

Trabajo Fin de Grado

Indicadores de valoración de los recursos sociales que trabajan con la discapacidad intelectual en Zaragoza. Un instrumento para su mejora

Evaluation indicators for social resources with work on intellectual disability in Zaragoza. An instrument for its improvement

Autor/es

Alejandro Blasco Blasco

Carlos Castellón Sánchez

Director/es

Esperanza García Úceda

Agradecimientos

Queremos agradecer la estrecha colaboración de los diferentes profesionales que de forma voluntaria y comprometida han formado parte de nuestro panel de expertos.

También agradecemos a todas aquellas personas, profesores de la Universidad de Zaragoza, familiares y amigos, que nos han acompañado, nos han orientado y nos han animado en todo este proceso de investigación para realizar nuestro Trabajo de Fin de Grado. En especial, destacamos y agradecemos el trabajo e implicación de nuestra tutora Esperanza García Uceda.

Índice:

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Planteamiento y diseño de la investigación | 3 |
| 2.1. Objetivos | 3 |
| 2.2. Población y ámbito geográfico..... | 4 |
| 3. Marco teórico | 5 |
| 3.1. El camino de la “deficiencia mental” hasta la “diversidad funcional” | 5 |
| 3.2. Evolución de los criterios de clasificación de la discapacidad intelectual. | 7 |
| 3.3. Papel del trabajador social con las personas con discapacidad intelectual | 10 |
| 3.4. Recursos sociales para la discapacidad intelectual..... | 12 |
| 4. Metodología | 15 |
| 4.1. Características de la investigación | 15 |
| 4.2. Técnicas empleadas | 16 |
| 4.2.1. Técnicas de investigación cuantitativa | 16 |
| 4.2.2 Técnicas de investigación cualitativa | 17 |
| 4.3. Proceso de la investigación | 19 |
| 4.3.1. Fase previa al método Delphi | 19 |
| 4.3.2. Fases del método Delphi. | 20 |
| 5. Análisis..... | 27 |
| 5.1. Valoraciones medias consensuadas por los expertos..... | 27 |
| 6. Conclusiones..... | 35 |
| 7. Bibliografía | 37 |
| 8. Anexos | 41 |
| Anexo 1. Guion de entrevista | 41 |
| Anexo 2. Entrevista 1 | 42 |
| Anexo 3. Entrevista 2 | 44 |
| Anexo 4. Correo informativo a los profesionales | 45 |
| Anexo 5. Primer cuestionario a los panelistas | 47 |
| Anexo 6. Segundo cuestionario a los panelistas..... | 48 |
| Anexo 7. Tercer cuestionario a los panelistas..... | 49 |

Índice de tablas:

| | |
|---|----|
| TABLA 1. VARIABLES DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO..... | 4 |
| TABLA 2. GRADOS DE EVALUACIÓN SEGÚN DSM I..... | 7 |
| TABLA 3. GRADOS DE EVALUACIÓN SEGÚN DSM II..... | 8 |
| TABLA 4. GRADOS DE EVALUACIÓN SEGÚN DSM III..... | 8 |
| TABLA 5. GRADOS DE EVALUACIÓN SEGÚN EL DSM IV..... | 9 |
| TABLA 6. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE Y MODERADA SEGÚN DEL DSM V..... | 9 |
| TABLA 7. COMPONENTES DEL PANEL DE EXPERTOS..... | 21 |
| TABLA 8. INDICADORES DE LOS EXPERTOS. | 23 |

Índice de ilustraciones:

| | |
|--|----|
| ILUSTRACIÓN 1. FASES DEL MÉTODO DELPHI | 20 |
| ILUSTRACIÓN 2. COMPARATIVA DE PROMEDIOS ENTRE LA 2ª Y 3ª VUELTA..... | 27 |
| ILUSTRACIÓN 3. DIAGRAMAS DE CAJAS 2ª Y 3ª VUELTA..... | 31 |

Resumen

A modo de síntesis, esta investigación busca obtener indicadores de valoración para los recursos sociales que están focalizados en la intervención con usuarios con discapacidad intelectual en los grados leve y moderado en Zaragoza capital. Se van a obtener con el uso de la metodología Delphi. Dicha metodología precisa de la colaboración de un panel de expertos en la materia, quienes a través de su experiencia, van a generar conocimiento que mejorará los propios recursos y, por lo tanto, van a incidir directamente, en la mejora de la calidad de vida de los usuarios y sus familias. El trabajo ofrece un análisis de las puntuaciones y nivel de consenso alcanzado por los panelistas expertos y concluye con la aportación de los propios indicadores.

Términos clave:

Discapacidad intelectual, Método Delphi, Panel de expertos, Indicadores, Recursos sociales.

Abstract

The present paper aims at obtaining evaluation indicators for the social resources focused on the intervention with users with mild and moderate degrees of intellectual disability in Zaragoza. They will be obtained by means of the Delphi method. This technique requires close collaboration with a panel of experts in the field, who will make use of their experience to generate knowledge in order to improve those resources and, consequently, will directly influence the improvement of the quality of life of the users and their families. This project offers an analysis of the scores and of the level of consensus reached by the experts, finishing with the presentation of the resulting indicators.

Keywords:

Intellectual disability, Delphi method, experts panel, Indicators, Social resources

1. Introducción

Este trabajo se centra en el ámbito de la discapacidad, más concretamente en el colectivo de personas con discapacidad intelectual. En la comunidad autónoma de Aragón, en el año 2014, este grupo alcanzaba una cifra de 5.000 personas según datos del Instituto Nacional de Estadística (a partir de ahora nombrado INE)¹. Datos que reflejan el gran número de personas afectadas por este tipo de discapacidad e invitan a reflexionar acerca de su relevancia en la sociedad. Históricamente esta colectividad, ha sufrido discriminación y falta de visibilidad social, hechos que han generado que dispongan de mayores dificultades en los ámbitos laboral, educativo, afectivo y social. Como consecuencia de estos hechos, poseen una serie de necesidades sociales añadidas que les dificulta acceder de forma equitativa a las mismas posibilidades en la sociedad.

Pese a ello, en los últimos años se ha producido un cambio de visión hacia este grupo, proceso en el que han contribuido numerosos agentes, tanto del ámbito político como del ámbito laboral y del social. Es en este proceso en el que se destaca la labor de los profesionales del trabajo social, quienes tienen como objeto de la disciplina atender el malestar psicosocial de las personas. Esta atención se amplía a todos los factores de su vida cotidiana, atendiendo a sus necesidades: facilitando la inserción laboral, favoreciendo una formación educativa equitativa y luchando para que no se vean discriminados en ningún ámbito por el hecho de tener una discapacidad.

En la actualidad, se han alcanzado grandes mejoras en su bienestar social, sin embargo, se puede comprobar como las connotaciones negativas y prejuicios hacia las personas con discapacidad intelectual siguen presentes en nuestra sociedad. Todavía queda un largo camino para conseguir una inclusión social completa.

Justificación del tema

Los autores de esta investigación se han sentido fuertemente motivados por trabajar el tema de la discapacidad intelectual (a partir de ahora nombrado DI), atraídos por ser un ámbito ampliamente gratificante en el trabajo cotidiano como trabajadores sociales. Sus labores les llevan a mantener una plena participación con los usuarios, su familia y otros profesionales que contribuye al bienestar personal de los usuarios. La atención a este colectivo se realiza de forma multidisciplinar, y es necesaria una coordinación externa permanente con otros recursos.

Cabe destacar que en la experiencia de los autores en el marco académico, la DI es un tema desconocido que requiere de conocimiento científico que contribuya a transformar la sociedad y sus modos de vida. Los mismos constatan que en el plan de estudios del Grado en Trabajo Social que se imparte en la facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, de la Universidad de Zaragoza, no hay ninguna asignatura que se focalice en este colectivo con objeto de analizar sus singularidades y potencialidades. Se puede decir que su comprensión se

¹ Información extraída de <http://www.ine.es>

va generando de forma transversal y complementaria a través de las diferentes asignaturas del propio plan de estudios.

Por ello, los autores decidieron realizar esta investigación, contribuyendo a generar conocimiento analizando minuciosamente el entorno que trabaja con este colectivo e identificando niveles de mejora en su atención. Con este trabajo se persigue ofrecer una oportunidad de mejora a las instituciones que trabajan con este colectivo, ya sean públicos o privados. Es decir, se busca ofrecer una herramienta que ayude a mejorar los servicios que prestan estas instituciones, implicando tanto a los encargados de gestionar y tomar decisiones estratégicas de los recursos, como a los trabajadores que desarrollan su actividad de manera directa con los usuarios y familias.

Por último, indicar que los numerosos cambios sociales acerca de la concienciación social e integración de este colectivo no han quedado reflejados en términos legislativos. Tras una seria revisión de la documentación existente, se observa que la legislación vigente en Aragón, en materia de condiciones de los Servicios Sociales, está obsoleta. Lo que conlleva que sean los propios centros los encargados de innovar y mejorar en la atención de sus usuarios.

Objeto de estudio

Este trabajo pretende configurar una herramienta de mejora, que permita valorar si en los actuales recursos que trabajan con las personas con DI en Zaragoza capital, tanto públicos como privados, se lleva a cabo una completa atención del usuario, así como de su entorno. O por el contrario, valorar si el actual sistema presenta importantes deficiencias. Todo ello lleva a situar este trabajo en la modalidad de "Investigación Social". Es decir, no procura estudiar individualmente el proceso de organización y actuación de cada uno de los recursos

La falta de conocimiento en esta materia, ha llevado a utilizar una metodología que permite su desarrollo sobre contenidos difíciles o novedosos, el método Delphi (Lannoy y Procaccia, 2001). Se basa en un proceso sistemático e iterativo que obteniendo opiniones (juicios de valor) de una serie de expertos anónimos logra su consenso aplicando una serie de cuestionarios con retroalimentación controlada (Landeta, 1999). Con esta metodología se van a identificar los indicadores que permitan valorar la adecuación y atención plena de las necesidades de las personas con DI, en los centros que los atienden.

Este estudio para su correcto desarrollo, ha precisado delimitar el ámbito geográfico como el de la población atendida. Centrándose en los recursos existentes que en la capital de Zaragoza que atienden a usuarios con discapacidad intelectual leve y moderada.

2. Planteamiento y diseño de la investigación

2.1. Objetivos

Este trabajo busca aportar un instrumento de medida que mejore el uso y selección de recursos sociales que trabajan con personas con DI, cubriendo de una forma óptima las necesidades de los usuarios y sus familias. Con ello, se conseguirá una mejor adaptación al entorno.

Así el objetivo general consiste en: identificar indicadores de valoración de los recursos sociales destinados a las personas con discapacidad intelectual (leve y moderada) en Zaragoza capital.

A continuación, se exponen los objetivos específicos de la investigación que mantienen una lógica vertical con el objetivo general y conducen los pasos de la investigación:

En primer lugar, realizar una revisión teórica sobre el estado de la investigación de la discapacidad intelectual y sus recursos.

En segundo lugar, identificar los miembros idóneos para la configuración del panel de expertos, en materia de discapacidad intelectual.

En tercer lugar, generar conocimiento a través del consenso de los panelistas, que permita identificar un conjunto de indicadores de valoración, útiles para su inmediata implementación.

2.2. Población y ámbito geográfico

La investigación tiene como fin la mejora de las organizaciones que trabajan con la discapacidad intelectual, a través de la identificación de indicadores con los que se puedan valorar los actuales recursos destinados a su atención y diseñar e implementar mejoras en los mismos. Para llevar a cabo esta investigación se delimitó tanto la población objeto de estudio, en cuanto a sus grados de discapacidad, como el ámbito geográfico.

Tabla 1. Variables de la población objeto de estudio.

| | Grado de Discapacidad | Tipología del recurso | Titularidad del recurso | Labor profesional de los miembros del panel de |
|-----------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---|
| Variables | Leve | Centro ocupacional | Pública | Gerencia |
| | Moderada | Residencia | Privada | Coordinador/coordinadora |
| | | | | Profesional de intervención directa (trabajador/a social) |

Elaboración propia

Esta investigación, por un lado, geográficamente, se enmarca dentro de la Comunidad Autónoma de Aragón, en Zaragoza capital. El estudio de campo se ha llevado a cabo con la colaboración de los miembros del panel de expertos residentes en la ciudad. Con el fin de obtener una visión holística, los expertos desempeñan diferentes cargos dentro de las organizaciones. Información especificada en la Tabla 7.

Por otro lado, la población objeto de estudio, se centra en los dos primeros grados de discapacidad intelectual, leve y moderada. Tras la revisión de datos estadísticos se han escogido por ser el colectivo más numeroso dentro de la DI, según datos del INE².

Además, el estudio se ha centrado en dos tipos de recursos sociales de intervención directa con el colectivo, las residencias y los centros ocupacionales. Ello se debe a que en la página web del Gobierno de Aragón³, en el área de discapacidad se indica que los recursos que atienden la discapacidad intelectual son: “Residencias para Personas con Discapacidad Intelectual”, “Centros Ocupacionales” y “Centros de día para Personas con Discapacidad Intelectual”. Sin embargo, los centros de día no están dirigidos a discapacitados intelectuales, leves o moderados, salvo que estén en situación de dependencia.

Por todo ello, la población objeto de estudio en esta investigación queda definida como:

- Población directa: El panel de expertos en materia de recursos existentes para personas con DI leve y moderada.
- Población indirecta: Centros ocupacionales y Residencias existentes en Zaragoza capital que intervienen con personas con DI leve y moderada.

² Información extraída de <http://www.ine.es>

³ Información extraída de <http://www.aragon.es/iass>

3. Marco teórico

Este apartado se estructura en diferentes epígrafes, los cuales hacen referencia a aspectos claves para la investigación.

Un primer enunciado, hace referencia a la evolución que ha sufrido el término “discapacidad intelectual” a lo largo de la historia. Desde las terminologías peyorativas y discriminatorias, hasta aquellas que fomentan la integración social.

En el siguiente, se realiza una síntesis de la evolución del método de diagnóstico y clasificación del grado de DI, fundamentados a partir de las diferentes ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

El tercer apartado busca justificar y explicar la importancia que tiene el trabajador social en el área de discapacidad y en concreto de la DI. Siendo un actor clave que participa en el proceso, interviniendo tanto con los usuarios, con sus familias, así como con la sociedad en general.

Por último, una breve explicación de las tipologías de centros que se encargan de atender a las personas con DI desde los Servicios Sociales, en concreto los grados de discapacidad intelectual leve y moderada, ya que son estos, el objeto de estudio de la investigación. Apartado en el que se destaca la necesidad imperiosa que poseen los Servicios Sociales de mejora continua en la prestación de sus servicios.

3.1. El camino de la “deficiencia mental” hasta la “diversidad funcional”

Desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (a partir de ahora nombrado DSM), en sus diferentes ediciones, se puede observar una evolución de los términos que se utilizan para hablar de este tipo de discapacidad. Aunque no es hasta su quinta edición, cuando se empieza a usar el término que se ha empleado en la investigación, “discapacidad intelectual”.

Este manual (DSM) se utiliza para conocer el proceso evolutivo del término. Donde en sus primeras ediciones, se utilizan términos que hoy en día se consideran despectivos y que en su momento estaban socialmente aceptados, incluso por la comunidad científica. Según De la Cuadra (2014), el uso de estos términos anteriormente “no era despectivo y mucho menos un insulto”.

Comenzando con la primera edición, en ella encontramos que a las personas con DI se les denomina “*Mental Deficiencies*” (*American psychiatric association, 1952*), que se traduce al castellano como “Deficiente Mental”, término que actualmente denota un carácter de inferioridad hacia este colectivo. Es preciso señalar que en las tres siguientes ediciones, se utiliza una terminología del mismo carácter, que hace ver a las personas con DI como un colectivo no incluido en la generalidad de la sociedad.

Esta terminología actualmente desfasada, se fundamenta en un “modelo rehabilitador” en la intervención con este colectivo. Un modelo que busca su “normalización y rehabilitación”. Desde esta perspectiva, este colectivo solamente pueden considerarse plenamente integrado en función del éxito de esta rehabilitación (Romañach & Palacios, 2007)

El siguiente paso evolutivo del término es el más extendido en la actualidad: “discapacidad intelectual”. El mismo es adoptado y utilizado tanto en el DSM V (2013) como por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (2011).

Esta asociación americana en 2011 define la enfermedad como:

“un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” (Asociación americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo AAIDD, 2011)

Además, contempla estas cinco premisas:

- 1ª Premisa. “Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.”
- 2ª Premisa. “Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.”
- 3ª Premisa. “En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con habilidades.”
- 4ª Premisa. “Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.”
- 5ª Premisa. “Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará.”

Esta nueva nomenclatura aunque no posee un carácter tan despectivo como las anteriores, sigue conservando un carácter despectivo y limitante, que juega un rol determinante a la hora de minusvalorar a este colectivo, aumentando los niveles de discriminación (Romañach & Lobato, 2005). Incluso la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las mujeres y hombres con discapacidad, mantiene esta terminología peyorativa y “no hace ningún esfuerzo por modificarla.” (Romañach y Lobato (2005, pág. 2).

Es necesario destacar la existencia de un nuevo término con el que referirse a este colectivo que aleja de toda connotación que denota desprecio y/o burla hacia las personas con DI y es el de “diversidad funcional”.

Este término potencia un “modelo social”, que aleja a este colectivo del “modelo médico” y presenta a la persona con discapacidad como:

“Persona diferente, como una persona biológicamente imperfecta que hay que rehabilitar y “arreglar” para restaurar unos teóricos patrones de “normalidad” que nunca han existido, que no existen y que en el futuro es poco probable que existan precisamente debido a los avances médicos” (Romañach & Lobato, 2005, pág. 3).

Tal y como se aprecia en las normativas tanto estatales como autonómicas en España, es a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando empieza a cambiar la concepción de la discapacidad, así como su tratamiento terapéutico, que anteriormente sólo se abordaban desde el ámbito exclusivamente sanitario. Con el cambio de concepción anteriormente nombrado, se empieza a valorar el conocimiento de la realidad social del paciente haciendo hincapié en un “modelo social”, así como de los recursos externos, tanto familiares como sociales de los que dispone. (Romañach & Lobato, 2005)

Se impone paulatinamente un cambio de percepción de la enfermedad, modificando la concepción más biológica dando cabida a una visión más amplia y globalizadora. Entendiendo la salud como un compendio de bienestar en todos los ámbitos, acercándose más a una visión biopsicosocial de la misma. Esto hace referencia a la transformación del modelo rehabilitador a un modelo más enfocado en lo social.

3.2. Evolución de los criterios de clasificación de la discapacidad intelectual.

Este apartado recoge como la clasificación de la DI ha ido evolucionando basándose en las diferentes ediciones del DSM.

En un primer momento posee un carácter objetivo, basándose en criterios cuantitativos, obtenidos a través del coeficiente intelectual (a partir de ahora nombrado CI), sin embargo, el método de clasificación evoluciona hacia una perspectiva subjetiva e individualizada, atendiendo a criterios no solo evaluables a partir del CI, sino también atendiendo a criterios sociales.

En las diferentes ediciones del DSM, los grados de DI se definen en función de diferentes baremos. En las primeras tres primeras ediciones se hace uso únicamente del CI, en la cuarta edición deja de ser el CI el único criterio a valorar, agregando la disposición de dos o más alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa posteriormente citados. En la última edición, se valora la escala de gravedad en función de tres dominios dejando a un lado el CI. Los tres dominios utilizados son: el conceptual, el social y el práctico. (*American psychiatric association, 2013*)

En la primera edición del DSM (1952), se establece una división en tres niveles (leve, moderado y severo) (Tabla 2).

Tabla 2. Grados de evaluación según DSM I

| Tipo de grado | Nivel de coeficiente intelectual |
|---------------|----------------------------------|
| Leve | 70-85 |
| Moderado | 50-70 |
| Severo | < 50 |

Elaboración propia. A partir del (American psychiatric association, 1952).

En su segunda edición, DSM II (1968), se incorporan dos grados más, que en la primera edición estos son: el profundo y el límite (Tabla 3).

Tabla 3. Grados de evaluación según DSM II

| Tipo de grado | Nivel de coeficiente intelectual |
|---------------|----------------------------------|
| Límite | 68-85 |
| Leve | 52-67 |
| Moderado | 36-51 |
| Severo | 20-35 |
| Profundo | < 20 |

Elaboración propia. A partir del (American psychiatric association, 1968)

En su tercera edición, DSM III (1980), es la última edición que calcula únicamente con el nivel de CI la valoración de la DI. En cuanto a los grados de DI dispone de uno menos (Tabla 4).

Además, en su segunda, tercera y cuarta edición; DSM II (1968), DSM III (1980) y DSM IV (1994) se incorpora otro grupo denominado “retraso mental no especificado”. Con este criterio se congregan aquellas personas que no son capaces de ser evaluadas por una prueba de CI, pero muestran una clara “subnormalidad”, término incorporado por la segunda edición (DSM II, 1968)

Tabla 4. Grados de evaluación según DSM III

| Tipo de grado | Nivel de coeficiente inteligencia |
|---------------|-----------------------------------|
| Leve | 50-70 |
| Moderado | 35-49 |
| Severo | 20-34 |
| Profundo | < 20 |

Elaboración propia. Fuente (American psychiatric association, 1980)

En la cuarta edición, DSM IV (1994), se especifica los criterios adicionales al CI e incorporados al diagnóstico de lo que denominaban “retraso mental”:

1. *Capacidad intelectual se evalúa según su coeficiente intelectual.*
2. *Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual, que debe afectar a por lo menos dos de las siguientes áreas: “comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.” (American psychiatric association, 1994)*
3. *Además, especifica que el inicio es anterior a los 18 años.*

Tabla 5. Grados de evaluación según el DSM IV

| Tipos de grado | Grado de Coeficiente Intelectual |
|----------------|----------------------------------|
| Leve | Más de 50-55 |
| Moderado | Entre 35-40 a 50-55 |
| Grave | Entre 20-25 a 35-40 |
| Profundo | < de 20-25 |

Elaboración propia. Fuente (American psychiatric association, 1994)

Acabando con una valoración objetiva y cuantificable, la última edición, DSM V (2013), establece tres criterios que determinan la DI.

- Deficiencias de las funciones intelectuales.
- Deficiencias del comportamiento adaptativo: En el cual, se tienen en cuenta 3 dominios: Conceptual, social y práctico, a través de la valoración de estos dominios se determina el grado de discapacidad.
- Inicio del trastorno durante el periodo de desarrollo.

Tabla 6. Valoración de la discapacidad intelectual leve y moderada según del DSM V

| | |
|--|--|
| Déficit de las funciones intelectuales | <ul style="list-style-type: none"> • Razonamiento • Planificación • Resolución de problemas • Pensamiento abstracto • Juicio • Aprendizaje académico • Aprendizaje a partir de la experiencia |
| Déficit del comportamiento adaptativo | <p>Conceptual</p> <p>Comprende dificultades en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aptitudes académicas <ul style="list-style-type: none"> • Lectura • Escritura • Aritmética ✓ Pensamiento abstracto (presente en los adultos) <ul style="list-style-type: none"> • Planificación • Determinar prioridades |
| | <p>Social</p> <p>Comprende dificultades en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sociales • Regulación de emociones • Comportamiento apropiado • Juicio social • Habilidades comunicación |
| | <p>Práctico</p> <p>Apoyo y un periodo largo de aprendizaje para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado personal • Organización del ocio • Administración del dinero • Organización domestica • Decisiones del cuidado de la salud y legales |

Elaboración propia a partir de (American psychiatric association, 2013)

3.3. Papel del trabajador social con las personas con discapacidad intelectual

En este apartado se explican las funciones que tiene el trabajador social para atender a las personas con DI con objeto de dar respuesta a sus necesidades.

El trabajo social tiene como objeto atender el malestar psicosocial de los individuos, que se ordena según su génesis y su vivienda. (Zamanillo & Gaitán, 1991). Este malestar psicosocial que Miguel Miranda (2013) destaca como el concepto clave que engloba los factores de carácter individual y social.

La Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASW) adopta la siguiente definición de la profesión del Trabajo Social:

“El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.” (Consejo general del trabajo social, 2017)

El trabajador social resulta ser un profesional esencial en el proceso de inserción social de diferentes colectivos y desarrolla un trabajo en las variadas áreas de intervención de la misma (De Lorenzo, 2007). Este trabajo lo lleva a cabo junto a un equipo multidisciplinar de profesionales: trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, entre otros, sobre todo en su intervención con el colectivo de la discapacidad. Esta actuación multidisciplinar es necesaria para poder abordar de manera integral la gran complejidad presente en cada una de las problemáticas que atiende. Se entiende, como una forma de abordar los problemas que se presentan, mediante el diálogo y la cooperación de diferentes disciplinas. (Solana, 2016)

El trabajador social, en la intervención con la población con discapacidad, tiene como principales áreas de actuación la lucha contra la discriminación que sufre este colectivo y su mejora en la autonomía personal. Es en esta área en la que más se invierte con objeto de adaptar las instituciones a las necesidades de los usuarios con discapacidad (De Lorenzo, 2007)

Las instituciones deben de servir como complemento en el día a día de los usuarios. Su objetivo debe de ser proporcionar un mayor nivel de autonomía personal, tal y como se recoge en la Ley 5/2009 de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón, en el artículo 2 de las disposiciones generales del preámbulo. La cual expresa textualmente: “Promover la autonomía personal y familiar y de los grupos, a través del desarrollo de sus capacidades.”

A continuación, se comentan las dos perspectivas de intervención del Trabajo Social con los usuarios que presentan discapacidad: la Intervención Directa y la Intervención Indirecta. (De Lorenzo, 2007)

La intervención directa, “incluye actividades que precisan de un contacto personal entre el profesional y el sistema del cliente (individuo, familia o grupo)” (Miranda, 2013, pág. 189). Es efectuada por el trabajador social desde el primer contacto, siendo este el encargado de su intervención social. Su labor consiste en recoger información a través de la escucha activa, para realizar posteriormente una valoración de su situación tanto personal, familiar, laboral, como social, y así como detectar y concretar sus necesidades sociales.

“En personas con discapacidad, la labor del Trabajador Social consiste en ayudar a mejorar las posibilidades de existir en conseguir una mayor autonomía personal. El profesional tiene que tener un papel esencial tanto en la orientación, mediador familiar, así como acompañante en todo el proceso” (De Lorenzo, 2007, pág. 371).

Por otro lado, la intervención indirecta se basa en el desarrollo de “actividades de estudio, análisis, sistematización, planificación, evaluación, coordinación y supervisión” (Miranda, 2013, p. 189). Este tipo de intervención, aunque no requiere el contacto con el usuario resulta de igual importancia.

La intervención atañe a profesionales del trabajo social, tanto de forma directa como personal desarrollando las funciones propias como realizando tareas de coordinación e incluso de gerencia (Miranda, 2013). Por ello, los profesionales que componen el panel de expertos de esta investigación, quienes o bien desempeñan labores de gerencia, o de coordinación o son trabajadores sociales que intervienen de manera directa con los usuarios.

Cabrera (2005), se centra en las necesidades presentes de las personas con DI y explica como desde la sociedad se ha producido una exclusión hacia este colectivo, especialmente en un tema que dicta la integración social de las personas, el mundo laboral.

El ámbito laboral se ha convertido en una gran barrera a lo largo de la historia para las personas con DI. A finales del siglo XX, se produjo un cambio en su integración laboral. Desde el Trabajo Social, se ha luchado para que este colectivo esté normalizado en el entorno profesional. Para ello, se diseñan e implementan proyectos donde las personas con DI adquieran relevancia y se conviertan en protagonistas. Un ejemplo son la ideación y puesta en marcha de los centros especiales de empleo, una plataforma facilitadora de la integración social de estas personas.

Sin embargo, el proceso de inserción laboral plena no es la única problemática a la que se enfrentan las personas con DI. Estudios recientes indican que los usuarios necesitan integrarse en la sociedad, mejorar su autonomía personal, no sentirse diferentes o solos y disponer de más actividades de ocio y tiempo libre. Así como, disponer de un trabajo. Sus familias hacen hincapié en la necesidad de ser formadas y recibir asesoramiento. (Atades, 2013)

El Observatorio de la discapacidad (2003), en su estudio sobre la población con inteligencia “límite o ligera”, destaca una serie de necesidades y demandas, las cuales son abordadas desde la disciplina del trabajo social. Estas son: prevención, mundo laboral, bienestar profesional, familia, ocio y tiempo libre y por último el camino hacia la edad madura y la jubilación.

Todas ellas son fundamentales para conseguir una plena integración social y para paliar y subsanar la exclusión social por lo que requieren de una intervención por parte de los profesionales del trabajo social.

3.4. Recursos sociales para la discapacidad intelectual

Para hablar de los recursos sociales que se utilizan para el trabajo con personas con DI en Aragón, es necesario nombrar el Decreto 143/2011, de 14 de Junio, del Gobierno de Aragón, en el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón. En él se establece una tipología de establecimientos de los Servicios Sociales, su función y características, además de concretar quienes son los beneficiarios directos. Por ello, se ha utilizado como referencia en este estudio.

En él se pueden observar un listado de centros en función de la atención que estos proporcionan. Según el IASS⁴ solo prestan servicios de forma especializada a personas con DI, las residencias, los centros ocupacionales y los centros de día. Sin embargo, los centros de día no están dirigidos a discapacitados intelectuales leves o moderados, salvo que estén en situación de dependencia.

Por ello, tras este análisis documental y las entrevistas realizadas a dos profesionales del ámbito de la DI, la tipología de centros objeto de esta investigación debe ser:

a. Las residencias, que según el Decreto 143/2011, se enmarcan dentro de los centros de atención residencial como el domicilio de las personas. Tal y como expresa el decreto “están específicamente diseñados para facilitar la convivencia y la integración social y adaptados para permitir el desarrollo de las prestaciones de servicio a las que estén destinados”.

El objeto de estas según este decreto, es ofrecer una “atención continuada durante 24 horas, con presencia física de personal”. Este personal debe de poseer cualificación adecuada. Además, las instalaciones deben de disponer de unos servicios apropiados para los usuarios, ya que es el recurso alternativo al domicilio particular.

b. Los Centros Ocupacionales se encuadran dentro de los “Centros de atención intensiva” en base a este decreto. Son establecimientos que ofrecen una atención durante un tiempo parcial, pudiendo mantener al usuario en su domicilio habitual, favoreciendo su autonomía. Estos deben de tener “espacios físicos y elementos necesarios para proporcionar una atención diurna e integral”.

En ellos se desarrollan actividades que se asemejan al entorno laboral, pudiendo ser un nexo de inserción laboral.

Por último, hacer referencia al Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón. En el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados. Los profesionales del panel de expertos, explicaban que los centros ocupacionales no están contemplados en la tipología de

⁴ Información extraída de <http://www.aragon.es/iass>

establecimientos dentro de este decreto como tal. Además los requisitos que establece están obsoletos tras la comprobación del análisis documental, y las entrevistas en profundidad.

3.4.1 La calidad en los Servicios Sociales

El objetivo de esta investigación se entiende como una contribución en la búsqueda de mejorar los Servicios Sociales que trabajan con la discapacidad intelectual leve y moderada. Los indicadores que se persigue obtener permiten valorar a las organizaciones, comprobando si el trabajo que desempeñan es el adecuado o, si por el contrario, se debe de llevar a cabo algún cambio.

La Asociación de Academias de Lengua Española (2017) define la calidad como:

- “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.”
- “Buena calidad, superioridad o excelencia.”
- “Condición o requisito que se pone en un contrato.”

Sin embargo, si cuando se habla de calidad en los servicios sociales, uno se debe desprender de la idea preconcebida de los procesos que atienden a las cualidades o requisitos que deben poseer los productos o servicios⁵ y entenderlo como una cultura que influye en todos los aspectos de la organización. Es decir, la calidad no recae únicamente en el producto o servicio, afecta a los valores, comportamientos, códigos, etc. de toda la entidad. (Barriga Martín, 2000).

Todo ello, hace ver la calidad como una cultura que favorece el “avance en el análisis de las modalidades organizativas más eficaces, sistemas de gestión de la calidad, etc.” (Salvador Pedraza, 2000). La calidad se vincula tanto a la estructura de la organización como a la intervención de los profesionales con el fin de satisfacer a los usuarios y mejorar su calidad de vida. (Sánchez & Sánchez, 2003)

La gran relevancia que supone la calidad en los servicios sociales se plasma también en la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. El cual dispone de todo un apartado (título VII) centrado en la “Calidad de los Servicios Sociales”. En él, se puede ver cómo se desarrollan diferentes programas (artículo 63 de la Ley 5/2009) con los que establecer unos requisitos y sistemas de mejora en las actividades o prestaciones. Los más conocidos son: las “guías de buenas prácticas”, las “cartas de servicio”, “Mecanismos de tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones de las personas usuarias o de mediación o arbitraje” y “Formación continua de los profesionales del sistema y su participación en el diseño de los procesos de mejora.

⁵ Al cual se hace referencia en la primera definición de la Asociación de Academias de Lengua Española, 2017

4. Metodología

En este apartado se exponen las herramientas y estrategias utilizadas durante la investigación. El objeto de esta es exponer el proceso que se ha llevado a cabo durante la investigación, para ello se describe la metodología utilizada y sus principales características, las técnicas utilizadas, y el proceso de actuación.

Cabe destacar la relevancia que posee la técnica Delphi, ya que es la que permite dar respuesta al objetivo del estudio. Sin embargo, no se le puede restar importancia al resto de técnicas empleadas, como se verá en el trascurso de la metodología éstas disponen de vital importancia.

4.1. Características de la investigación

Se trata de una investigación aplicada, este tipo de investigación tiene como objetivo cambiar la realidad social, ya que “hace posible la creación desarrollo y mejora de programas de acción social”.(Navarrete, 2014).

Como se dicta en este tipo de investigación según Navarrete (2014), está alberga como finalidad la búsqueda y la consolidación del conocimiento, al identificar unos indicadores que van a permitir valorar estos recursos, así como su margen de mejora.

En función de sus objetivos se considera evaluativa, ya que es una aplicación sistemática de la investigación social que se centra en valorar la ejecución y la utilidad de programas de intervención social.

Según su alcance temporal una investigación seccional o transversal, puesto que se limita la recogida de información en un único momento en el tiempo.

En cuanto a las fuentes de información se trata de una investigación mixta, ya que se hace uso de fuentes primarias y secundarias de manera complementaria. La información que se obtiene de fuentes primarias son por medio de entrevistas y encuestas realizadas a expertos en la materia, mientras que las de fuentes secundarias son utilizadas como medio de bibliografía y datos demográficos utilizados durante la investigación.

Para su consecución se han empleado diversas técnicas. Aunque es preciso destacar la técnica de triangulación como la principal, la cual engloba tanto técnicas cuantitativas como cualitativas utilizadas. Denzin define la técnica de triangulación como “la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular”. (Pereyra, 2007, p. 3)

4.2. Técnicas empleadas

Las técnicas que se han utilizado se especificaran según su carácter: cuantitativo o cualitativo

4.2.1. Técnicas de investigación cuantitativa

La investigación cuantitativa se inspira en el paradigma neopositivista, donde la “teoría precede a la observación” y busca la “comprobación teoría formulada previamente”. (Corbetta, 2010, p. 41)

El positivismo, que define Macionis y Plumer (2012, p. 48) como: “sistema lógico según el cual el conocimiento se basa en la observación directa y sistemática”, a través de evidencias científicas, busca “dejar a un lado los valores y preferencias personales a la hora de hacer la investigación” (Macionis & Plummer, 2012, p. 48) sustentándose en la objetividad de los datos.

Las técnicas utilizadas son el análisis documental. Para ello, se ha recurrido al análisis de fuentes estadísticas oficiales.

Fuentes estadísticas oficiales

Recurrir a fuentes estadísticas oficiales permite delimitar la población objeto de estudio. Siguiendo a Corbetta (2010, pág. 252) esta fuentes se definen como la “recopilación de datos con el objetivo de dar una visión de conjunto, aunque sólo sea orientativa, de determinados hechos o fenómenos”. El propio autor especifica que estos datos “son generalmente estadísticas oficiales realizadas por la administración pública” y que es una “operación de recuento realizada sobre los individuos de un colectivo, que generan un total” Corbetta (2010, pág. 255). Estos datos estadísticos proporcionan un conocimiento de la realidad que se busca estudiar, información que será de utilidad para delimitar la investigación.

Se han utilizado datos estadísticos del INE⁶, del año 2014, que muestran las cifras de población con DI y han servido de referencia a la hora de delimitar la investigación en aquellos recursos que trabajen con personas con discapacidad intelectual leve y moderada. Esto se debe a la predominancia de estos grados en términos estadísticos sobre el total de la DI.

⁶ Información extraída de <http://www.ine.es>

4.2.2 Técnicas de investigación cualitativa

La investigación cualitativa según Corbetta (2010) se inspira en el paradigma interpretativo denominado por Macionis & Plummer (2012) como *humanismo*, donde la interpretación subjetiva, diferenciándose del positivismo de la investigación cuantitativa, presenta un aspecto positivo y fundamental. Es decir, los datos no tienen ningún sentido por sí solos, sino que es la tarea de interpretarlos lo que hace que adquieran significado. Las técnicas utilizadas son: entrevistas cualitativas y la técnica Delphi.

Entrevistas cualitativas

Corbetta (2010, p. 344) define una entrevista cualitativa como “una conversación: a) provocada por el entrevistador; b) realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación; c) en un número considerable; d) que tiene una finalidad de tipo cognitivo; e) guiada por el entrevistador; y, f) con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado.”

Asimismo Corbetta (2010) diferencia tipologías de casos especiales, en las que se encuentran: la “entrevista no dirigida”, “entrevistas de grupo” y “entrevista a observadores privilegiados”. Siendo esta última la que se ha hecho uso en la investigación, ya que los propios entrevistados no son los sujetos de estudio sino “conocedores expertos del fenómeno, con una visión directa y profunda del mismo que los sitúa en una posición de observación privilegiada” (Corbetta, 2010, p. 358).

Paralelamente al análisis de fuentes oficiales se ha entrevistado a dos profesionales, gerentes del ámbito de la DI, con el fin de obtener información relevante en referencia a la contextualización de la investigación y para conocer el perfil de profesionales adecuados para componer el panel de expertos. Para ello, se ha utilizado un guion semi-estructurado (ver Anexo 1). La transcripción de estas entrevistas en profundidad se recoge en los Anexos, (ver Anexos 2 y 3⁷). Todo ello, ha permitido la información y datos necesarios y relevantes para poder aplicar la técnica clave de este estudio, la técnica Delphi.

Las entrevistas se realizaron a José Carlos Galán, que desempeña el cargo de Director en Atades (Asociación Tutelar Asistencial de Discapacitados Intelectuales) y a Gregorio Centro, quien desempeña el cargo de Gerente en Kairós (Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social). Escogidos debido a su gran conocimiento en este ámbito.

Técnica Delphi

La técnica Delphi es un proceso sistemático de comunicación entre varios sujetos, a través de la contestación iterativa de cuestionarios, que se lleva a cabo sin interacción entre las partes. Aspecto muy importante para mantener el anonimato y que facilite que cada uno de los participantes puedan dar su opinión sin verse coaccionados o influenciados por algún otro miembro del panel (Martínez, 2003).

⁷ Se omite la información de carácter personal en los Anexos

El cuestionario se presentará varias veces con retroalimentación controlada (Landeta, 1999), con el fin de que los expertos una vez tengan los resultados obtenidos puedan modificar su opinión o valoración. Y, con la información obtenida se realiza una comparación global a través de medias y representaciones gráficas y se infiere estadísticamente el consenso alcanzado por los panelistas.

En los inicios del uso de esta técnica las personas que componen el grupo eran expresamente expertos de la materia con un amplio conocimiento y experiencia. Sin embargo, actualmente puede estar compuesto por *especialistas* (personas expertas en el tema), *afectados* (personas sin formación, pero con conocimiento del tema) y *facilitadores* (personas con capacidad de incentivar al grupo). Según el contexto de estudio, habrá un mayor porcentaje de unos u otros (Martínez, 2003). En esta investigación el panel de expertos está compuesto por siete especialistas y una facilitadora, seleccionada no por su capacidad de dinamización sino por su cualificación y conocimiento de la materia.

En cuanto al número de expertos, se establecen diferentes criterios, según Landeta (2002) el número de expertos varía de 7 a 30 profesionales. Esta investigación entra dentro de estos límites al trabajar con 8 expertos.

A continuación, se hace referencia a un documento web de la Universitat Politècnica de Catalunya (2011) para describir las características que posee esta técnica:

- Anonimato: Los participantes, durante la investigación, no conocerán quienes son componentes del panel, con el fin de evitar que alguno de los miembros pueda ser influenciado por la reputación de otro en sus contestaciones. Esto facilita que los expertos aporten su opinión sin temor a verse desprestigiados.
- Iteración y realimentación controlada: El cuestionario se presentará varias veces, con el fin de que los expertos una vez tengan los resultados obtenidos puedan modificar su opinión o valoración.
- Respuesta del grupo de forma estadística: Con la información obtenida se realiza una comparación global de forma estadística a través de medias y representaciones gráficas.

4.3. Proceso de la investigación

4.3.1. Fase previa al método Delphi

En un primer momento, se efectúan de manera simultánea una revisión de la documentación bibliográfica existente, una búsqueda y análisis de datos estadísticos publicados y se llevan a cabo entrevistas semi-estructuradas. Los propósitos de esta fase son:

- Conocer ejemplos de investigaciones similares
- Comprobar una posible utilidad práctica para una posible implementación futura de valorar los recursos.
- Establecer qué tipo de profesionales son los más adecuados para la creación del panel de expertos.

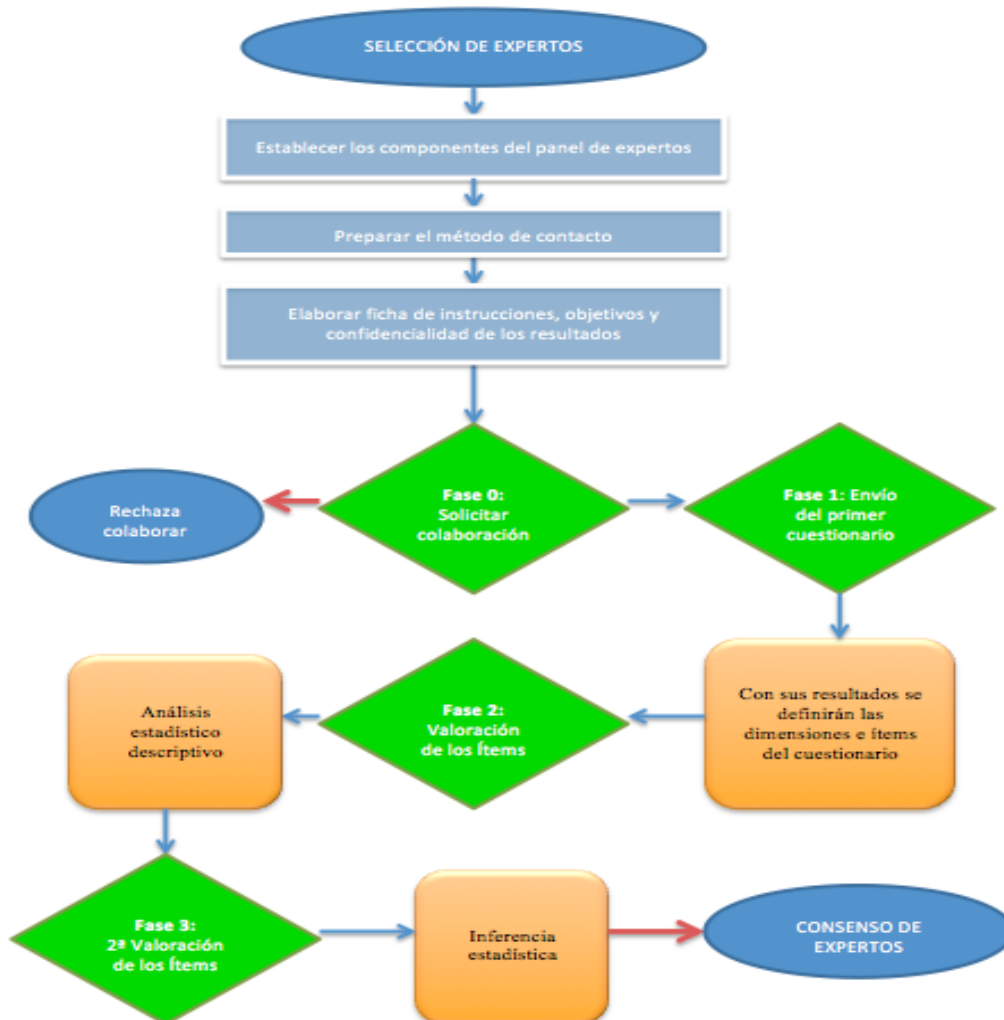
Una vez realizadas estas tareas, se elabora una recopilación de los recursos con los que se trabaja e interviene con personas con DI, existentes en Zaragoza capital, y se destacan aquellos que se consideran aptos para la investigación.

4.3.2. Fases del método Delphi.

La aplicación del método Delphi requiere seguir una serie de pasos referenciados en la Ilustración 1.

Este método comienza con la Fase 0 que culmina con la solicitud de colaboración, y posterior aceptación de los profesionales del panel. La fase 1, en la que se envía el primer cuestionario. La fase 2, en la que se envía un segundo cuestionario en el que los expertos deben valorar los ítems previamente definidos. Por último, la fase 3 que se orienta a obtener el consenso de los expertos en sus valoraciones, para ello se les envía un tercer cuestionario con las medias obtenidas en la fase anterior para cada indicador. Los panelistas en esta tercera vuelta pueden modificar su valoración previa en relación a la media del grupo o mantener la misma. Una siguiente fase se llevará a cabo solo si se considera que todavía no se ha alcanzado el consenso entre los panelistas.

Ilustración 1. Fases del método Delphi



Elaboración propia. A partir de García-Uceda, E. y Murillo-Luna, JL (2017)

Fase 0. Solicitar colaboración.

Se procede al contacto con profesionales o personal de contacto de las diferentes entidades. En un primer momento, se contactó vía telefónica o vía email. Con alguno de los profesionales se recibió respuesta de manera inmediata, aunque en otros casos, fue necesario realizar una visita a la institución. Esta visita permitió establecer un contacto de manera directa con el profesional, comentar la investigación, y ver si estaban interesados y dispuestos a participar.

Tras haber realizado el primero contacto, se escogieron una serie de profesionales que formarían el panel de expertos, a los que se les envía un ficha informativa de la investigación (ver Anexo 4). Estos expertos, tal y como se explica anteriormente, ejercen diferentes funciones en el ámbito de la DI, lo cual permite obtener una visión más amplia para la investigación.

Inicialmente se contactó con 21 profesionales de los cuales 10 declinaron la invitación a participar, por motivos de agenda y 3 fueron excluidos durante el tiempo de la investigación al no poder cumplir con los plazos de respuesta establecidos previamente. Al final, el panel de expertos ha quedado constituido por 8 expertos en la intervención con personas con DI. Dos son gerentes, tres coordinadores de área y otros tres son profesionales que intervienen de forma directa con los usuarios y familias. Los expertos quedan reflejados en la Tabla 7.

Para llevar a cabo todo el proceso de la investigación, se realizó una temporalización en base a las distintas fases de la misma. El trabajo fue asignado en el mes de diciembre de 2016. Comenzándose el estudio en enero del 2017 y finalizándose en junio de 2017. Esta temporalización se muestra reflejada en la siguiente tabla, mostrándose las actividades realizadas para la consecución del trabajo.

Tabla 7. Componentes del Panel de Expertos⁸

| Nombre del profesional | Entidad | Cargo y funciones |
|---------------------------------|--|--|
| Numancia, Amor. | Kairós. Cooperativa de Iniciativa Social | Coordinadora del Área de Discapacidad |
| Frontiñan, Beatriz | Atades Zaragoza | Trabajadora social del centro Integra Aragón |
| Martín, Meche | Kairós. Cooperativa de Iniciativa Social | Trabajadora social del área de discapacidad. |
| Pinilla, M ^a Ángeles | Fundación Rey Ardid | Directora del centro de rehabilitación y apoyo Psicosocial de Zaragoza |
| Pérez, Roberto | Asociación Atades | Coordinador de programas de vida autónoma |

⁸ La información se muestra con el consentimiento expreso de los componentes.

| Nombre del profesional | Entidad | Cargo y funciones |
|------------------------|--|---|
| Ibarzo, Verónica | Fundación Down Zaragoza para la Discapacidad Intelectual | Trabajadora social |
| Centro, Gregorio | Kairós. Cooperatia de Iniciativa Social | Gerente |
| Ibáñez, Patricia | Fundación Jose Luis Zazurca | Coordinadora del centro ocupacional y centro de día |

Elaboración propia.

Fase 1. Envío del primer cuestionario.

A continuación, y una vez confirmada la participación de todos los expertos, se les envió un primer cuestionario abierto vía email. Con él se buscaba obtener información de los expertos acerca de cuáles deben ser los indicadores de valoración de los recursos sociales con los que se interviene con personas con DI. Este cuestionario se envía por medio de una plataforma digital, Typeform (ver Anexo 5).

Este primer cuestionario consta de una pregunta abierta: ¿Cuáles son los criterios de evaluación que consideras oportunos para analizar los distintos recursos que trabajan con la discapacidad intelectual (Leve y Moderada) en Zaragoza? Además de poner alguno de los ejemplos de indicadores obtenidos en las entrevistas previas, se les explica, que deben estar relacionados con la organización en la cual ejercían como profesionales, y que estos deben afectar directa o indirectamente a sus usuarios.

Además se les consulta, si están de acuerdo en ser nombrados en el trabajo. Si es así, se les ruega que faciliten sus nombres y el cargo que desempeñan dentro de la entidad, para confeccionar una tabla donde se especifiquen estos aspectos.

Fruto de las contestaciones, se realizó un análisis detallado de las diferentes respuestas para posteriormente configurar unos indicadores a través de estas, mostrados en la Tabla 8. Englobando, si es preciso, en un único indicador respuestas que hacían referencia al mismo aspecto.

Una vez obtenidas todas las respuestas de los diferentes expertos del primer cuestionario, se plasmaron todos los indicadores en un mismo documento, y posteriormente se diferenciaron en función de las diversas dimensiones a las que hacían referencia. Estas son: Programas, Servicios prestados por la institución, Recursos intangibles, Recursos tangibles e Intervención directa e indirecta.

Tabla 8. Indicadores de los expertos.

| | |
|--|---|
| PROGRAMAS | 1. Programas de intervención enfocados a la recuperación y a la autonomía del usuario, que contemplen viviendas con distintos niveles de dependencia, facilitando su autonomía personal. |
| | 2. Programas de evaluación, planificación y seguimiento de las intervenciones que favorezcan un itinerario de inserción acorde con las capacidades de cada usuario. Esto comprende desde el entrenamiento de las actividades básicas vida diaria (ABVD) hasta el acompañamiento a la inserción laboral. |
| | 3. Debe existir un Reglamento de Régimen Interior donde se informe de todos los procedimientos, derechos, obligaciones y sistemas de participación. |
| | 4. Programas de atención a las familias. |
| | 5. Programas orientado al ocio y tiempo libre del usuario, en el que sean partícipes las familias. |
| | 6. Mesas de expertos. |
| SERVICIOS PRESTADOS POR LA INSTITUCIÓN | 7. Servicios sanitarios. |
| | 8. Servicios/actividades complementarios externalizados. |
| | 9. Aplicación de medidas de atención a la diversidad de discapacidades. |
| | 10. Colaboraciones con empresas para favorecer la inserción laboral. |
| | 11. Trabajo en red. Coordinación con otras instituciones que intervengan con el usuario/familia. |
| | 12. Trabajo multidisciplinar coordinado en la intervención con el usuario/familia. |
| | 13. Garantizar la solidez financiera y continuidad de los servicios prestados. |
| RECURSOS INTANGIBLES | 14. Formación continua y especialización de los profesionales. |
| | 15. Número y titulación de los profesionales que componen el equipo en cada recurso. |
| | 16. Formación de los cuidadores/familiares. |
| | 17. Disposición de carta de servicios. |
| | 18. Disposición de unos indicadores que mida la calidad de los servicios. |
| | 19. Poseer unos parámetros de calidad de vida del usuario/familia. |
| RECURSOS TANGIBLES | 20. Disponer de un código ético como entidad/organización. |
| | 21. Ubicación de la institución y servicio (accesibilidad en la comunicación, ausencia de barreras arquitectónicas, facilidad de acceso, cercanía a otros centros que faciliten la inserción laboral. Como los centros especiales de empleo). |
| | 22. Equipamiento material adaptado (muebles, cocina para realizar actividades que les hagan mejorar las ABVD, etc.). |
| | 23. Equipamiento tecnológico adaptado (tablets, pizarras electrónicas, etc. con programas ajustados a este colectivo). |
| INTERVENCIÓN DIRECTA E INDIRECTA | 24. Disponer de un espacio físico que garantice la intimidad de los usuarios. (En el caso de las residencias disponer de una habitación individual). |
| | 25. Actuación individualizada con el usuario y su familia en la intervención social. |
| | 26. Participación del usuario en su proceso de intervención |
| | 27. Modelo de intervención enfocado a la inserción laboral |

Elaboración propia

La primera dimensión hace referencia a los *programas* que desarrollan las organizaciones, los cuales representan una dimensión intermedia dentro de la planificación en los proyectos sociales y determina las prioridades de la organización, haciendo factible llevar a cabo sus objetivos específicos. (García Herrero & Ramírez Navarro, 1996)

La segunda dimensión recoge los ítems relacionados con los *servicios prestados por la institución*. Esta es una dimensión algo más práctica que la anterior, ya que se centra en los servicios que deberían existir en estas organizaciones y como deberían desarrollarse.

La tercera dimensión, agrupa los *recursos intangibles*. Estos son en numerosas ocasiones nombrados por los expertos en el primer cuestionario, al hacer referencia a la Ley 5/2009 de Servicios Sociales, en el título VII de “Calidad en los servicios sociales”: por ejemplo, destacan la formación continua, las cartas de servicio la disposición y actuación conforme al código ético.

La cuarta dimensión agrupa los *recursos tangibles* de las organizaciones, uno de los aspectos que más ha tensionado las respuestas de los panelistas. Coinciden en la falta de medios económicos y en su necesidad para tener y desarrollar los recursos necesarios que permitan ofrecer un trabajo efectivo. Así mismo un elevado % de ellos coinciden en la necesidad de una buena ubicación de la institución

Por último, la quinta dimensión recoge los indicadores que miden la *intervención directa e indirecta*. En este ámbito se destacan tres ideas fundamentales, una intervención individualizada, fomentar la participación del usuario en su proceso de intervención, de manera que se produzca un empoderamiento de estos, y por último, una intervención enfocada al ámbito laboral, dotando de las herramientas necesarias para su inserción laboral.

Fase 2. Valoración de los Ítems

En esta segunda fase del método, se demanda al panel de expertos que valoren la importancia de cada uno de los indicadores⁹, utilizando una escala de 0 a 10 puntos (siendo 0 el valor más bajo y 10 el más alto). Adicionalmente, se les anima a proponer mejoras, si lo creen conveniente, en la redacción del cuestionario, tanto de los ítems, como de las dimensiones. Gracias a la aportación de un panelista el indicador 4 se produce cambio en su enunciado de: “*Ítem 4. La existencia o no de programas de atención a familias.*” a *Ítem 4. Programas de atención a familias, al considerarse más claro.*

Tras haber obtenido todas las valoraciones de los miembros del panel, se calculan las medias de las diferentes respuestas para cada ítem.

⁹ Ver Anexo 6

Fase 3. Segunda valoración de los ítems

A continuación, para tratar de alcanzar el consenso del grupo, se prepara un último cuestionario en el que se informa a cada experto de su grado de acuerdo con respecto a las valoraciones medias del grupo (ver Anexo 7). Todo ello, sin que pudiese conocer con respecto a qué sujeto concreto estaba en desacuerdo, para evitar así los sesgos que normalmente se producen por el pensamiento del grupo, donde la opinión de una persona o minoría prestigiosa puede dictar las decisiones de la mayoría (Martínez, 2003). Se les proporciona información sobre la valoración promedio del grupo y su propia valoración, dándoles la opción de modificar su respuesta, si el participante lo considera adecuado. En el caso de decidir mantener su valoración anterior aun siendo diferente a la valoración media del grupo, se les pide que justifiquen los motivos para ello.

5. Análisis

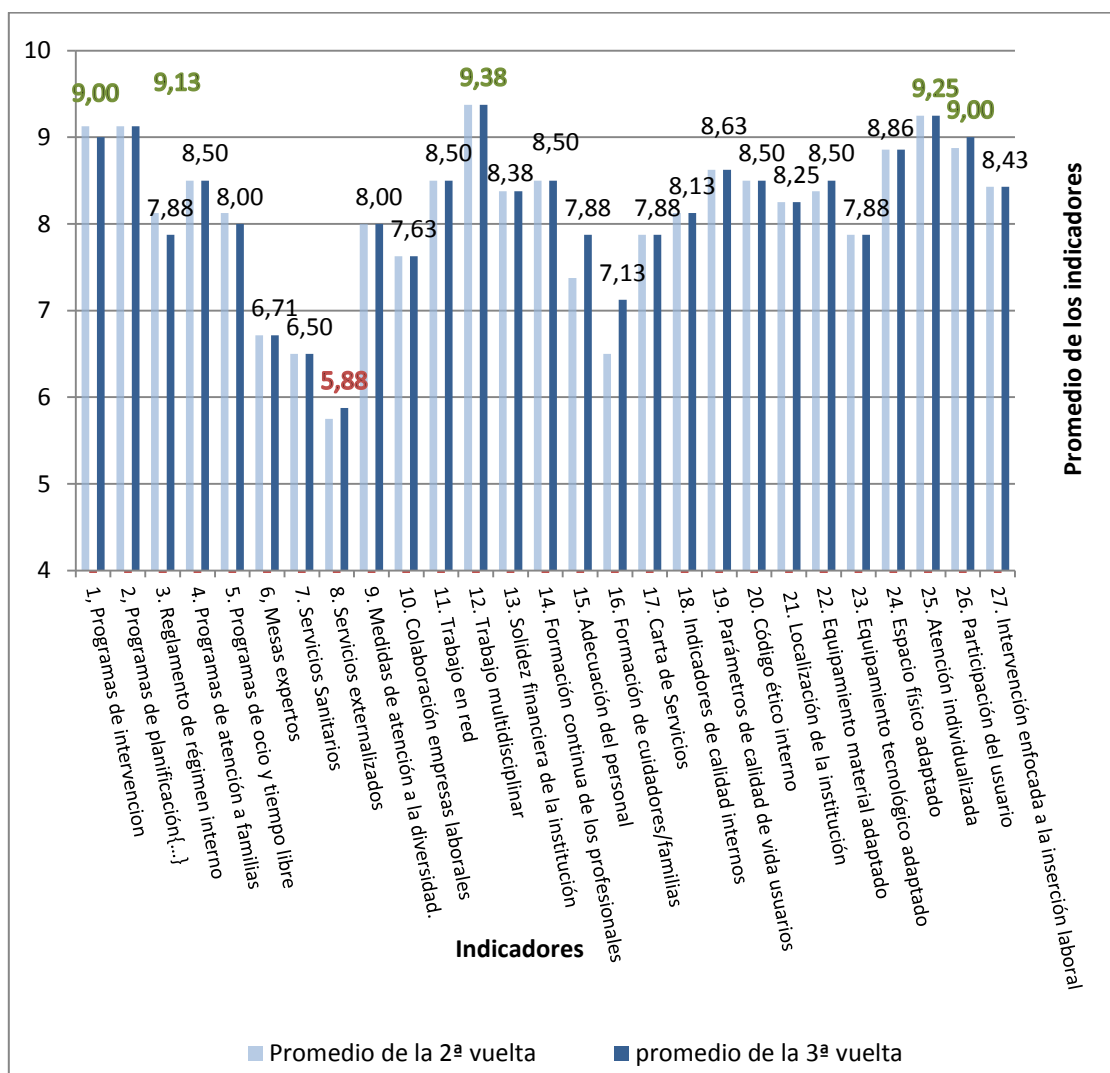
A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos a través del análisis de las valoraciones de los expertos en las sucesivas vueltas.

5.1. Valoraciones medias consensuadas por los expertos

En este apartado se analizan los resultados obtenidos a partir de las medias expresadas en la Ilustración 2. Se analizarán respecto a las dimensiones de los ítems antes citadas.

El análisis de las medias se realiza en torno a la columna de las medias obtenidas en la tercera vuelta. Datos obtenidos tras realizar el tercer cuestionario y calcular la calificación media de cada uno de los ítems, destacada en una tonalidad más oscura.

Ilustración 2. Comparativa de promedios entre la 2ª y 3ª vuelta.



Elaboración propia.

Dimensión 1: Programas

Cabe destacar el *Ítem 1. Programas de intervención enfocados a la recuperación y a la autonomía [...]*, el cual a pesar de su alto promedio final de 9.00, ha creado controversia entre los panelistas. Por un lado, existe la opinión de que estos programas evitan la institucionalización y que por lo tanto deben de incrementarse, sin embargo, otros expresan que pese a su gran importancia, no todos los usuarios precisan de él, por lo que disminuye el grado de relevancia.

Dentro del ámbito de *Programas* se observa como el *Ítem 2. Programas de evaluación planificación y seguimiento de las intervenciones [...]* con una media de 9.13. “Este tipo de programas se han incrementado y mejorado en los últimos años”, expresa uno de los panelistas, sin embargo, también hace referencia al mucho trabajo que supone lograr la personalización (ajustar la intervención a cada uno de los usuarios). “Además la intervención debe ser integral”, comentario de uno de los miembros panel de expertos que expresa la importancia de atender los múltiples factores que generan necesidades o carencias en los usuarios y que se puede subsanar a través de una intervención multidisciplinar.

El *Ítem 3. Reglamento de Régimen interno*, se destaca por el descenso en su promedio de la 2ª a la 3ª vueltas. Los dos expertos que han modificado a la baja su puntuación justifican que consideran prioritarios otros indicadores, sin embargo, la puntuación no ha sido baja puesto que oscila en torno al 8.

Por último, destacar el *Ítem 6. Mesas de expertos al poseer* una puntuación de 6.71, Esta es la de menor puntuación dentro de la primera dimensión. Existen opiniones a favor de este indicador, de él exponen que fomenta el “aprendizaje continuo” a través de la interrelación entre profesionales de diferentes disciplinas. Sin embargo, se observa como no es considerado como indispensable, como se constata por su puntuación.

Dimensión 2: Servicios prestados

En esta dimensión se observa la mayor disparidad de puntuaciones. Como nota más alta del conjunto de ítems, se encuentra el *Ítem 12. Trabajo multidisciplinar coordinado en la intervención con usuario/familia*, sobresaliendo con una puntuación de 9.38, esto puede deberse a que, por parte de la legislación vigente en referencia a los Servicios Sociales, se contempla como aspecto esencial la disposición de un equipo multidisciplinar, por lo que, no es extraño que los profesionales destaquen la importancia de su coordinación dentro de cada una de las entidades.

En torno a las puntuaciones más bajas, de la segunda dimensión y de todos los indicadores, se encuentran dos indicadores. *Ítem 7. Servicios sanitarios* con una puntuación de 6.5 e *Ítem 8. Servicios/Actividades complementarios externalizados*, con una puntuación de 5.75, siendo esta la puntuación más baja del conjunto de indicadores. Uno de los miembros del panel en referencia a este ítem, expresa “que disponer de servicios complementarios resulta positivo, ya que ampliar la oferta de servicios es beneficioso”, aunque la gran mayoría de los panelistas lo valoran con puntuación baja debido a que para ellos los servicios externos son “más circunstanciales”.

En referencia al ítem 7, la valoración más destacable, expone que estos servicios deben de estar externalizados de la propia entidad, aunque expresa por otra parte que debe existir una coordinación entre ambos. A pesar de ello, hay panelistas que opinan que debe existir personal sanitario que pueda asistir a los usuarios.

Dimensión 3: Recursos intangibles

En esta dimensión se resalta el *Ítem 19. Poseer unos parámetros de calidad de vida*, con una puntuación de 8.63, todos los profesionales han puntuado este indicador con notas altas, y algunos de ellos expresan como estos parámetros de calidad de vida ya existen actualmente. Cabe destacar que este aspecto fue uno de los temas que trataron los profesionales en las entrevistas realizadas.

El *Ítem 16. Formación de los cuidadores/familiares*, tiene una puntuación de 7.13, pese a ser la más baja de la dimensión, tener esta puntuación implica que para los profesionales también alberga importancia. Uno de los panelistas expresa que el cuidado de sus familiares se ha realizado históricamente de “manera autodidacta”, ya que carecían de “recursos, atención y formación específicamente dirigidos a ellos.

Tal y como se ha nombrado en el apartado anterior, tanto el *Ítem 14. Formación continua y especialización de los profesionales* y el *Ítem 20. Disponer de un código ético como entidad/organización*, están presentes en la Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón, poseen una puntuación elevada dentro de esta dimensión, con un 8,5 de promedio, uno de los panelistas expresa estos dos indicadores como un elemento indispensable de calidad de las entidades.

Dimensión 4: Recursos tangibles

El *Ítem 21. Ubicación de la institución {...}*, es un aspecto que los panelistas tienen muy en cuenta, ya que disponer de un recurso situado en una zona accesible, es decir, disponer de un local con posibilidad de comunicación de manera fácil con transporte urbano, y cercanos a otras organizaciones, recursos y empresas, se fomenta la inserción social de estos. Mientas que, si están alejados y disponen de un difícil acceso, supone un problema añadido en el proceso de inserción.

Cabe destacar como el *Ítem 23. Equipo tecnológico adaptado {...}*, dispone de la menor puntuación (7,88) dentro de los recursos tangibles, contrastando de manera clara con las entrevistas previas realizadas. En ellas se incidió en este aspecto, dado que el enorme crecimiento en el uso cotidiano de estos medios supondría el desconocimiento de los mismos podría suponer un factor de exclusión social.

Dimensión 5: Intervención directa e indirecta

Los tres indicadores poseen puntuaciones muy elevadas. En cuanto al *Ítem 26. Participación del usuario en su proceso de inserción*, con una puntuación de 9,00, un miembro del panel destaca que “mientras sea posible, es fundamental” tal y como se ha observado en las necesidades que expresa tener este colectivo en Atades (2013)

La intervención individualizada que expresa el *Ítem 25. Atención individualizada con el usuario*, es un tema que ha albergado muchos comentarios no solo en esta dimensión, sino es un tema que también se ha expresado en otros indicadores. Un panelista reflexionó acerca de

los diferentes factores que pueden afectar a una persona con DI, los cuales influyen de diversas formas y consecuencias dependiendo de cada persona, es decir, es necesario una "personalización plena" en la intervención. De hecho, este es el segundo Ítem con la mayor puntuación, debido a la importancia que tiene para los panelistas, también se aprecia que no ha cambiado mucho el promedio entre las dos vueltas.

El Ítem 27. *Modelo de intervención enfocado a la inserción laboral*, posee la menor puntuación con un 8,43. Uno de los panelistas expresa que a pesar de que no pueda ser alcanzado a medio o largo plazo, este objetivo da expectativas de futuro, ya que ayuda a configurar una identidad, en la cual, el usuario sienta que forma parte de la sociedad.

Tras realizar un análisis de los promedios, se cree preciso destacar los cinco indicadores que han obtenido un promedio igual o superior a 9.00, estos Ítems son: 1º, 2º, 12º, 25º, 26º. Por otro lado, el que ha obtenido la media más baja y por lo tanto los panelistas no le dan especial importancia es el Ítem 8.

Para concluir, la mayoría de los promedios han obtenido una puntuación media alta, en torno al 8, por lo cual demuestra la importancia en la mayoría de los indicadores y demostrar su utilidad a la hora de aplicarlos de manera práctica para valorar los recursos sociales que trabajan con personas con DI.

Finalmente, en los Ilustración 3, se presentan los diagramas de caja de las valoraciones de los expertos sobre los indicadores en segunda (SV) y tercera vuelta (TV), respectivamente.

El diagrama de caja es una herramienta que resume los estadísticos descriptivos más relevantes (la mediana¹⁰, los cuartiles¹¹ y los valores extremos) de las valoraciones concedidas por los expertos a los diferentes indicadores. La "caja" representa, para cada indicador, el 50% de las valoraciones centrales concedidas por los expertos. Los "bigotes" son las líneas que se extienden desde la caja hasta la valoración más alta y más baja (excluyendo los extremos¹² y los valores atípicos¹³). Finalmente, la línea que atraviesa la caja indica la situación de la mediana. Su estabilidad en procesos cíclicos garantiza la estabilidad de los datos (García-Uceda y Murillo-Luna, 2017). Observando conjuntamente Ilustración 3 se puede constatar el acuerdo alcanzado por los expertos.

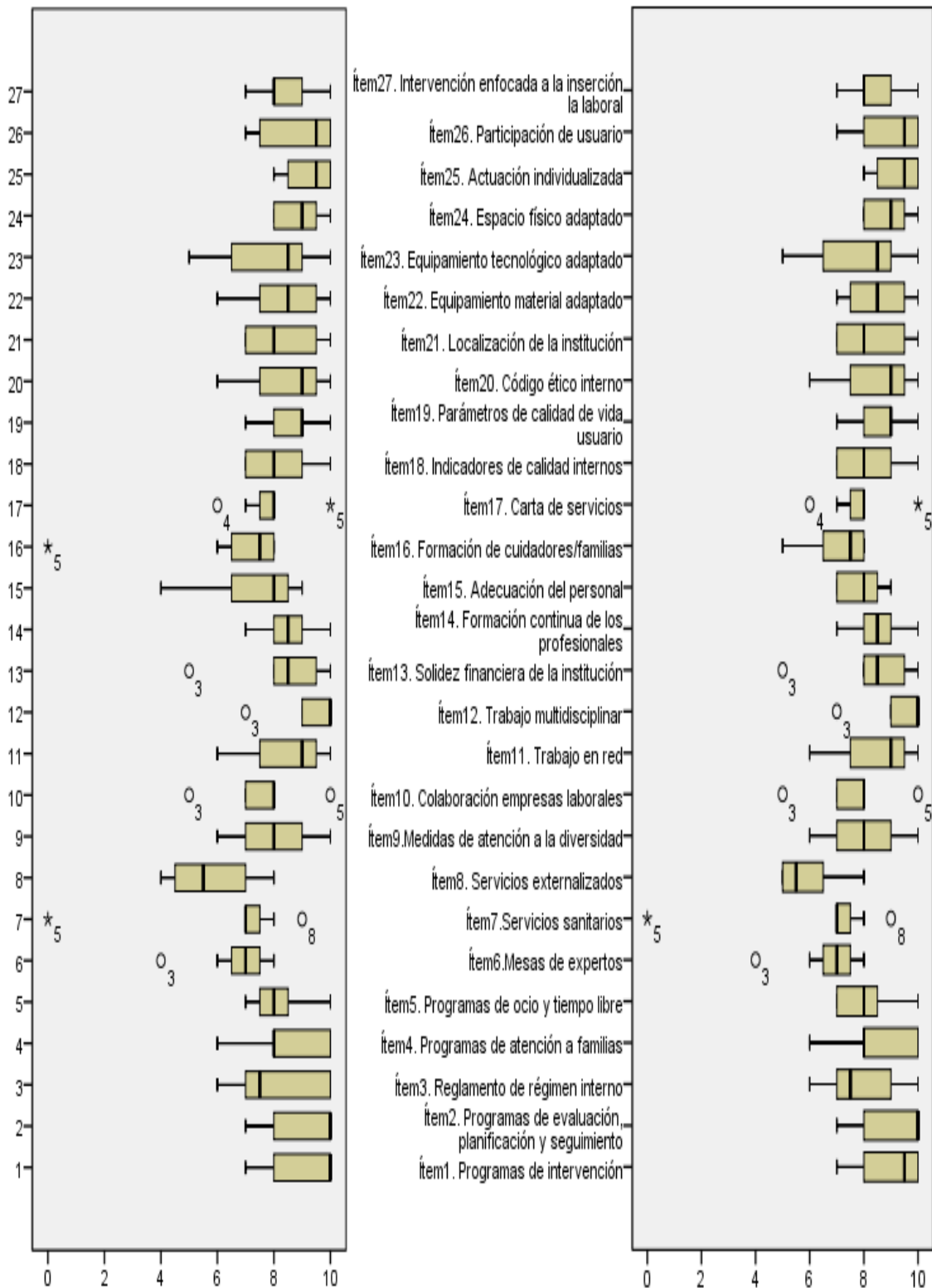
¹⁰ La mediana para cada agente de presión es aquel valor tal que, ordenadas todas las valoraciones de los expertos (en forma creciente o decreciente), separa a las mismas en dos partes iguales.

¹¹ Ordenadas todas las valoraciones de los expertos sobre una motivación concreta, los cuartiles son tres valores que las dividen en cuatro partes iguales, es decir, en cuatro intervalos dentro de cada cual están incluidas el 25% de las valoraciones de los expertos.

¹² Casos con valores superiores a 3 longitudes de caja desde el borde superior o inferior de la caja, representados en el gráfico por asteriscos.

¹³ Casos con valores entre 1,5 y 3 longitudes de caja desde el borde superior o inferior de la caja (*outliers*), representados en el gráfico por círculos.

Ilustración 3. Diagramas de cajas 2ª y 3ª vuelta



¹⁴ Elaboración propia

A través de este diagrama se pueden comprobar cuáles han sido los indicadores en donde los panelistas han valorado con puntuaciones en torno del 9 al 10. Estos indicadores son el *Ítem 24. Disponer de un espacio físico que garantice la intimidad de los usuarios.* {} Y el *Ítem 12. Trabajo multidisciplinar coordinado en la intervención con el usuario/familia*, ambos dos han sido puntuados con notas entre el 9 y el 10, ya que se observa la escasa amplitud de sus cajas.

Es preciso destacar el *Ítem 12. Trabajo multidisciplinar*, el cual ha sido el indicador con un mayor consenso, confirma la información obtenida en las entrevistas previas, donde los profesionales hicieron hincapié en la importancia de trabajar en estos recursos coordinadamente con profesionales multidisciplinarios. Ello permite que la intervención sea más completa, ya que profesionales de las diferentes áreas harían un diagnóstico conjunto de los usuarios, enriqueciendo la intervención de estos.

Se puede observar indicadores en los que ha habido mucho consenso entre las puntuaciones de los panelistas, pero no han obtenido puntuaciones tan altas como las anteriores, por ejemplo, el *Ítem 6. Mesas de expertos*, *Ítem 7. Servicios sanitarios*. *Ítem 10. Colaboraciones con empresas para favorecer la inserción laboral* y el *Ítem 17. Disposición de carta de servicios*. Estos ítems, se puede observar como su caja es muy poco amplia con una gran concentración de los datos, por lo tanto, ha existido consenso en valorarlos en torno a su relevancia con una puntuación que oscila entre el 6 al 8.

El caso más significativo donde se puede observar el cambio entre ambas vueltas, y por lo tanto, el deseo de alcanzar consenso por parte de los expertos en el *Ítem 15. Número y titulación de los profesionales que componen el equipo en cada recurso*. En la 2ª vuelta, se observa que la caja posee un alargado bigote, que llega hasta el 4, mientras que, en la 3ª vuelta, no existen puntuaciones por debajo de las comprendidas en la caja.

En la mayoría de los indicadores destaca la homogeneidad de las valoraciones, lo que representa un alto grado de consenso entre los panelistas. Ahora bien, con objeto de analizar descriptivamente el consenso estadístico entre las opiniones de los participantes del panel, se utiliza el estadístico de la Proporción de expertos. Esto permite comprobar que el valor medio de las respuestas dadas por los panelistas en la última vuelta distaba entre [-0.5 y +0.5] del valor medio de sus valoraciones en la vuelta anterior, es decir, en la segunda vuelta no se producen cambios sustanciales en las respuestas medias, lo que evidencia una notable convergencia entre los miembros del panel. Por tanto, se puede decir que no se observa una evolución como grupo.

Después, para conocer el grado de estabilidad en las respuestas de los expertos en la segunda y tercera vuelta, se utilizó una prueba no paramétrica para muestras relacionadas, el test de Wilcoxon (H_0 = No ha habido cambios significativos en las valoraciones). Ésta es una prueba recomendable en el caso de no presunción de la condición de normalidad de los datos, tamaño reducido de la muestra y diseños “antes-después”, situación que se da en el análisis de estabilidad. Según los resultados de este análisis, no se encuentran evidencias suficientes para afirmar que se hubieran producido cambios significativos en las respuestas de los expertos, relativas al 100% de los indicadores (p -valor > 0.05). Por tanto, no fue necesaria una cuarta vuelta, pues se considera que este grado de acuerdo no aumentaría con posteriores consultas (Fernández-Ballesteros, 1995).

Para finalizar el análisis, a modo de comparación con otro estudio de su mismo ámbito, destacar la elaboración de un instrumento de medición para evaluar la calidad de vida que proporcionan las organizaciones especializadas a las personas con inteligencia límite. (Frontera & Gómez , 2012). Se hace alusión a este estudio, aunque las personas con inteligencia límite no tienen por qué estar identificadas como personas con DI, según explican dichos autores anteriormente citados.

Ese estudio nombra algunos indicadores que guardan estrecha relación con alguno de los indicadores significativos obtenidos en esta investigación. Estos se centran en la autonomía personal del usuario, programas de evaluación, seguimiento y planificación y colaboración con otras entidades, entre otros.

6. Conclusiones

Esta investigación se ha llevado a cabo con objeto de generar conocimiento en el ámbito de los servicios sociales, en concreto en la optimización de los recursos necesarios para la intervención con personas con discapacidad intelectual leve y moderada, y la mejora de su entorno social. Conocimiento que complementa el ya existente en torno a la mejora de la calidad de los servicios o incluso, a la mejora de la calidad de vida de los usuarios, como por ejemplo el estudio: Elaboración de un instrumento de medición para evaluar la calidad de vida que proporcionan las organizaciones especializadas a las personas con inteligencia límite (Frontera & Gómez, 2012). Este estudio pretende servir de complemento para los demás.

El objetivo de la investigación: “Identificar unos indicadores de valoración de los recursos sociales destinados a las personas con discapacidad intelectual (leve y moderada) en Zaragoza capital”, se considera alcanzado al identificarse estos indicadores y lograr su consenso por parte de los miembros del panel de expertos. El proceso metodológico se ha llevado a cabo de manera rigurosa y correcta.

Sin lugar a dudas, los indicadores que han obtenido una puntuación mayor a 9, y por lo tanto, considerados por los panelistas de mayor importancia son: trabajo multidisciplinar coordinado en la intervención, tanto con el usuario como con su familia; la individualización de la intervención, tanto con el usuario como con la familia; y programas de evaluación, planificación y seguimiento de las intervenciones acorde a las capacidades de cada usuario. Esto destaca, por un lado, la importancia de la familia como un miembro destacable y esencial en la intervención, la cual es la que realmente conoce y convive con los usuarios. Y, por otro, la necesaria flexibilidad y adaptabilidad de la intervención conforme a las necesidades y demandas expresas por cada usuario.

Por último, destacar como varios indicadores hacen referencia a la necesidad imperiosa de que el usuario sea participe de su intervención, fomentando así, su autonomía personal, como uno de los objetivos clave a la hora de intervenir con este colectivo.

El principal obstáculo para llevar a cabo esta investigación ha sido la necesaria retroalimentación entre los panelistas y los autores del estudio. La cual, debido a las apretadas agendas de los componentes del panel, ha generado retrasos en la cumplimentación y envío de cuestionarios con el consiguiente retraso en la planificación de este estudio y el temor de tener que prescindir de algún experto, como así ha sido. Mantener el interés y la colaboración de 8 expertos durante las tres vueltas del proceso metodológico ha sido un esfuerzo a destacar.

Este estudio pone de manifiesto como los expertos han coincidido al transmitir que este tipo de discapacidad tiene una intervención enfocada al modelo social, es decir, hay que entenderla no solo como un problema de la propia persona, sino del conjunto del entorno social en el que se desarrolla.

Con este estudio se ha generado conocimiento y, a partir de los resultados obtenidos, se propone la incorporación de estos indicadores en los procedimientos de evaluación de las administraciones y gestores de recursos para intervenir con personas con DI.

Asimismo, este estudio puede incentivar el desarrollo de otras investigaciones que complementen la misma.

Para terminar, una reflexión de los autores: la importancia de una convivencia basada en la plena inclusión social, donde no existan barreras y se consiga una sociedad igualitaria, en la que no tenga cabida ningún tipo de exclusión y se fomente el aprendizaje mutuo.

7. Bibliografía

- American psychiatric association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American psychiatric Publishing.
- American psychiatric association. (1968). *Second edition. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American psychiatric publishing.
- American psychiatric association. (1980). *Third edition. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American psychiatric publishing.
- American psychiatric association. (1994). *Cuarta edición. Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*. Washington: Masson, S.A.
- American psychiatric association. (2013). *Trastornos del desarrollo neurológico. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DMV-5*. London: American psychiatric publishing.
- Asociación americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo AAIDD. (2011). *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Asociación de Academias de Lengua Española. (2017). *Real Academia Española*. Recuperado el 28 de 03 de 2017, de <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>
- Atades. (2013). *Presente y futuro de los servicios dirigidos a personas con discapacidad intelectual*. Recuperado el 16 de 02 de 2017, de <https://issuu.com/beatrizgimenezsierra/docs/presente-y-futuro-de-los-servicios->
- Atades. (2013). *Primer panel de indicadores de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en Aragón*. Recuperado el 16 de 02 de 2017, de <http://www.atades.com/wp-content/uploads/2013/12/Primer-panel-de-indicadores-de-calidad-de-vida-de-personas-con-discapacidad-intelectual-en-Aragon-ATADES.pdf>
- Barriga Martín, L. A. (2000). Calidad en los Servicios Sociales. *Servicios Sociales y Política Social. Calidad I*, 31-63.
- Cabrera, P. J. (2005). Exclusión social y discapacidad mental: Perspectiva sociológica. En J. L. Martínez, *Exclusion social y discapacidad* (págs. 51-90). Madrid: Comillas.
- Consejo general del trabajo social. (15 de 03 de 2017). *Definición internacional de Trabajo Social*. Obtenido de <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>
- Corbetta, P. (2010). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: McGRAW-HILL.
- De la Cuadra, C. (2014). Recuperado el 19 de 05 de 2017, de La integración de las personas con discapacidad intelectual en la sociedad actual. Una mirada desde Gestalt.: http://gestaltnet.net/sites/default/files/La%20integración_0.pdf
- De Lorenzo, R. (2007). Discapacidad y Trabajo Social. En *Discapacidad, Sistemas de protección y Trabajo Social* (págs. 363-427). Madrid: Alianza Editorial, S.A.

- Fernández-Ballesteros, R. (1995). *Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Frontera, M., & Gómez, C. (2012). *Calidad de vida en las personas con inteligencia límite. Evaluación y propuesta de una guía de indicadores para las organizaciones*. Madrid: Editorial Universitas S.A.
- García-Uceda, E. y Murillo-Luna, J.L. (2017). "Aplicación del método Delphi para el análisis de los determinantes del Emprendimiento Social". Ponencia. XXVII Jornadas Hispano_Lusas de Gestión Científica. Localización y dinámicas competitivas en un entorno global. Libro de ACTAS/ Resúmenes. ISBN: 978-84-16724-37-6; 1 – 4 febrero. Benidorm (Alicante).
- Landeta, J. (1999). *El método Delphi*. Barcelona: Ariel.
- Landeta, J. (2002). *El método Delphi: una técnica de previsión del futuro*. Barcelona: Ariel.
- Lannoy, A., & Porcaccia, M. (2001). L'utilisation du jugement d'experts en sûreté de fonctionnement. Paris: Editions TEC & DOC.
- Macionis, J., & Plummer, K. (2012). *Sociología. 4ª. edición*. Madrid: Pearson.
- Martínez, E. (2003). La técnica delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. *Revista de investigación Educativa*, 449- 463.
- Miranda, M. (2013). *Aportaciones al Trabajo Social*. Zaragoza: Pressas Universitarias De Zaragoza.
- Navarrete, M. (2014). Métodos y Técnicas de investigación en Trabajo Social. *Tipos de investigación social*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Observatorio de la discapacidad. (2003). *Personas con discapacidad intelectual y necesidad de apoyos intermitentes: Situación, Necesidades, Demandas. Una aproximación a la población con inteligencia límite-ligera*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pereyra, L. (2007). *I.E.F.- F.C.E.* Recuperado el 09 de 03 de 2017, de Integración de Metodologías Cuantitativas y Cualitativas: Técnicas de Triangulación: http://ief.eco.unc.edu.ar/files/workshops/2007/09oct07_lilipereyra_work.pdf
- Romañach, J., & Lobato, M. (2005). Recuperado el 18 de 05 de 2017, de Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano: <http://centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/1dcb1a899435d2b2806acdf5dbcf17aa941abd8d.pdf>
- Romañach, J., & Palacios, A. (2007). Recuperado el 18 de 05 de 2017, de El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad): http://masterdependencia.es/pdf/el_modelo_de_la_diversidad_una_vision_general.pdf
- Salvador Pedraza, M. J. (2000). Los retos de la calidad en los Servicios Sociales. *Servicios Sociales y Política Social. Calidad II*, 27-55.

- Sánchez, A. T., & Sánchez, M. C. (2003). Recuperado el 12 de 03 de 2017, de El reto de la calidad en los Servicios Sociales: Calidad como principio ético: http://www.albacete.es/es/por-temas/servicios_sociales/documentos/plan-de-mejora-continua-del-servicio-de-accion-social/el-reto-de-la-calidad-en-servicios-sociales.-ma-carmen-sanchez-perez-y-ana-teresa-sanchez-izquierdo/at_download/file
- Solana, J. L. (2016). Recuperado el 13 de 04 de 2017, de Trabajo Social, complejidad e interdisciplinariedad: una síntesis de algunos planteamientos en España e Hispanoamérica: https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC372.pdf
- Universitat Politècnica de Catalunya. (2011). *Investigación en técnicas de análisis cualitativo: el método Delphi*. Recuperado el 2017 de 02 de 21, de https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/15352/report5_PauQueralto.pdf
- Zamanillo, T., & Gaitán, L. (1991). *Para comprender el Trabajo Social*. Estella: Verbo Divino.

8. Anexos

Anexo 1. Guion de entrevista

| | | |
|--------|---------|---------------------|
| | | Día: |
| Nombre | Entidad | Cargo que desempeña |
| | | |

1. Como se define en la entidad la DI y que criterios seguís para definirla.
2. ¿Tiene sentido hablar de estos criterios de valoración de los recursos? ¿Me podrías poner ejemplo de ello?
3. ¿Cuándo hablamos de criterios, cuál sería la terminología adecuada, criterios o indicadores, para no referirse a cuestiones individuales de los usuarios, sino a los recursos y los servicios que ofrecen?
 - Carta de servicios
 - Barreras arquitectónicas
 - Indicadores de la calidad
 - Plan individualizado de atención
 - Tecnologías e innovación
 - Solvencia económicas (sostenibilidad financiera)
4. ¿Estos criterios variarían mucho según tipo de recurso? (residencial, ocupacional y de día)
5. ¿Estos criterios variarían mucho según el grado de discapacidad? (4)
6. ¿Crees que el grado de dependencia va acorde con el de discapacidad?
7. ¿Qué profesionales crees que son los adecuados para valorar estos criterios de valoración?
8. ¿Qué carencias crees que existen en el ámbito de la discapacidad intelectual?

Anexo 2. Entrevista 1

Respuesta 1.

Según se contempla en la última edición del DSM, el DSM VI, la cual ha sido actualizada en 2013 e incorpora este término, ya que antes se nombrara a este colectivo con unos términos que connotan un carácter despectivo y peyorativo.

Respuesta 2.

En mi opinión, sí que tendría sentido elaborar unos indicadores que evaluaran los recursos sociales, ya que actualmente se llevan a cabo estudios que hacen referencia a aspectos más dedicados a la calidad de vida de los usuarios.

Los más importantes serían los destinados a recursos tanto materiales como informáticos, personal adecuado y sobre todo lo que prima en el trabajo con este colectivo es la multidisciplinaridad, por ejemplo en mi desempeño diario, estoy continuamente en comunicación y coordinación con el conjunto de personal que se encargan de la intervención.

Respuesta 3.

Para mí la más conveniente serían los indicadores, ya que me parece la más específica para la temática a tratar.

Respuesta 4.

Claramente sí que se establecen diferencia, ya que no es lo mismo un recurso residencial, donde el usuario hace vida tota, a un centro ocupacional, el cual está enfocado a aspectos relacionados con el mundo laboral y por último los centros de día, donde se da una asistencia más enfocada al ocio y adquirir habilidades de autonomía personal.

Respuesta 5.

Si, como ya te he nombrado antes, no todos recursos esta destinados a la misma población, de hecho como podréis comprobar vosotros, en el IASS, establecen una tipología específica de centros según los grados de discapacidad.

Respuesta 6.

El grado de dependencia no tiene porque ir acorde con el grado de discapacidad, ya que son otros los factores que se tienen en cuenta. Sin embargo disponer de un mayor grado de DI, supone tener un mayor grado de dependencia.

Respuesta 7.

Pues todos aquellos que estén implicados en la intervención directa, aunque estaría bien que dispusierais de profesionales de diversas áreas y de diversos cargos, ya que no es lo mismo una visión desde la intervención en el día a día con el usuario, que la visión proporcionada por una persona que desempeñe cargos directivos dentro de una institución. Pero creo que ambos son de la misma importancia.

Respuesta 8.

Pues creo que primordialmente es necesario hablar de lo obsoleta que esta la legislación vigente, como ya os daréis cuenta durante la investigación. Sobre todo destacar la orden de centros y el decreto que establece los establecen los requisitos mínimos de los centros.

Anexo 3. Entrevista 2

Respuesta 1.

No solo podéis tener en cuenta una definición como tal de la DI, sino que creo que es conveniente que reviséis las diferentes definiciones y sobre todo la evolución que ha sufrido el concepto.

Respuesta 2.

No entiendo bien la finalidad de esta investigación, sin embargo, considero que hay que tener en cuenta a cada usuario individualmente, que dispone de carencias o necesidades completamente distintas los unos de los otros.

Por lo tanto los indicadores más adecuados tendrían que ver con la individualización de la intervención, así como de la intervención con las familias de los usuarios.

Respuesta 3.

En mi opinión, es más imprescindible actuar sobre las necesidades de cada usuario.

Respuesta 4.

No es según el tipo de recurso, creo que como trabajadores social conoceréis que son diversas las necesidades que presentan los usuarios, por lo tanto cada recurso se debe adaptar a las necesidades presentes de estos.

Respuesta 5.

Si, ya que según el grado de DI, disponen de una serie de necesidades.

Respuesta 6.

La dependencia no guarda relación con la DI, aunque la DI según el grado de estas, si que tienen relación con la Dependencia.

Respuesta 7.

Creo que es importante que contéis con trabajadores social, incluso os puedo facilitar el contacto de algún profesional de este ámbito, aunque creo conveniente que dispongáis de algún otro profesional de otro ámbito, véase psicólogos...

Respuesta 8.

Pues la principal es la visibilización, ya que aunque se viene luchando durante muchos años, sigue existiendo una lacra en esta, otro factor clave sería la falta de inclusión laboral de este colectivo, según mi criterio.

Anexo 4. Correo informativo a los profesionales

Contamos con usted para formar parte del panel de expertos que hemos organizado para llevar a cabo un Análisis exploratorio de los requisitos de valoración de los recursos sociales para personas con Discapacidad Intelectual (leve y moderada) en Zaragoza.

Este estudio se contextualiza dentro del plan de estudios, del Grado en Trabajo Social, en el Trabajo Fin de Grado.

Concretamente, necesitamos su ayuda para lo siguiente (tres colaboraciones programadas):

PRIMERA COLABORACIÓN: Durante la última semana de Febrero o primera de Marzo, -si puede antes, fantástico, adelante- necesitamos nos ayude a identificar los requisitos que nos permitirían valorar los actuales recursos sociales (residencias, centros ocupacionales) destinados a las personas con discapacidad intelectual (leve y moderada).

Desde nuestra ignorancia, ya que el experto es usted, y con el único ánimo de orientar el tipo de respuestas que buscamos (lo más concretas posibles y, si es posible, en forma de esquema mucho mejor), nos vienen a la cabeza ideas como: disponer de:

- a) Carta de servicios
- b) Programas de calidad de vida
- c) Código ético
- d) Dirección por valores

Son sólo algunos ejemplos con los que, quizás, puede que no esté de acuerdo. En ese caso, olvide nuestros ejemplos, sólo estamos interesados en su opinión y, en ningún caso, querríamos condicionarla.

El tiempo estimado que le requerimos para esta colaboración es aproximadamente de 15-30 min (si puede dedicarle más, nosotros súper agradecidos, por supuesto).

Para su contestación, se le enviara un link/ enlace web, que le llevará a un cuestionario (typeform) donde usted podrá responder de una manera muy sencilla.

- **SEGUNDA COLABORACIÓN: Durante la tercera semana de marzo** (por favor, el 22 de marzo, como fecha límite), necesitaremos que responda a un cuestionario, ésta vez cerrado, que prepararemos a partir de las respuestas del panel de febrero, y que le enviaremos. En él tendrá que valorar dos aspectos: lo adecuado/o no del ítem para reflexionar en torno a los requisitos que nos permitirán valorar los recursos sociales para estas personas y su grado de acuerdo/o desacuerdo con la importancia del mismo.

El tiempo estimado que te requerimos para esta colaboración es aproximadamente de 15 min.

Y, una **TERCERA COLABORACIÓN (y última)** se le enviarán sus valoraciones para cada uno de los ítems, junto a la media obtenida por el conjunto de expertos y se le pedirá una nueva valoración en relación a la media con objeto de conseguir un mayor consenso entre los expertos.

En esta ocasión, podrá dar una nueva valoración a cada ítem o mantener la inicial. En este caso, de mantener su puntuación, por favor, le pediremos nos indique sus razones.
Duración aproximada 15 min

Los expertos tal como exige la metodología son anónimos. Es decir, los miembros del panel no saben quiénes lo componen y por lo tanto quién y con qué importancia ha valorado cada requisito.

Con objeto de comenzar ya nuestra investigación por favor, le solicitamos nos confirme su deseo de participar en la misma como miembro del panel de expertos a través de una de estas direcciones de correo: (omitido por confidencialidad) Carlos o (omitido por confidencialidad) Alejandro

Le agradecemos su tiempo y esperamos le parezca una investigación ilusionante.

Un cordial saludo.

Alejandro Blasco Blasco

Carlos Castellón Sánchez

Anexo 5. Primer cuestionario a los panelistas

Tal y como se ha nombrado en el correo anterior, este primer cuestionario¹⁵ nos va a servir para concretar los criterios de evaluación que posteriormente se evaluarán.

Pese a ser las respuestas del cuestionario anónimas, para llevar de manera registrada y podemos desempeñar correctamente el análisis, es necesario que concretéis tanto vuestro cargo en la Institución, el nombre del recurso y vuestro nombre y apellidos.

Todo ello nos facilitará el análisis.

Como bien se ha especificado anteriormente en el correo, la siguiente pregunta es la única que se debe responder en el primer cuestionario, y es la que nos va a permitir crear unos ítems, con los que se puedan evaluar los recursos.

El tiempo de respuesta aproximado es de unos 15-20 min.

¿Cuáles son los criterios de evaluación que consideras oportunos para analizar los distintos recursos que trabajan con la Discapacidad Intelectual (Leve y Moderada) en Zaragoza?

Ejemplos de ellos pueden ser:

- Poseer una cartera de servicios.
- Disponer de Programas de Calidad de Vida.
- Planteamientos éticos de los diferentes profesionales.
- Programas de atención a las familias afectadas.

Pueden estar enfocados hacia la Atención a Familiares, incorporación de nuevas tecnologías, continua formación de los profesionales para una especialización que conlleve una buena intervención, gestión del recurso, etc.

Muchas gracias por la colaboración.

Somos Alejandro Blasco Blasco y Carlos Castellón Sánchez.

Os facilitamos nuestro contacto para cualquier duda.

Alejandro: (Correo Omitido) Carlos: (Correo Omitido)

Un saludo cordial.

¹⁵ Formato modificado de Typeform a formato Word para la inclusión en anexos.

Anexo 7. Tercer cuestionario a los panelistas

| AREAS | | INDICADORES | | | |
|--|---|--|-------------------------------|---|--|
| | | 1ª columna Valoración según el rúbrica | 2ª columna Medias Globales | 3ª columna Puede nueva valoración en su puntuación | 4ª columna Motivos, o bien porque se mantiene su valoración o porque la modifica. |
| PROGRAMAS | Programa de intervención enfocados a la recuperación y la autonomía del usuario, que contemplen viviendas con distintos niveles de dependencia, facilitando su autonomía personal. | 5,13 | | | |
| | Programa de evaluación, planificación y seguimiento de las intervenciones que favorezcan un itinerario de inserción acorde con las capacidades de cada usuario. Esto comprende desde el entrenamiento de las actividades básicas vida diaria (ABVD) hasta el acompañamiento a la inserción laboral. | 5,13 | | | |
| | Debe existir un Reglamento de Régimen Interior donde se informe de todos los procedimientos, derechos, obligaciones y sistemas de participación. | 8,13 | | | |
| | La existencia o no de programas de atención a las familias. | 8,5 | | | |
| | Programas orientados al ocio y tiempo libre del usuario, en el que sean participes las familias. | 8,13 | | | |
| | Measas de reparto. | 6,71 | | | |
| | Servicios vecinales. | 6,5 | | | |
| | Servicios/actividades complementarios externalizados. | 5,75 | | | |
| | Aplicación de medidas de atención a la diversidad de discapacitados. | 8 | | | |
| | Colaboraciones con empresas para favorecer la inserción laboral. | 7,63 | | | |
| SERVICIOS PRESTADOS POR LA INSTITUCIÓN | Trabajo en red. Coordinación con otras instituciones que intervengan con el usuario/familia. | 8,5 | | | |
| | Trabajo multidisciplinar coordinado en la intervención con el usuario/familia. | 5,38 | | | |
| | Garantizar la solidez financiera y continuidad de los servicios prestados. | 8,38 | | | |
| | Formación continua y especialización de los profesionales. | 8,5 | | | |
| | Numero y situación de los profesionales que componen el equipo en cada recurso. | 7,38 | | | |
| | Formación de los cuidadores/familiares. | 6,5 | | | |
| | Disponibilidad de carta de servicios. | 7,88 | | | |
| | Disponibilidad de unos indicadores que mida la calidad de los servicios. | 8,13 | | | |
| | Poseer unos parámetros de calidad de vida del usuario/ familia. | 8,63 | | | |
| | Disponer de un código ético como entidad/organización. | 8,5 | | | |
| RECURSOS INTANGIBLES | Utilización de la institución y servicio (accesibilidad en la comunicación, ausencia de barreras arquitectónicas, facilidad de acceso, cercano a otros centros que faciliten la inserción laboral. Como los centros especiales de empleo). | 8,25 | | | |
| | Equipamiento material adaptado (muebles, cocina para realizar actividades que los hagan mejorar las ABVD, etc.). | 8,38 | | | |
| | Equipamiento tecnológico adaptado (tablets, pizarras electrónicas, etc. con programas ajustados a este colectivo). | 7,88 | | | |
| RECURSOS TANGIBLES | Disponer de un espacio físico que garantice la intimidad de los usuarios. (En el caso de las residencias disponer de una habitación individual). | 8,86 | | | |
| | Adaptación individualizada con el usuario y su familia en la intervención social. | 9,25 | | | |
| | Participación del usuario en su proceso de intervención. | 8,88 | | | |
| INTERVENCIÓN DIRECTA E INDIRECTA | Modelo de intervención enfocado a la inserción laboral, siendo el centro ocupacional la primera parte del itinerario. | 8,43 | | | |

En la columna "Valoración según el rúbrica", aparece la valoración que usted dio en la segunda ronda de cuestionarios; en la segunda columna, aparecen las medias globales de todos los expertos; y en la tercera columna, se habilita un espacio en el que usted puede modificar su valoración, si no desea modificarla, debe de poner la misma valoración que en la anterior ronda. (Siempre con números enteros) y en la cuarta y última columna debe explicar el cambio si lo ha realizado.

