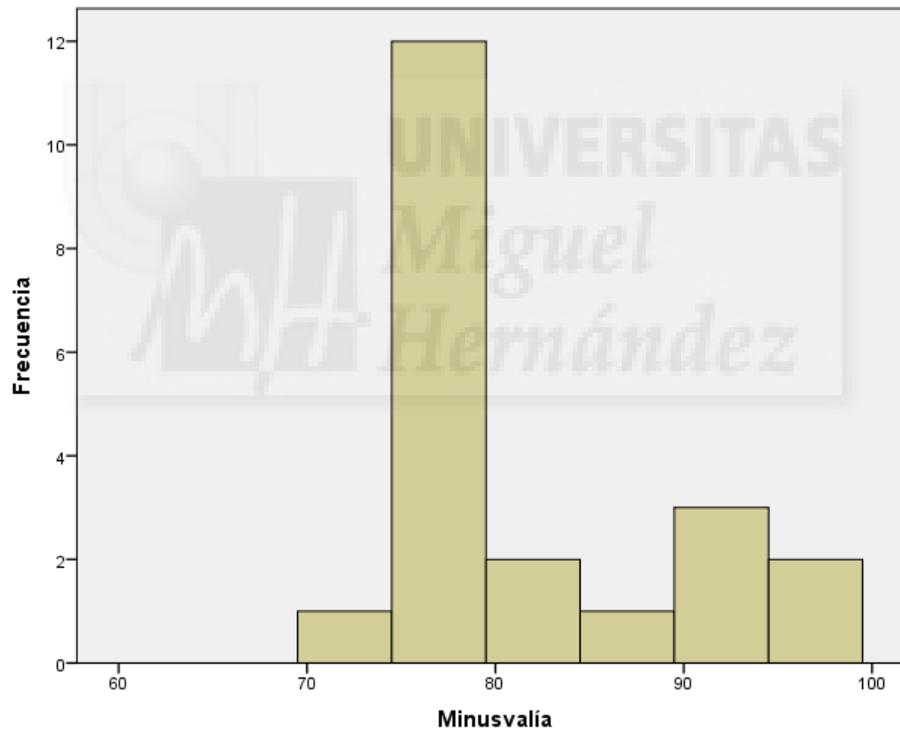


Figura 4. Distribución de la muestra por años de implantación de la PCP).

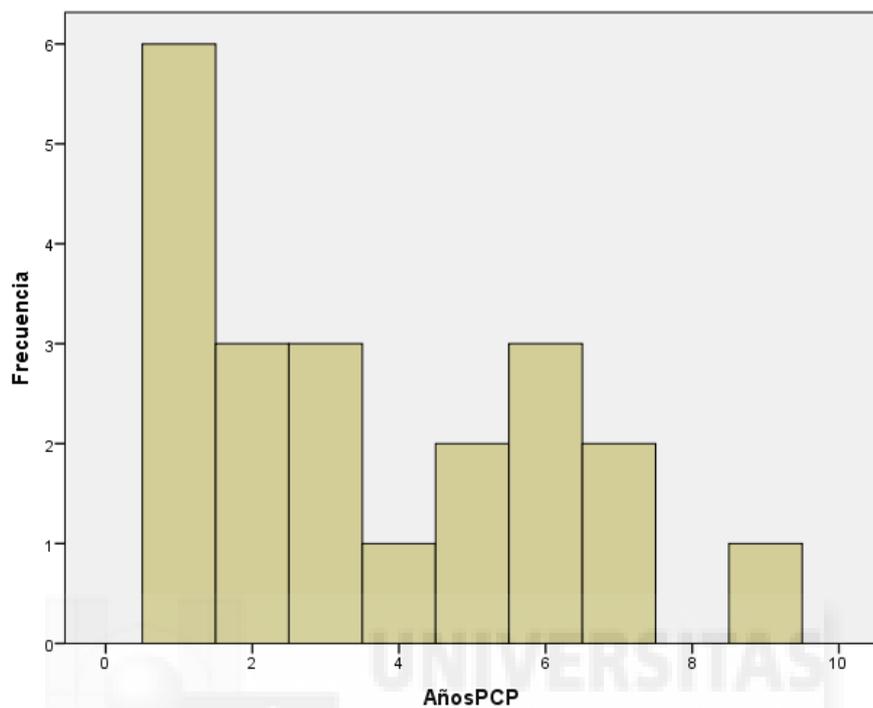


Tabla 2. Estadísticos de pruebas relacionadas. Índice de Calidad de Vida

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	ÍndiceCV_1	94,19	21	10,994	2,399
	ÍndiceCV_2	100,38	21	12,722	2,776

Tabla 3. Prueba de muestras emparejadas: Índice de Calidad de Vida

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 ÍndiceCV_1 - ÍndiceCV_2	-6,190	6,824	1,489	-9,297	-3,084	-4,157	20	,000

Tabla 4. Estadísticos de pruebas relacionadas. Dimensiones de Calidad de Vida

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	Bien_emoc_1	56,14	21	30,666	6,692
	Bien_emoc_2	63,24	21	25,651	5,598
Par 2	Relac_inter_1	41,76	21	29,002	6,329
	Relac_inter_2	52,81	21	29,691	6,479
Par 3	Bien_mat_1	69,95	21	15,892	3,468
	Bien_mar_2	75,19	21	11,161	2,435
Par 4	Des_per_1	40,76	21	27,637	6,031
	Des_per_2	45,90	21	29,722	6,486
Par 5	Bien_fis_1	68,62	21	26,381	5,757
	Bien_fis_2	71,14	21	22,883	4,993
Par 6	Autodet_1	35,62	21	22,811	4,978
	Autodet_2	46,19	21	29,065	6,342
Par 7	Inc_soc_1	37,19	21	27,025	5,897
	Inc_soc_2	53,10	21	32,728	7,142
Par 8	Derech_1	12,24	21	13,247	2,891
	Derech_2	12,71	21	15,925	3,475

Tabla 5. Prueba de muestras emparejadas: Dimensiones de Calidad de Vida

		Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior				Superior
Par	Bien_emoc_1 - 1 Bien_emoc_2	-7,095	16,155	3,525	-14,449	,259	-2,013	20	,058
Par	Relac_inter_1 - 2 Relac_inter_2	- 11,048	18,677	4,076	-19,549	-2,546	-2,711	20	,013
Par	Bien_mat_1 - 3 Bien_mar_2	-5,238	14,405	3,143	-11,795	1,319	-1,666	20	,111
Par	Des_per_1 - 4 Des_per_2	-5,143	21,506	4,693	-14,932	4,647	-1,096	20	,286
Par	Bien_fis_1 - 5 Bien_fis_2	-2,524	24,963	5,447	-13,887	8,839	-,463	20	,648
Par	Autodet_1 - 6 Autodet_2	- 10,571	14,555	3,176	-17,197	-3,946	-3,328	20	,003
Par	Inc_soc_1 - 7 Inc_soc_2	- 15,905	22,419	4,892	-26,110	-5,700	-3,251	20	,004
Par	Derech_1 - 8 Derech_2	-,476	14,617	3,190	-7,130	6,177	-,149	20	,883

## 7. Referencias bibliográficas

1. Schalock RL, Verdugo MA. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*. 2007; 38(4): 21-36.
2. Verdugo MA, Schalock RL, Keith K, Stancliffe R. Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005; 49(10): 707-717.
3. Verdugo MA, Schalock RL, Gómez LE, Arias B. Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero*. 2007; 38(4): 57-72.
4. Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntix WHE, Coulter DL, Craig EM, Reeve A et al. *Mental retardation. Definition, classification and systems of supports*. 10ª ed. Washington DC: American Association on Mental Retardation; 2002.
5. Carratalá A. Avanzando hacia una organización centrada en la persona. Experiencia de la fundación San Francisco de Borja para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*. 2009; 40(4): 5-21.
6. Bigby C, Frawley P. *Social work practice and intellectual disability*. New York: Palgrave Macmillan; 2010.
7. Holburn CS, Vietze PM. Person-centered planning – Research, practice and future directions. En: C.S. Holburn & P.M. Vietze, editores. *A better life for Hal: five years of person-centered planning and applied behavior analysis with Hal*. 1ª ed. Baltimore: Brookes; 2002. p. 291-314.
8. Ryan B, Carey E. Introducing person-centered planning: A case study. *Learning disability practice*. 2008; 11(9): 12-19.
9. Dumas S, De La Garza D, Seay P, Becker H. “I don’t know how they made it happen, but they did”: Efficacy perceptions in using a person-centered planning process. En: C.S. Holburn & P.M. Vietze, editores. *Person-centered planning: Research, practice and future directions*. 1ª ed. Baltimore: Brookes; 2002. p. 223-46.
10. Claes C, Van Hove G, Vandeveldel S, Van Loon J, Schalock RL. Person-Centered Planning: Analysis of Research and Effectiveness. *Intellectual and developmental disabilities*. 2010; 48(6): 432-453.
11. Robertson J, Emerson E, Hatton C, Elliott J, McIntosh B, Swift P et al. Longitudinal analysis of the impact and cost of person-centered planning for people with intellectual disabilities in England. *American Journal on Mental Retardation*. 2006; 111: 400-416.