



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNO MENTAL: AUTO-PERCEPCIÓN Y PERCEPCIÓN SOCIAL SOBRE SU CALIDAD DE VIDA .

Autor: Nuria Otero Lacaci

Director profesional: Amaia Halty Barrutieta

Tutor metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Abril 2016



**DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNO MENTAL: AUTO-PERCEPCIÓN Y
PERCEPCIÓN SOCIAL SOBRE SU CALIDAD DE VIDA.**

Nuria
Otero
Lacaci

ÍNDICE

Resumen / <i>Abstract</i>	1
Introducción	4
Método	4
Participantes	10
Instrumentos	12
Procedimiento	15
Resultados	17
Discusión	22
Referencias	25

RESUMEN

Mediante esta investigación se buscaba hallar las diferencias existentes entre la auto-percepción que poseen sujetos con Discapacidad Intelectual y sujetos con DI y comorbilidad con un Trastorno Mental. Por otro lado, se estudiaron las diferencias que existen entre la percepción social existente sobre los grupos anteriores para, finalmente, comparar ambos resultados. Para llevar a cabo la investigación se aplicó la Escala INICO-FEAPS sobre Calidad de Vida a un total de 40 sujetos con DI con o sin un TM asociado. Para completar la información se adaptó esa misma escala para sujetos sin DI, con el fin de obtener su actitud ante esta población. Los resultados obtenidos informan sobre diferencias estadísticamente significativas entre la percepción social, según posea el sujeto, o no, un TM. Se han obtenido también, para la mayoría de las dimensiones de la escala, puntuaciones mayores en autopercepción que en percepción social. Esta investigación permitirá mejorar el trabajo llevado a cabo en centros destinados a DI, indicando que dimensiones deben profundizarse. Por otro lado, propone un trabajo sobre la sociedad y su percepción sobre la DI, trabajando la sensibilización.

ABSTRACT

With this research we sought to find the differences between self-perception of subjects with Intellectual Disabilities (ID) and subject with ID and a mental disorder. On the other hand, we sought to find the differences between social perception of ID and ID and comorbidity, to, finally, compare the two results. To carry out the research we apply INICO-FEAPS Scale of Life's Quality (LQ) on 40 subjects with ID (with or without comorbidity). After that and for obtain more information, we adapted the scale for people without ID. We pretend to obtain the attitude that they have. The results reported statistically significant differences between social perception (according to a diagnosis of ID or comorbidity). They have also been obtained, for the most of the dimensions of the scale, higher scores on self-perception than social perception. This research will improve the work carried out in centers for DI and work to raise awareness.

La Discapacidad Intelectual (DI, en adelante) es una condición frecuente que afecta a todo el desarrollo del individuo, caracterizada principalmente por un déficit en la capacidad intelectual (Verdugo, 2003). Por su parte, Novel, Rueda, Salvador y Forgas (2004), definen la DI como un déficit en las funciones cerebrales superiores de intensidad suficiente para generar interferencias significativas en el funcionamiento normal de una persona. Es decir, entendemos la DI como una condición que acompaña al sujeto a lo largo de su desarrollo, mermando sus capacidades intelectuales y afectando a su funcionamiento.

Debido a las connotaciones negativas que adquiere el término con el paso del tiempo, han sido múltiples los sinónimos empleados (“subnormalidad”, “deficiencia mental”, “retraso mental”, etc). Actualmente, la definición más extendida y políticamente correcta es “personas con Discapacidad Intelectual y del desarrollo” (Martorell, 2011).

Este cambio de terminología se debe a la nueva perspectiva que se ha adoptado frente a la DI, que busca actualizar la definición y centrarla en las capacidades, no tanto en las limitaciones. Por ello, la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual (AAID) revisa desde 1876 el concepto, proponiendo finalmente en 1992 el establecimiento de un “nuevo paradigma”; paradigma que toma la DI como la expresión de la interacción del individuo con su entorno. (García, 2005). Este nuevo paradigma supone un punto de inflexión en el diagnóstico y tratamiento de la DI: se abandona el diagnóstico y tratamiento basado únicamente en sus limitaciones, para proceder a una evaluación multidimensional (Verdugo, 1994). Una evaluación que analiza la interacción que el sujeto mantiene con los contextos que le rodean y cómo se desenvuelve para, de este modo, desarrollar apoyos concretos (Verdugo, 1994). “Por ello, no se clasificará a los sujetos en virtud de su C.I. sino que se clasificará el tipo e intensidad de apoyos que necesiten.” (Verdugo, 1994, p 12.)

Por ello, los sistemas de clasificación actuales han procurado incluir este nuevo paradigma a sus criterios (limitados anteriormente tan solo al C.I.) Tanto la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), como la Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM-IV como la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual (AAID) coinciden en establecer como criterios comunes para su definición los siguientes:

- A. La existencia de un nivel intelectual significativamente inferior a la media
- B. Un déficit en la capacidad de adquisición de habilidades básicas para el funcionamiento y la supervivencia. Habilidades básicas compuestas por: (1) Comunicación, (2) Autocuidado, (3) Vida en el hogar, (4) Habilidades Sociales, (5) Uso de la comunidad, (6) Autodirección, (7) Salud y Seguridad, (8) Habilidades académicas funcionales y (9) Ocio y (10) Trabajo.

A pesar de ello el método más extendido se basa exclusivamente en el criterio A dada su gran utilidad para fijar las necesidades de atención socio-sanitaria. (Novell et al., 2004). Este criterio se basa en el cálculo del Cociente Intelectual (CI) que relaciona la Edad Mental (EM) con la Edad cronológica (EC) de un sujeto en relación a un grupo de igual edad cronológica: $CI = (EM/EC) \times 100$. (Novell et al., 2004.).

A través del cálculo del CI se establecen una serie de “formas” de DI o grados en los que, a pesar de su gran heterogeneidad, podemos asociar rasgos generales. Rasgos que hacen referencia a las Habilidades comunicativas, sociales y de la vida independiente, Autocuidado y Adaptación. (Tabla 1)

Tabla 1. Grados de DI en función del CI

1. DI ligera	CI de 50-55 a 70	85% de la población
2. Moderada	CI entre 35-40 y 50-55	10% de la población
3. DI grave	CI de 20-25 a 35-40	3-4% de la población
4. DI profundo	CI por debajo de 20-25	1-2% de la población
5. DI no especificado	Existe una fuerte sospecha de DI pero no puede ser detectado a través de las pruebas convencionales	

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 1994, y Organización Mundial de la Salud (OMS). (Como se citó en Novel et al., 2004).

A pesar de su utilidad, este constructo teórico presenta una alta variabilidad por razones de cultura, educación e inestabilidad histórica, por lo que no resulta el método más apropiado (Novell et al., 2004.).

Todos los avances realizados hasta ahora en el diagnóstico dan cuenta de la complejidad del asunto, a su vez propiciada por la gran variedad de causas de la DI. Novell et al., (2004) señalaron como causas más significativas de DI la presencia de trastornos metabólicos, trastornos genéticos (como alteraciones cromosómicas) y trastornos adquiridos (por ejemplo, debido al Síndrome alcohólico fetal).

A pesar de los métodos de evaluación establecidos, no se poseen datos exactos sobre la prevalencia de esta condición a nivel mundial (Salvador-Carulla, Rodríguez & Rodríguez-Blázquez, 2011). Pero en distintos estudios se ha obtenido que el porcentaje de población con DI es aproximadamente del 1,5% en países desarrollados, pudiendo alcanzar el 4% en el tercer mundo (OMS. Como se citó en Novell et al., 2004; Durkins. Como se citó en Martorell, 2011). Esta diferencia puede ser explicada por la dificultad de medida del CI (por razones de cultura, por ejemplo) y/o por razones de tipo nutricional, ambiental o sanitarias (Novell et al., 2004). Esta prevalencia es mayor en sujetos varones donde hallamos un 1,7 de hombres por cada mujer afectada, según informan Novell et al., (2004), quienes también informan sobre una mayor prevalencia de DI leve en clases sociales bajas (Novell et al., 2004).

De esta proporción de población con DI, se estipula que entre un 10% a un 50% podrían padecer un Trastorno Mental (TM, en adelante) (Novell et al., 2004). El porcentaje exacto es aún desconocido (Novel et al., 2004) debido a limitaciones en los estudios, cuyos resultados varían en función de la población o metodología empleada. Pero, autores como Novel et al., (2004) nos hablan de un porcentaje de 10-15% mientras que Cooper et al., (2007) hablan sobre un 40,9% de la población con DI.

Este desconocimiento puede deberse, en parte, a las dificultades metodológicas que entraña la evaluación de esta población: “emplazamiento o área de cobertura, gravedad del retraso mental, representatividad de la muestra, uso de instrumentos estandarizados y sistemas de diagnóstico, y categorías diagnósticas consideradas en el análisis.” (Novel et al., 2004, p.39.). Y, por otra parte, debido al “Enmascaramiento diagnóstico”; fenómeno que tiene lugar cuando se menosprecian los síntomas propios de Trastornos Mentales al justificarlos únicamente por la existencia de una Discapacidad Intelectual (Novell et al., 2004; Salvador-Carulla et al., 2013).

Pero, el alto porcentaje de trastornos en DI (Fraser & Nolan. Como se citó en Nivel et al., 2004) así como su manifestación y su gravedad no debe considerarse como resultado de una causa única (Novel et al., 2004) sino como el resultado de la interacción de múltiples factores. Y, aunque los factores relacionados con el desarrollo de un TM son similares a los observados en población sin DI (Smiley et al., 2007.) existen otros factores que podrían influir. Entre estos factores destaca la presencia de lesiones cerebrales, factores psicológicos y factores ambientales (Fraser & Nolan. Como se citó en Novel et al., 2004).

Novel et al., (2004), profundizan en los factores y nos hablan de:

- A. **Factores biológicos:** Tales como alteraciones en la función cerebral que podrían predisponer al desarrollo de un TM. O fenotipos comportamentales que se asocian a alteraciones de conducta o enfermedades mentales específicas.
- B. **Factores psicológicos:** Factores como una baja autoestima (generada ante la conciencia de la discapacidad y el rechazo del entorno) que actúan como factor de vulnerabilidad para ciertas patologías.
- C. **Factores ambientales/socioculturales:** Tales como un abuso sexual, físico o psicológico u otros acontecimientos estresantes que propicien el desencadenamiento de un trastorno.

La interacción de los factores anteriores y la DI, dan lugar a problemas de salud mental, donde Novel et al., (2004) destacan los siguientes Trastornos Mentales: La *Esquizofrenia*, *Trastornos del Estado de Ánimo*, siendo frecuentes los síntomas somáticos, *Trastornos de ansiedad*, *Trastorno obsesivo-compulsivo*, *Trastorno del sueño*, donde, aunque los síntomas se asemejan a los de la población sin DI, las causas variarán (p.ej., un malestar no expresado que impida conciliar el sueño). Destaca también la presencia de *Trastornos de la personalidad*, cuya tasa de presencia es muy superiores a la población normal, *Trastornos relacionados con el deterioro de funciones cognitivas*, especialmente de Demencias, *Trastornos confusionales* y *Trastornos asociados al consumo de tóxicos*.

La mayoría de los trastornos anteriormente descritos se manifestarán a través de alteraciones de conducta en vez de a través de las manifestaciones propias del trastorno (Novel et al., 2004). Y, estas manifestaciones, perjudicarán su nivel de Calidad de Vida. Área que ya posee una mayor probabilidad de verse afectada

debido a las condiciones propias de la población con DI (Giné, 2004). Schalock y Verdugo (2003) recogen los principales motivos de la importancia de la CV y su aplicación en los servicios prestados a personas con DI: En primer lugar, todas las personas aspiran a tener una CV óptima. En segundo lugar, actúa como referente básico de un servicio de calidad (Giné, 2004). En tercer lugar, se emplea actualmente para valorar la eficacia de los servicios. Y, por último, por el impacto que posee tanto en el desarrollo de programas como en la prestación de los servicios.

Es decir, se resume en el derecho de toda persona a disfrutar de una CV digna. Y en el deber de un servicio de atención a la DI a atender este derecho. Y será, a través de la medición de la CV, como se evalúe la calidad del servicio al que asista la persona con DI.

Felce y Perry (como se citó en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012) resaltan la importancia de este concepto mediante una propuesta dinámica: defienden que provocar un cambio en los valores, la condición de vida, o la percepción generará un cambio en los otros elementos. Es decir, esta concepción circular propone la posibilidad de trabajar sobre la auto-percepción que poseen las personas con DI sobre su CV con el fin de generar mejoras positivas en los demás. Como indicaban Verdugo y Martín (2012) la intervención positiva sobre la CV “promueve el mantenimiento y la integración a la comunidad de estos enfermos, así como su autonomía” (p.69).

El concepto de Calidad de Vida tiene su origen tras la Segunda Guerra Mundial, como fruto del movimiento de Desinstitucionalización Psiquiátrica (Verdugo & Martín, 2002). Y, debido a la complejidad del asunto (Giné, 2004) existen, aún hoy en día, muchas definiciones distintas sobre el concepto Calidad de Vida (Cummins. Como se citó en Giné, 2004). Aunque sí se observa un consenso para definirlo como un *“concepto subjetivo sobre el grado de satisfacción que la persona experimenta en relación con el nivel de cobertura de sus necesidades en el entorno que le rodea”* (Giné, 2004, p.20).

Campbell (como se citó en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012) expone como las personas establecen la percepción sobre su CV en relación a un grupo de comparación. Las personas establecen de este modo un estado ideal (en base al grupo de comparación) y un estado actual, siendo la discrepancia entre ellos la que marque la CV (Felce & Perry, como se citó en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

En la misma línea, Buunk, Kuyper y Van der Zee (como se citó en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012) plantean que el resultado negativo de una comparación puede llevar a una frustración y carencia de ambición. En el ámbito de la DI hallamos sujetos que, debido a sus limitaciones, se han visto frustrados a lo largo de todo su desarrollo vital (Alemany, 2015) con lo que será esperable hallar sujetos cuya discrepancia entre el estado actual y el ideal sea amplia. Es decir, sujetos cuya percepción sobre su CV sea baja.

Pero, en cambio, Giné (2004) propone todo lo contrario al defender que las personas con Discapacidad Intelectual obtendrán frecuentemente mayores puntuaciones. Es habitual hallar en esta población, un alto

nivel de satisfacción con su CV. Esto se debe a que su percepción sobre CV no se asemeja a los indicadores internacionalmente aceptados. (Giné, 2004). A través de estos indicadores objetivos, las puntuaciones que obtiene la población con DI sobre su CV son bajas, tal y como muestran los distintos estudios que evalúan la percepción social sobre la condición.

Existe poca investigación sobre las actitudes que la sociedad tiene hacia las personas con DI debido a la invisibilidad que sufren éstos en los medios de comunicación (Coles & Scior, 2011). Pero, Coles y Scior (2011) reflejaron como la población mostraba actitudes hostiles y negativas ante la DI y su CV. Esto pone de manifiesto la necesidad de aumentar la conciencia pública y la importancia de la sensibilización (Coles & Scior, 2011).

Por otro lado, Verdugo, Schalock, Keith y Stancliffe, (como se citó en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012) exponen como, para evaluar la auto-percepción sobre la CV es necesario cierto grado de introspección, grado que cuestionan en población con DI o población con un TM. Explican cómo, a menudo, pacientes que no han realizado una introspección sobre el impacto real que la enfermedad genera en su vida, obtendrán una puntuación de CV más elevada. Por tanto, es esperable hallar puntuaciones elevadas en una población con DI, Y será aún más esperable hallar mejores puntuaciones en aquel tipo de población que, además de DI, posea un TM.

Para nuestro estudio se ha tomado como referencia la definición multidimensional propuesta por Hatton (como se citó en Giné, 2004). En ella se enfatiza la necesidad de abarcar distintas áreas de la vida del sujeto como son la *Autodeterminación*, *Derechos*, *Bienestar emocional*, *Relaciones Interpersonales*, *Bienestar Material*, *Desarrollo personal*, *Bienestar físico* e *Inclusión social* (Schalock et al., Como se cita en Giné, 2004). Y se resalta, de nuevo, la importancia de la medición de las variables subjetivas (ya que hacen referencia a la vivencia de la persona) (Schalock et al., Como se cita en Giné, 2004).

Por otro lado, se hace llamativo también el gran número de instrumentos de medida existentes, lo que responde a las numerosas definiciones que existen sobre el concepto (Cummins. Como se cita en Giné, 2004). En su origen, la medición de Calidad de Vida se basaba en variables objetivas pero, dado tan solo se conseguía explicar el 15% de la varianza individual (Urzúa & Caqueo-Irizar, 2012) se añadieron variables subjetivas, logrando así explicar hasta un 50% (Campbell & Rodgers. Como se citó en Urzúa & Caqueo-Irizar, 2012).

El Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) ha desarrollado multitud de instrumentos de evaluación de Calidad de Vida donde destaca, como instrumento de medición, la Escala de Calidad de Vida INICO-FEAPS (Verdugo et al., 2013). Esta escala recoge las ocho dimensiones propuestas por Hatton a través de variables objetivas y subjetivas mediante un auto-informe y un informe a terceras personas (cuidadores).

En base a lo anterior, el objetivo principal de este trabajo es estudiar el concepto de Calidad de Vida (CV) en población con DI. En primer lugar, se estudiarán las diferencias existentes entre la auto-percepción que posee la población con DI y la auto-percepción que posee la población con DI y comorbilidad con un TM. **La población con DI y comorbilidad con un TM posee una mayor auto-percepción sobre su Calidad de vida que la que poseen las personas que tan solo han sido diagnosticadas de DI.** Como indicaban Verdugo, Schalock, Keith & Stancliffe (como se citó en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012), para evaluar la auto-percepción sobre la CV es necesario un grado de introspección. Aspecto que se cuestiona en población con DI o en población que padezca un TM. Es por ello que, en situaciones en las que se dé a la par una DI y problemas de salud mental, se espera que la capacidad de introspección sea aún menor.

En segundo lugar, se estudiará la percepción que la sociedad posee sobre la población con DI cuando ésta. Además de un diagnóstico de DI, posea un diagnóstico de TM. **Las actitudes que la población tome frente a la DI serán más positivas que las presentadas ante una población con DI que presente un TM asociado.**

Y, por último, se estudiarán las diferencias existentes entre la autopercepción de la población con DI (con y sin comorbilidad con un TM) y la percepción que la sociedad posee sobre ellos. Múltiples estudios exponen cómo las actitudes positivas que la población presente frente a la población con DI, actuarán como facilitador de su adaptación e inclusión en la comunidad (Henry et al.. Como se citó en Coles & Scior, 2012). Por ello resulta importante conocer la percepción que la sociedad posee sobre esta población. **Las personas con Discapacidad Intelectual, tengan o no comorbilidad con un TM, poseen una mayor auto-percepción sobre su CV en comparación con la percepción social.** La población con DI presentará mayores puntuaciones. Esto se debe a la percepción que posee esta población sobre bienestar que les lleva a mostrar altos grados de satisfacción con su CV (Giné, 2004). Por otro lado, como informan Yazbek et al., (Como se citó en Coles & Scior, 2012) las actitudes que la población adopta frente a la Discapacidad Intelectual suelen ser menos positivas que las demostradas en la política pública.

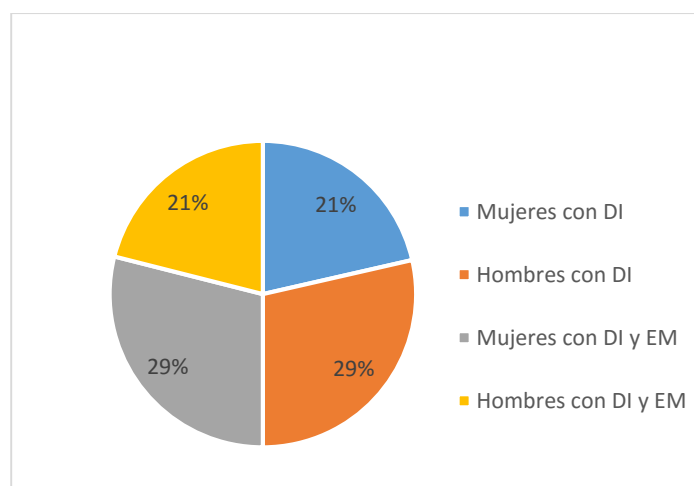
MÉTODO

Participantes

Mediante un muestreo incidental se han seleccionado, para este estudio, cuarenta sujetos con Discapacidad Intelectual de entre 16 y 100 años de edad. Todos los sujetos asistían a recursos o instituciones privadas para DI de la Comunidad de Madrid. Concretamente, 21 participantes pertenecían al programa *DEMOS* de la Universidad Pontificia Comillas, mientras que los otros 19, asistían a *DIEM*, el centro de día de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce. Los participantes de *DEMOS* debían poseer un diagnóstico de DI pero no debían estar diagnosticados de un TM en la actualidad. Los participantes de *DIEM* debían, además de poseer un diagnóstico de DI, estar diagnosticados de uno o más Trastornos Mentales. El número de hombres y mujeres fue idéntico (veinte hombres y veinte mujeres) y del total de 27,5% mujeres padecían un Trastorno Mental (n=11) frente a un 20% de hombres (n=8).

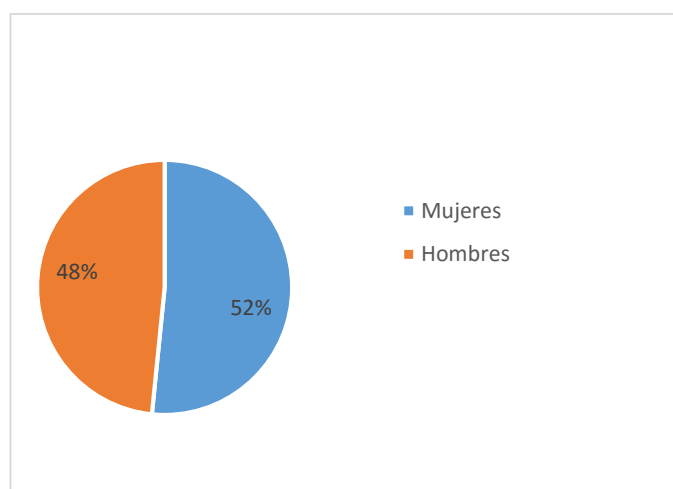
El grupo integrado por usuarios con tan sólo un diagnóstico de DI estaba compuesto por 42,86% de hombres y 57,14% de mujeres. Mientras que el grupo que asiste a un recurso de Salud Mental (diagnóstico de DI y TM), poseía una edad media de 28,50 (d.t. 6,7) y estaba compuesto por un 57,89% de hombres frente a un 42,10% de mujeres. En la Figura 1 se representa el total de los participantes según el sexo y presencia de un TM.

Figura 1. Porcentaje de por sexos que respondieron a la Escala sobre autopercepción



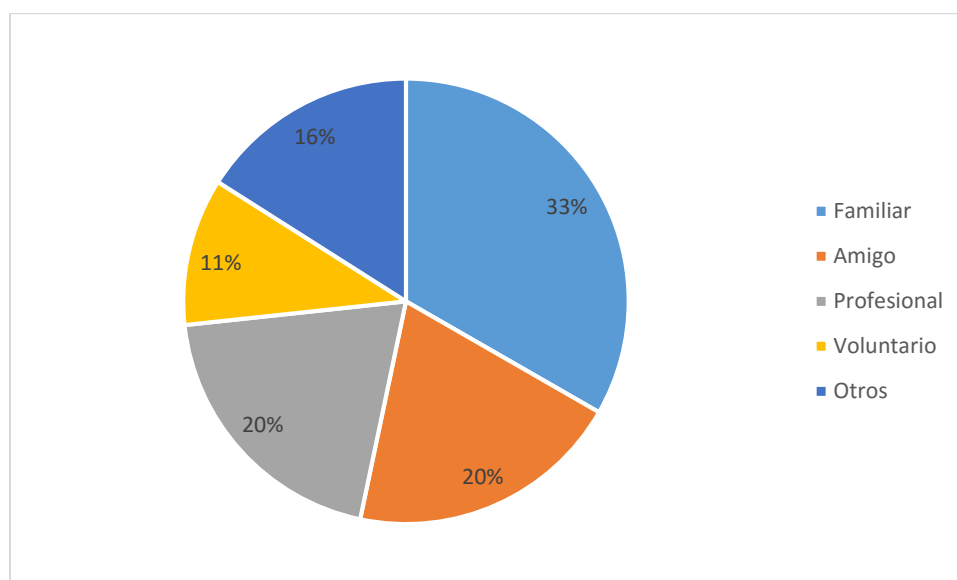
Por otro lado, y mediante un muestreo no probabilístico “bola de nieve”, se formó un tercer grupo de personas cuyo criterio de inclusión era no poseer un diagnóstico de DI. Este grupo, con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años de edad, podía o no haber tenido contacto con Discapacidad Intelectual y/o TM. De total de participantes, 126 personas, un 48,4% (n=61) fueron hombres frente a un 51,6% (n=65) de mujeres (Figura 2), perteneciendo la mayoría a un nivel socio-económico medio (84,9% frente a un 11,1% de nivel alto y un 4% de nivel bajo). La media de edad se sitúa en 28,82 (d.t. 12,76) años.

Figura 2. Porcentaje por sexos que respondieron al cuestionario sobre percepción social



Del total, un 57,1% afirmaban haber tenido contacto con la discapacidad intelectual (33,3% como familiar; 20% como amigos, 20% en el ámbito profesional; 10,7% a modo de voluntariado y un 16% de otras formas no especificadas) (Figura 3).

Figura 3. Tipo de contacto con Discapacidad Intelectual



Instrumentos

Para recoger la auto-percepción del sujeto con DI sin/con comorbilidad con un TM sobre su calidad de vida se ha empleado la Escala de Calidad de Vida INICO-FEAPS (Verdugo et al., 2013) que puede obtenerse gratuitamente en la web. Esta escala está compuesta por 72 ítems, organizados en 8 secciones que recogen datos que informan sobre *Autodeterminación* (Autonomía; metas, opiniones y preferencias personales; decisiones y elecciones), *Derechos* (ejercicio de derechos; conocimiento de derechos; intimidad; privacidad y confidencialidad), *Bienestar emocional* (Satisfacción con la vida; auto-concepto; ausencia de estrés o sentimientos negativos), *Inclusión social* (Integración, participación y apoyos), *Desarrollo personal* (Formación y aprendizajes; competencia en el trabajo; resolución de problemas; habilidades de la vida diaria y ayudas técnicas), *Relaciones interpersonales* (Relaciones familiares; relaciones sociales y relaciones sexuales-afectivas), *Bienestar material* (Ingresos; condiciones de la vivienda; condiciones del lugar de trabajo; acceso a la información; posesiones y servicios) y *Bienestar físico* (Descanso; higiene; actividades físicas; ocio; medicación y atención sanitaria).

La escala se compone de dos informes, un “auto-informe” y un “informe para terceros”, con el fin de confrontar ambos puntos de vista. aunque no es necesario la aplicación de ambas para su corrección. (Verdugo et al., 2013). Para la investigación se ha recogido el auto-informe para conocer la auto-percepción que tiene la persona con DI. Este informe está enunciado en primera persona y presenta cuatro opciones de respuesta (nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre) (Verdugo et al., 2013).

Esta escala está dirigida a usuarios con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo mayores de 18 años (o de 16 si realizan algún tipo de actividad profesional u ocupacional) y busca identificar el perfil personal de la calidad de vida de cada usuario con la finalidad de poder aplicar planes individuales de apoyo.

Esta escala ofrece una Consistencia Interna adecuada; de $\alpha=0,893$ en la versión “Auto-informe” (auto-percepción sobre su calidad de vida). La fiabilidad obtenida en la versión “auto-informe” en relación a nuestra muestra concreta es adecuada en cada una de sus secciones: Autodeterminación ($p = 0,530$), Derechos ($p = 0,521$), Bienestar emocional ($p = 0,876$), Inclusión social ($p = 0,477$), Desarrollo personal ($p = 0,575$), Relaciones interpersonales ($p = 0,648$), Bienestar emocional ($p = 0,480$), Bienestar físico ($p = 0,497$). Por último, la validez de la estructura interna de la escala se ha evidenciado mediante un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), dividiéndolo en *parcels* de 4 ítems. La puntuación fue adecuada al cumplirse todos los criterios de uni-dimensionalidad. dado el alto número de ítems que componen la escala y obteniendo una puntuación adecuada para cada uno (Verdugo et al., 2013).

Por otro lado, se pretendía evaluar la percepción de la población sobre Calidad de Vida en personas con DI. Dada la escasa existencia de escalas que midieran la percepción y las dificultades halladas para acceder a un cuestionario existente, se optó por adaptar la Escala INICO-FEAPS “sección para cuidadores”. Debido

a la especificidad del estudio (que busca comparar ambas poblaciones) resultó adecuado realizar dicha transformación de los ítems. Y, por último, para facilitar la tarea metodológica al trabajar con los mismos ítems, se consideró oportuno adaptar dicha escala para evaluar a población con DI y TM.

Estos cuestionarios toman los ítems de la escala reformulándolos para población sin DI y dirigiéndolos a conocer la percepción de la población sobre ellos (p.ej., ítem 22 de la escala “*Tengo problemas de comportamiento*”; ítem 22 del cuestionario: “*Pienso que las personas con Discapacidad Intelectual tienen problemas de comportamiento/Pienso que las personas con Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental tienen problemas de comportamiento*”). La clave de respuesta es la siguiente: Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre, y se han añadido una serie de preguntas biográficas que buscan ampliar la mayor información sobre la muestra: 1. Edad; 2. Sexo; 3. Contacto con persona con DI (Sí/No); 5. En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Como familiar/Como profesional/Como Amigo/Voluntario/Otros) y 5. Nivel de estudios.

Para estudiar la validez del cuestionario se han realizado, para cada conjunto de ítems (es decir, para cada dimensión de la escala), las pruebas de Káiser-Meyer-Olkin, la prueba de esfericidad de Bartlett y la comunalidad.

En el caso del cuestionario sobre la percepción de la Calidad de Vida en personas con DI, se obtuvo, para todos los ítems, un resultado $>0,5$ en la prueba KMO y valores $<0,5$ en la prueba de esfericidad de Bartlett (Tabla 2). Por tanto, se concluye que la muestra es adecuada al instrumento. Y, aunque el valor de la mayoría de los ítems fue $>0,4$, se detectaron ciertos ítems que no superaron el valor (Tabla 3). Ello informa sobre qué ítems no se hallan relacionados con los demás.

Tabla 2. Validez del Cuestionario sobre Percepción de la Calidad de Vida en personas con DI.

	N	Prueba de Káiser-Meyer-Olkin	Prueba de Esfericidad de Bartlett (Sig.)	Comunalidad (\bar{X} de los valores de cada dimensión)
<i>AU</i>	9	0,755	< ,05	0,607
<i>DE</i>	9	0,818	< ,05	0,520
<i>BE</i>	9	0,760	< ,05	0,629
<i>IS</i>	9	0,830	< ,05	0,553
<i>DP</i>	9	0,720	< ,05	0,597
<i>RI</i>	9	0,838	< ,05	0,656
<i>BM</i>	9	0,762	< ,05	0,647
<i>BF</i>	9	0,783	< ,05	0,561

Tabla 3. Ítems que no superan los valores de comunalidad.

Dimensión	Ítem	Comunalidad
DE	Ítem 16 “ <i>Su entorno les proporciona información acerca de las actividades elegidas para su vida</i> ”	0,396
IS	Ítem 34 “ <i>Disponen de pocas personas dispuestas a ayudarles cuando lo necesitan</i> ”	0,309
BM	Ítem 62 “ <i>Carecen de lo necesario para vivir de forma digna</i> ”	0,197
BF	Ítem 72 “ <i>Cuidan su peso</i> ”	0,314

En cuanto a la fiabilidad, hallamos como valor en Alfa de Cronbach $p = ,954$, con lo que se deduce una alta fiabilidad del cuestionario.

Se realizaron las mismas pruebas sobre el cuestionario que evaluaba la percepción social obre DI y TM obteniéndose: en cuanto a la validez se concluyó que la muestra es adecuada al instrumento y que, en su mayoría, existe una asociación entre cada ítem (Tabla 4). Pero, de nuevo, se hallaron una serie de ítems que no guardan relación con los demás (Tabla 5).

Tabla 4. Validez del Cuestionario sobre Percepción de Calidad de Vida en personas con DI y TM

	N	Prueba de Káiser-Meyer-Olkin	Prueba de Esfericidad de Bartlett (Sig.)	Comunalidad (\bar{X} de los valores de cada dimensión)
AU	9	0,790	< ,05	0,516
DE	9	0,717	< ,05	0,604
BE	9	0,755	< ,05	0,633
IS	9	0,770	< ,05	0,645
DP	9	0,655	< ,05	0,592
RI	9	0,794	< ,05	0,623
BM	9	0,749	< ,05	0,625
BF	9	0,739	< ,05	0,627

Tabla 5. Ítems que no superan los valores de comunalidad.

Dimensión	Ítem	Comunalidad
AU	Ítem 1 “Utilizan el transporte público (autobús, tren, taxi...) por sí mismos (sin supervisión)”	0,369
	Ítem 2 “Deciden quien entra en sus espacios de intimidad”	0,340
DE	Ítem 16 “Su entorno les proporciona información acerca de las actividades elegidas para su vida”	0,373
DP	Ítem 44 “Se visten de forma apropiada, dependiendo de la ocasión”	0,382
BM	Ítem 62 “Carecen de lo necesario para vivir de forma digna”	0,313
BF	Ítem 64 “Descansan lo suficiente”	0,387
	Ítem 72 “Cuidan su peso”	0,327

En cuanto a la fiabilidad, hallamos como valor en Alfa de Cronbach $p=,954$, con lo que se deduce una alta fiabilidad del cuestionario.

Procedimiento

Para obtener la auto-percepción sobre la Calidad de Vida en sujetos con DI se contactó con la dirección de la Cátedra de Familia y Discapacidad, de la Universidad Pontificia de Comillas. Tras presentarle vía email el estudio, la dirección facilitó los resultados de los usuarios pertenecientes al primer curso del programa DEMOS.

Para conocer la auto-percepción de los participantes con DI y un Trastorno Mental asociada, se procedió a contactar por email con la dirección del centro de día de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce. Tras presentar la investigación y el objetivo en una breve reunión, se pactó aplicar la escala en horario lectivo y en las mismas instalaciones del centro (a fin de no alterar el horario de los usuarios del centro y generar un clima de confianza).

Las aplicaciones fueron individuales, procediendo a explicar previamente (con una terminología adecuada) a cada usuario el objetivo y procedimiento. La duración fue aproximadamente de 20 minutos. Previo a la reunión con cada usuario, se recogieron de la base de datos del centro los datos biográficos disponibles, para reducir en la medida de lo posible la reunión (para alterar lo mínimo posible su rutina).

Los resultados de las escalas fueron almacenados en una base *Excel* y encriptados mediante una clave. Para proteger la confidencialidad, en vez del nombre y apellidos, se asignó un número de caso a cada individuo a modo de identificación.

Por otro lado, para aplicar los cuestionarios de percepción social, se informatizó mediante *Google Formularios*, para poder facilitar su difusión (tanto para la percepción sobre la DI como para la percepción sobre la DI con TM). Y fue a través de las redes sociales como se divulgó (Whatsapp, Facebook y Hotmail). Se tarda en rellenar el cuestionario aproximadamente 10 minutos. Los datos fueron recogidos por la aplicación y trasladados posteriormente a la base de datos *Excel*.

Una vez recogidos los resultados, éstos fueron analizados mediante diversos análisis estadísticos, a través del paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Para comenzar los análisis de las puntuaciones de la escala y el cuestionario, se comenzó por a analizar la Media y la Desviación típica de los grupos (Tabla 6).

Tabla 6. *Análisis de la media y la desviación típica de los grupos*

	(N=21)	(N=19)	(N=126)	(N=126)
	DI	DI y TM	Percepción social sobre DI	Percepción social sobre DI y TM
	Media (d.t.)	Media (d.t.)	Media (d.t.)	Media (d.t.)
<i>AU</i>	27,68	25,16	23,70	21,17
<i>DE</i>	29,21	26,33	24,46	22,92
<i>BE</i>	27,65	24,33	24,03	22,48
<i>IS</i>	28,65	29,33	25,28	23,95
<i>DP</i>	31,47	26,00	24,11	22,91
<i>RI</i>	27,92	27,83	23,54	21,65
<i>BM</i>	32,09	32,66	25,88	25,11
<i>BF</i>	32,11	29,33	25,38	24,71

El primer objetivo se centra en contrastar la primera hipótesis; estudiar las diferencias que existen entre la auto-percepción sobre la Calidad de vida en sujetos con DI y sujetos con DI y TM. Para comenzar se realizó la prueba de K-S (Kolgomorov-Smirnov), para comprobar si la muestra que informa sobre la auto-percepción se distribuye de forma normal. Se obtiene que las puntuaciones de las variables en la muestra están normalmente distribuidas ($p >,05$); tanto en los sujetos con DI como para en sujetos con DI y TM ($p =,20$). Por tanto, se opta por emplear pruebas paramétricas para el análisis.

Por ello se optó por realizar una *T-Student* para muestras independientes. Mediante la prueba de Levene se busca obtener si existen diferencias entre las variables (las dimensiones del cuestionario). Se obtiene que no existen diferencias entre la mayoría de las variables ($p >,05$) por lo que asumimos varianzas iguales. A excepción de la dimensión de Bienestar Emocional que obtiene una puntuación $<0,05$; con lo que asumimos que en ésta dimensión sí existen diferencias entre la auto-percepción en personas con DI y personas que, además, sufren un Trastorno Mental.

Realizamos a continuación el mismo estadístico, pero con la variable de sexo, a fin de conocer si existen diferencias significativas en las puntuaciones en relación al sexo. Se obtuvo que la mayoría de los resultados puntuaban por encima de 0,05, con lo que asumimos que no existen diferencias; es decir que ambos sexos puntúan igual. A excepción de Bienestar Material ($p =,002$) y, de nuevo, Bienestar Emocional ($p =,006$).

En segundo lugar, se busca estudiar las diferencias que existen entre la percepción de la sociedad sobre población con DI y población con DI y TM. Para ello se comenzó realizando una Prueba de K-S (Kolgomorov-Smirnov) que tiene por objetivo comprobar el Supuesto de Normalidad; es decir, valorar la forma en la que se distribuyen las puntuaciones de las variables en la muestra. Se obtiene que las puntuaciones de las variables en la muestra están normalmente distribuidas ($p > 0,05$); tanto para la percepción de la Calidad de vida en sujetos con DI ($p = ,881$) como para la percepción de sujetos con DI y TM ($p = ,785$). Por tanto, se utilizaron pruebas paramétricas para el análisis, concretamente, *T-Student* para muestras relacionadas (al tratarse de una misma población respondiendo dos cuestionarios distintos).

Se realiza una *T-Student* para muestras relacionadas entre cada dimensión de la escala. Con ello se buscaba obtener en qué dimensiones habría una mayor diferencia. Se obtuvo una significación $< 0,001$, lo que implica que existen diferencias significativas entre las muestras (Tabla 7). Es decir, existen diferencias entre la percepción que poseen los participantes sobre la población con DI, y la percepción que tienen sobre la población que, además de DI, posee un TM.

Tabla 7. *T-Student* para muestras relacionadas

N= 126		\bar{x}	s	t	p
AU	DI	23,73	3,56	8,67	< ,001
	DI y TM	21,17	4,14		
DE	DI	24,47	4,16	6,79	< ,001
	DI y TM	22,92	4,29		
BE	DI	24,03	2,97	7,68	< ,001
	DI y TM	22,48	3,04		
IS	DI	25,29	4,21	5,27	< ,001
	DI y TM	23,95	4,28		
DP	DI	24,12	3,19	6,50	< ,001
	DI y TM	22,91	3,12		
RI	DI	23,54	4,43	8,16	< ,001
	DI y TM	21,65	4,22		
BM	DI	25,89	3,67	5,28	< ,001
	DI y TM	25,12	3,59		
BF	DI	25,38	3,86	5,15	< ,001
	DI y TM	24,714	3,86		

Finalmente, para profundizar se optó por realizar un análisis descriptivo entre la percepción social y la auto-percepción. Para ello nos decantamos por trabajar sobre el índice de Calidad de Vida (en vez de sobre las puntuaciones directas trabajadas en los estadísticos anteriores).

Para ello, una vez obtenidas las puntuaciones directas totales de cada dimensión, se transformaron los valores en puntuaciones estándar. Tras ello, con la puntuación estándar total y con la ayuda de un baremo, se obtuvo el Índice de Calidad de Vida y su respectivo percentil. Este proceso se llevó a cabo con cada Escala o cuestionario (Tablas 8-10).

Tabla 8. Percepción de la sociedad sobre la Calidad de Vida en sujetos con DI vs su auto-percepción

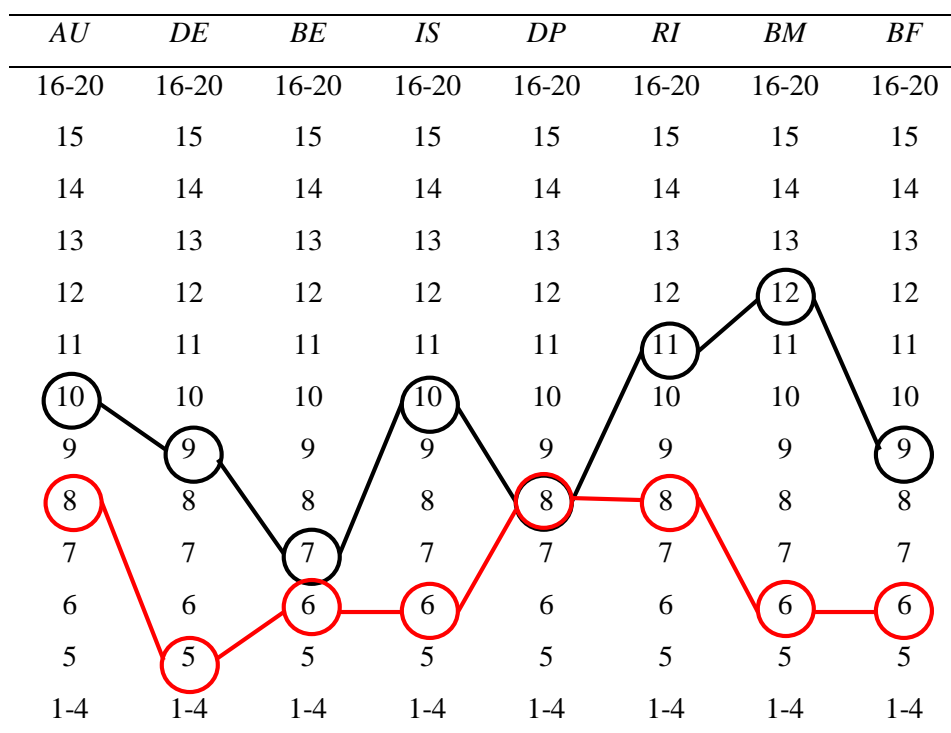
<i>AU</i>	<i>DE</i>	<i>BE</i>	<i>IS</i>	<i>DP</i>	<i>RI</i>	<i>BM</i>	<i>BF</i>
16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20
15	15	15	15	15	15	15	15
14	14	14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5
1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4

*Rojo: Percepción de la sociedad

*Negro: Auto-percepción

En cuanto a la Percepción de la sociedad sobre la Calidad de Vida en sujetos con DI vs su auto-percepción (Tabla 8) destacan las diferencias halladas entre las dimensiones de Derecho y Desarrollo Personal, donde las personas con DI puntúan más alto. Destaca también la dimensión de Relaciones Interpersonales, donde observamos una percepción más positiva por parte de la población sin DI. Aunque, en general, la percepción de la población obtiene menores puntuaciones que la que tienen los sujetos sobre DI.

Tabla 9. Percepción de la sociedad sobre la Calidad de Vida en sujetos con DI y TM vs su auto-percepción



*Rojo: Percepción de la sociedad

*Negro: Auto-percepción

En cuanto a la percepción de la sociedad sobre la Calidad de Vida en sujetos con DI y TM vs su auto-percepción (Tabla 9), resaltan como, las personas sin DI tienden a dar menores puntuaciones que las personas con DI y TM, quienes tienen una visión más positiva sobre su Calidad de Vida. Destacan las dimensiones de Derechos, Inclusión Social, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material y Bienestar físico, donde las puntuaciones de la población sin DI son más bajas. Y destaca, aunque en la otra dirección, la dimensión de desarrollo personal, donde ambos tipos de población han coincidido.

Tabla 10. Índices de Calidad de Vida y Percentiles de cada grupo

		Índice de C.V.	Percentiles
Auto-percepción	DI	92	29
	TM	97	43
Percepción social	DI	82	11
	TM	77	7

Por último, en cuanto a Índices de Calidad de Vida y Percentiles de cada grupo (Tabla 10), se observa un índice total mayor en los participantes que con DI y TM que en aquellos que no poseen un diagnóstico de TM. Al contrario que los valores obtenidos en la percepción social, donde se contempla a los sujetos con una TM y DI con una Calidad de vida menor que aquellos que solo tienen DI. Para concluir, se obtuvo que la percepción que la sociedad posee sobre la Calidad de vida de la población con DI (con o sin problemas de salud mental) es menor a la auto-percepción que ellos poseen sobre su Calidad de Vida.

DISCUSIÓN

La Discapacidad Intelectual es una condición que no posee cura y que afecta a todo el desarrollo del individuo (Novel et al., 2004). Afecta del 1,5% al 4% de la población donde de un 10% a un 50% poseen un TM asociado. Esta población, debido a las características propias de su condición, tienen más posibilidad de ver afectada su CV (Giné 2004). Afectación que se acentúa si, además, poseen problemas de Salud Mental. Dado que todas las personas aspiran a tener una CV óptima (Schalock & Verdugo, 2003) se vuelve primordial trabajar este constructo tanto por ética como con el fin de mejorar los servicios prestados en los centros que atienden a personas con DI.

La primera hipótesis que se planteaba este estudio pretendía reflejar las diferencias existentes entre la auto-percepción que posee la población con DI y la auto-percepción que posee la población con DI y TM. Donde se esperaban mayores puntuaciones en la población con DI y TM que en la población con un único diagnóstico de DI.

Tras realizar los pasos oportunos e interpretar los análisis estadísticos, se observan varianzas iguales entre las puntuaciones que presentan la población con DI y la población con DI y TM. Es decir, que no existen diferencias significativas entre las muestras. Esto puede deberse a los trastornos concretos que posee la población con DI y TM, donde predominan los diagnósticos de depresión y ansiedad. Una baja autoestima y mayor ansiedad llevarán al sujeto a percibir su bienestar de forma negativa y peligrosa.

Pero, hallamos como excepción la dimensión de *Bienestar Emocional*, donde la población con comorbilidad con un TM presenta mayores puntuaciones. Como defendían Verdugo, Schalock, Keith y Stancliffe (como se citó en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012), esto puede deberse a la baja capacidad de introspección.

La segunda hipótesis que se planteaba esta investigación trataba de estudiar las diferencias en las actitudes que presentaba la población frente a la DI y frente a la DI con problemas de salud mental asociados. Se defendía que éstas actitudes serán más positivas ante la población con DI que ante la población con DI y TM. En el estudio se confirmó la hipótesis al obtener diferencias significativas (siendo éstas mayores en *Autodeterminación* y *Relaciones Interpersonales*). La *Autodeterminación* hace referencia a aspectos relativos a la autonomía, mientras que las *Relaciones interpersonales* nos hablan sobre las relaciones sociales. La sociedad tiende a ver a las personas con problemas de salud mental menos capacitados para establecer relaciones o para desenvolverse de forma autónoma, debido a sus problemas de salud mental.

Y, por último, este estudio proponía reflejar, mediante un análisis descriptivo, las diferencias entre la auto-percepción de los sujetos con DI (con y sin comorbilidad con un TM) y la percepción social ante ellos.

Como se hipotetizó, las personas con DI, independientemente de poseer un diagnóstico de EM, presentarán mayores puntuaciones que las proporcionadas por la población sin DI:

Por un lado, en cuanto a la población con DI (en relación a la auto-percepción y la percepción social), destacan las diferencias halladas en las dimensiones de *Derecho* y *Desarrollo Personal*, donde las personas con DI presentan puntuaciones llamativamente más altas. Esto puede deberse al desconocimiento que tiene la sociedad sobre la intervención en DI, donde prima la autonomía y se busca primar siempre las metas y valores del paciente.

Ocurre lo contrario con la dimensión *Relaciones Interpersonales*, donde la percepción de la sociedad es más positiva que la que presentan los sujetos con DI. Esto refleja las limitaciones que la sociedad aplica sobre la DI, sobre todo para establecer relaciones de pareja y de amistad.

Por último, respecto a la población con DI y TM (en relación a la auto-percepción y la percepción social), hallamos una situación similar a la anterior: mayores puntuaciones en la población con DI y TM que en la percepción social. En este caso, las mayores diferencias se encuentran en las dimensiones de *Derechos*, *Inclusión Social* y *Bienestar Material*. De nuevo puede deberse a un desconocimiento de la sociedad sobre las capacidades de los sujetos con DI y/o a sujetos con una TM. Destaca la dimensión de *Desarrollo personal*, donde la auto-percepción y la percepción social coinciden en valor.

Durante el desarrollo de la investigación que buscaba contrastar las hipótesis anteriores, se han detectado una serie de limitaciones que pueden haber mermado la validez del estudio:

En primer lugar, existe una gran dificultad para **eliminar el sesgo que produce la deseabilidad social, predominante en sujetos con DI**. La población con DI posee una alta deseabilidad social, fruto de su deseo de agradar al sujeto sin DI; es decir, ser reconocido por el sujeto sin DI y sentirse un igual (Alemany, 2015). Como indica Giné (2004) no se contempla el estudio de la CV de una persona sin entrevistar a esa misma persona, por lo que se optó por defender la utilidad de las entrevistas. Y, para reducir el efecto de la deseabilidad social, de forma previa a pasar cada test, ha recordado a los participantes con DI una serie de “normas”: (1) “No hay una única respuesta correcta, todas las respuestas son correctas”. (2) “Los psicólogos a veces hablamos un poco raro, si hay algo que no entiendas, me lo dices”, (3) “Si hay algo que no quieras responder, me lo indicas. Es tu intimidad y aquí mandas tú”. Se ensayaron situaciones que ponían en práctica las normas anteriores.

En segundo lugar, **no existen una única definición de CV ni parámetros universales que fijen que supone una óptima o deficitaria CV**. Por tanto, los estudios no toman ningún objetivo como ideal sino van encaminados a definir y trabajar los indicadores (sin aspirar a un valor óptimo). Y, por último, **la**

medición del concepto de CV no abarca a las personas con DI profunda ni a aquellas que posean dificultades de comunicación. Como se ha defendido, la medición de variables subjetivas es imprescindible para obtener un valor de CV real, pero existen ciertas poblaciones de las que no se podrá obtener tal valor. Para ello sería aconsejable adaptar la escala a métodos de comunicación alternativos. Aun con estas limitaciones, la investigación llevada a cabo permite conocer cómo está la situación actual en el campo de la DI y su calidad de vida. Concepto que, como se ha mencionado anteriormente, posee una gran importancia en la intervención. Será, a través de este concepto, como se establezcan los servicios y se evalúe su calidad.

Por tanto, con los resultados obtenidos, resulta evidente el gran trabajo que queda pendiente en el campo de la sensibilización y concienciación. La sociedad desconoce muchos aspectos relativos a la DI y se guía por prejuicios y estigmas. Dada la importancia que posee su percepción sobre la integración e inclusión de población con DI, se hace necesario un trabajo mayor para la concienciación. Del mismo modo ocurre con la DI y TM, aspecto rodeado de estigmas y prejuicios.

Por otro lado, esta investigación quiere destacar a centros y servicios qué aspectos de la CV en personas con DI y en personas con DI y TM deberían tener un trabajo más profundo. Como es el caso de las *Relaciones Interpersonales* en población con DI y el *Bienestar Emocional* en población con DI y TM (Puntuaciones estándar más bajas).

Con todo ello se busca mejorar las condiciones de vida de la población con DI, trabajando tanto con su percepción, como con la percepción de la sociedad (que repercutirá en su inclusión).

Existen múltiples estudios sobre la DI y sobre el concepto de CV. A pesar de ello, siguen sin tenerse datos exactos sobre la prevalencia de la DI, de un TM en DI o sobre los valores óptimos de la CV. Es por ello que se considera recomendable, como futura línea de investigación, abordarlo. En especial, trabajar para alcanzar un acuerdo sobre qué se considera CV óptima, para poder valorar la eficacia de un servicio y la situación de un paciente.

REFERENCIAS

- Alemaný, A. (2015, septiembre). *Prevención, detección e intervención en casos de abuso a personas con discapacidad intelectual*. Ponencia presentada ante la Fundación Carmen Pardo-Valcarce en Madrid, España.
- Alonso, F., Carratalá, A., Fandiño, C. O., Ferrer, C., Flores, M., ... Vega, B. (s.f.). En J. Tamarit (coord.), II Foro del Movimiento Asociativo FEAPS. Auditorio Príncipe Felipe, Oviedo.
- Amor Pan, J. R. (2007). *Ética y Discapacidad Intelectual* (pp. 30-60). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Coles, S. & Scior, K. (2012). Public Attitudes towards People with Intellectual Disabilities: A Qualitative Comparison of White British & South Asian People. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25, 177-188. doi: 10.1111/j.1468-3148.2011.00655.x.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35. doi: 10.1192/bjp.bp.106.022483.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L., Williamson, A., ... Morrison, J. (2007). The Prevalence, Incidence, and Factor Predictive of Mental Ill-Health in Adults with Profound Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 493-501.
- FEAPS et al. (2007). *Trastornos de la Salud Mental en las Personas con Discapacidad Intelectual. Declaración FEAPS e informe Técnico*. Madrid: IPACSA.
- García, I. (2005). Concepto actual de discapacidad Intelectual. *Intervención psicosocial*, 14, 255-276.
- Giné, C. (2004). Servicios y Calidad de Vida para las personas con Discapacidad Intelectual. *Siglo cero*, 35 (2), 18-28.
- Márquez-Caraveo, M. E., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L. & Galván-García, C. S. (2011). *Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual*. *Salud Mental*, 34 (5), 443-449.
- Martorell, A. (2011). *La salud mental en la Discapacidad Intelectual. Un recorrido de interrelaciones*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

- Novell, R., Rueda, P., Salvador, L. & Forgas, E. (2004). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: Colección FEAPS.
- Salvador-Carulla, L., Rodríguez, C. & Rodríguez-Blázquez, C. (2001). *Mentes en desventaja: la discapacidad intelectual*. Barcelona: Océano.
- Schalock, R. & Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con Discapacidad Intelectual. *Siglo cero*, 38 (4), 21-36.
- Schalock, R. & Verdugo, M. A. (2003). *Manual para profesionales de la educación, salud y Servicios Sociales [Calidad de Vida]*. Madrid: Alianza.
- Smiley, E., Cooper, S. A., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L., Mantry, D., ... Morrison, J. (2007). Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 191, 313-319. doi: 10. 1192/bjp.bp.E06.031104.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D. & Tamarit, J. (2013). *Escala INICO-FEAPS. Evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Clavero, D. & Tamarit, J. (2013). Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo: la escala INICO-FEAPS. *Siglo cero*, 44 (3), 6-20.
- Verdugo, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo cero*, 32 (1), 5-19.
- Verdugo, M. A. & Martín, M. (2002). Autodeterminación y Calidad de Vida en Salud Mental: Dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25 (4), 68-77.
- Verdugo, M. A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del Retraso Mental: Una nueva definición de la AAMR. *Siglo cero*, 153, 5-24.
- Urzúa A. M. & Caqueo-Irizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71.