



1r. Premi

Investigació sobre **PERSONES** amb Discapacitat Intel·lectual

Treballs premiats 2006



Sta. M. de Comabella – Ctra. Santpedor, km. 4,4

Tel. 93 827 23 00 – Fax 93 827 21 38

Ap. correus 410 – 08248 Manresa

www.ampans.cat – ampans@ampans.cat

Col·labora:



1r. PREMI
INVESTIGACIÓ SOBRE **PERSONES**
AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL
2006

1er. Premio
Investigación sobre **PERSONAS**
con Discapacidad Intelectual

Trabajos premiados 2006

© AMPANS

www.ampans.cat

Primera edició: novembre 2006

Dipòsit legal: B-51956-2006

Producció i impressió: AMPANS

Imprès sobre paper ecològic

PRÓLOGO

La Asociación Manresana de Padres de Niños Subdotados (AMPANS) inició su recorrido en el año 1965, hace ahora cuarenta y un años, como consecuencia de la labor promotora de unos padres que querían una atención especializada para sus hijos.

A lo largo de estos años, AMPANS ha ido desarrollándose para alcanzar unas cotas de servicios orientados a la mejora de la calidad de vida de las personas que presentan una discapacidad intelectual y la de sus familias.

Desde esta perspectiva, AMPANS ha ido percibiendo que puede, y debe, hacer más para la mejora de esta situación, y como una línea más de actuación ha convocado el **1er Premio de Investigación sobre Personas con Discapacidad Intelectual** de AMPANS.

Con este Premio queremos hacer un reconocimiento a todas las personas, entidades, asociaciones y equipos que dedican sus esfuerzos al estudio e investigación a favor de las personas con discapacidad intelectual, a la vez que se quiere premiar los trabajos de investigación dirigidos a la atención de estas personas.

A su vez, con la edición de los trabajos premiados, AMPANS sigue en la línea de publicaciones que deben servir para divulgar “Buenas Prácticas” y otros trabajos, que nos ayuden a reflexionar y mejorar la atención de las personas con discapacidad.

Como ya he señalado anteriormente, esta publicación recoge el contenido de los trabajos premiados en el 1er Premio de Investigación. Sin entrar en el contenido técnico de los tres trabajos, me gustaría destacar, y así lo corroboró el Jurado del mismo, lo siguiente:

El primer premio, titulado: **“El mundo emocional de las personas con retraso mental”** destaca por el rigor científico, carácter innovador y la relevancia del estudio de las emociones en el desarrollo de las personas que presentan una discapacidad intelectual.

El segundo premio, titulado **“Centre Ocupacional per a Persones amb Discapacitat Intel·lectual” (Centro Ocupacional para Personas con Discapacidad Intelectual)** aborda una propuesta sistemática con implicaciones prácticas de gran utilidad en el diseño de un servicio.

Y el tercer premio, titulado **“CANDIS’s: una nueva aportación. Un nuevo reto en la detección de las necesidades de las personas con Discapacidad Intelectual. Validación de un nuevo instrumento de “screening”. Punto de partida para la mejora de las intervenciones”** supone la aportación de un instrumento que puede contribuir a una mejor detección de algunas necesidades de las personas que presentan una discapacidad intelectual.

El próximo mes de enero de 2007 AMPANS convocará el 2º Premio de Investigación sobre Personas con Discapacidad Intelectual, y en el mismo se pretende abrir el abanico de trabajos a presentar. Incorporando al aspecto investigador, la posibilidad de presentar trabajos aplicados.

Como Presidente de AMPANS agradezco a todas las personas que se han presentado al 1er Premio de Investigación por la participación y por su “buen hacer”. Nuestro agradecimiento a los miembros del jurado por la complicidad que han mostrado hacia nuestros objetivos y también a la Mutua Intercomarcal por su sensibilidad y su patrocinio, sin el cual no hubieran sido posibles estos premios.

Nuestro deseo es poder contar con su participación en las futuras convocatorias de los Premios.

Jaume Espinal
Presidente de AMPANS

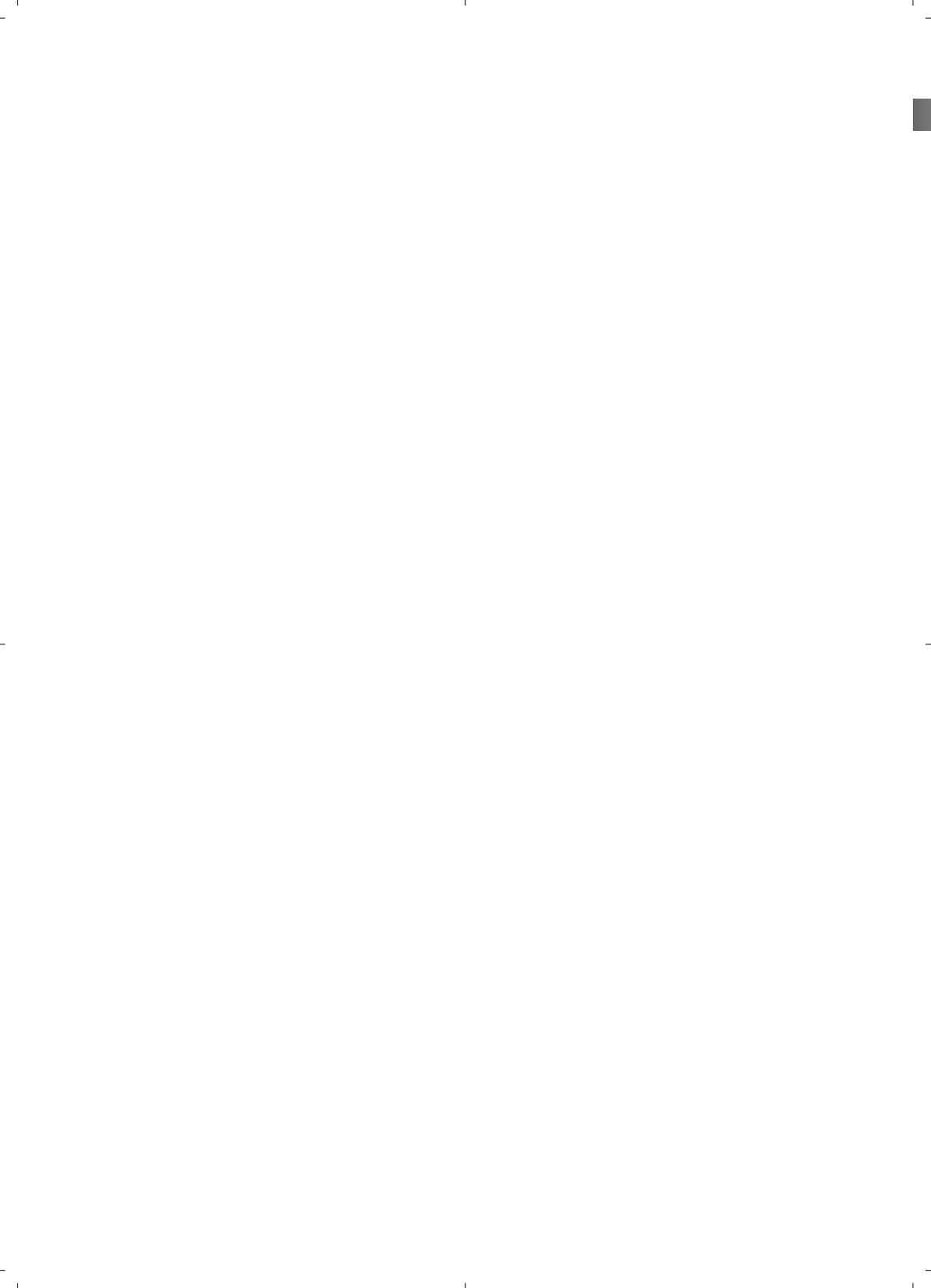
EL MUNDO EMOCIONAL DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL

Un estudio empírico sobre
su capacidad para reconocer y
experimentar emociones.

Belén G. Bermejo

INDICE

1. ABSTRACT	9
2. INTRODUCCIÓN	15
2.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA	16
2.2. ESTUDIOS SOBRE RECONOCIMIENTO EMOCIONAL EN LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL	18
3. UN ESTUDIO SOBRE EMOCIONES EN PERSONAS CON RETRASO MENTAL	25
3.1. INTRODUCCIÓN	25
3.2. OBJETIVOS	26
3.3. MÉTODO	26
3.3.1. PARTICIPANTES	26
3.3.2. MATERIAL	27
3.3.3. MATERIAL	35
3.4. RESULTADOS	38
3.4.1. RECONOCIMIENTO EMOCIONAL	38
3.4.1.1. Tarea de etiquetado	38
3.4.1.1.1. Análisis global de errores	38
3.4.1.1.2. Tarea de etiquetado por emociones	42
3.4.1.1.3. Resumen	52
3.4.1.2. Tarea de estimación	53
3.4.1.2.1. Dispersión de medias	53
3.4.1.2.2. Escalamientos Multidimensionales	56
3.4.1.2.3. Análisis de Regresión logística	60
3.4.1.2.4. Resumen	64
3.4.1.2.5. Tarea control	65
3.4.2. EXPERIENCIA EMOCIONAL	70
3.4.2.1. Dispersión de medias	71
3.4.2.2. Escalamientos Multidimensionales	75
3.4.2.3. Análisis de regresión logística	80
3.4.2.4. Resumen	83
4. CONCLUSIONES	85
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
6. ANEXOS	101



1. ABSTRACT

El estudio desarrollado ha surgido de dos necesidades. Por un lado, la escasa atención que en el campo del retraso mental se ha prestado al mundo de las emociones y por otro lado, la importancia que el desarrollo emocional tiene en el desarrollo de otras habilidades deficitarias en esta población como son las habilidades sociales.

La literatura existente sobre reconocimiento emocional en las personas con retraso mental ha aportado datos contradictorios. Unos estudios hablan de déficit en el reconocimiento emocional de esta población, mientras que en otros trabajos tal déficit no se ha constatado. A esta confusión se une que muchas de estas investigaciones presentan numerosos errores metodológicos y por tanto sus conclusiones se vuelven poco fiables.

Desarrollamos este estudio subsanando en la medida de lo posible los errores metodológicos de los trabajos anteriores. Los objetivos planteados en el mismo han sido:

Primero, analizar si realmente existe o no déficit en la población con retraso mental en el reconocimiento de emociones.

Segundo, determinar si este déficit, en caso de que exista, es específico de las emociones.

Tercero, analizar, en esta población, el sentimiento de sus propias emociones.

Los dos aspectos más destacables de este trabajo son la metodología empleada (se han incluido dos tareas de reconocimiento con demandas cognitivas diferentes, dos grupos control igualados en edad mental y cronológica, y se ha diseñado una tarea control) y lo sorprendente de los resultados. El haber encontrado que la presencia de déficit en el reconocimiento emocional de las personas con retraso mental depende de aspectos metodológicos como la tarea propuesta o el grupo control es un dato de gran relevancia tanto para el mundo de la investigación como para el ámbito clínico de esta población.

“Se alza ante nosotros un mundo paralelo al mundo cognitivo de las personas con retraso mental, su existente y aún desconocido mundo emocional”

ABSTRACT

EL MÓN EMOCIONAL DE LES PERSONES AMB RETARD MENTAL. UN ESTUDI EMPÍRIC SOBRE LA SEVA CAPACITAT DE RECONÈIXER I EXPERIMENTAR EMOCIONS

L'estudi que es desenvolupa ha sorgit de dues necessitats. Per un costat, la poca atenció que en el camp del retard mental s'ha donat al món de les emocions i per altre costat, la importància que té el desenvolupament emocional en el desenvolupament d'altres habilitats deficitàries en aquesta població com són les habilitats socials.

La literatura existent sobre el reconeixement emocional en les persones amb retard mental ha aportat dades contradictòries. Uns estudis parlen de dèficit en el reconeixement emocional d'aquesta població, mentre que en altres treballs aquest dèficit no s'ha constatat. A aquesta confusió s'hi afegeix que moltes d'aquestes investigacions presenten nombrosos errors metodològics i per tant les seves conclusions són poc fiables.

Desenvolupem aquest estudi esmenant, en la mesura que sigui possible, els errors metodològics dels treballs anteriors. Els objectius plantejats en aquest han estat:

Primer, analitzar si realment existeix o no dèficit en la població amb retard mental en el reconeixement de les emocions. Segon, determinar si aquest dèficit, en cas que existeixi, és específic de les emocions. I tercer, analitzar, en aquesta població, el sentiment de les seves pròpies emocions.

Els dos aspectes més destacables d'aquest treball són la metodologia utilitzada (s'han inclòs dues tasques de reconeixement amb demandes cognitives diferents, dos grups control igualats en edat mental i edat cronològica i s'ha dissenyat una tasca control) i lo sorprenent dels resultats. L'haver trobat que la presència de dèficit en el reconeixement emocional de les persones amb retard mental depèn d'aspectes metodològics com la tasca proposada o el grup control és una dada de gran rellevància tant pel món de la investigació com per l'àmbit clínic amb aquesta població.

"S'aixeca davant nostre un món paral·lel al món cognitiu de les persones amb retard mental, el seu existent i encara desconegut món emocional"

ABSTRACT

THE EMOTIONAL WORLD OF PEOPLE WITH MENTAL RETARDATION. AN EMPIRICAL STUDY INTO THEIR ABILITY TO RECOGNISE AND EXPERIENCE EMOTIONS.

This study conducted came out of two needs. On the one hand, the lack of care which in the world of people with mental retardation has been given to the world of emotions and, on the other, the importance that emotional development has on the development of other reduced abilities in this group such as social skills.

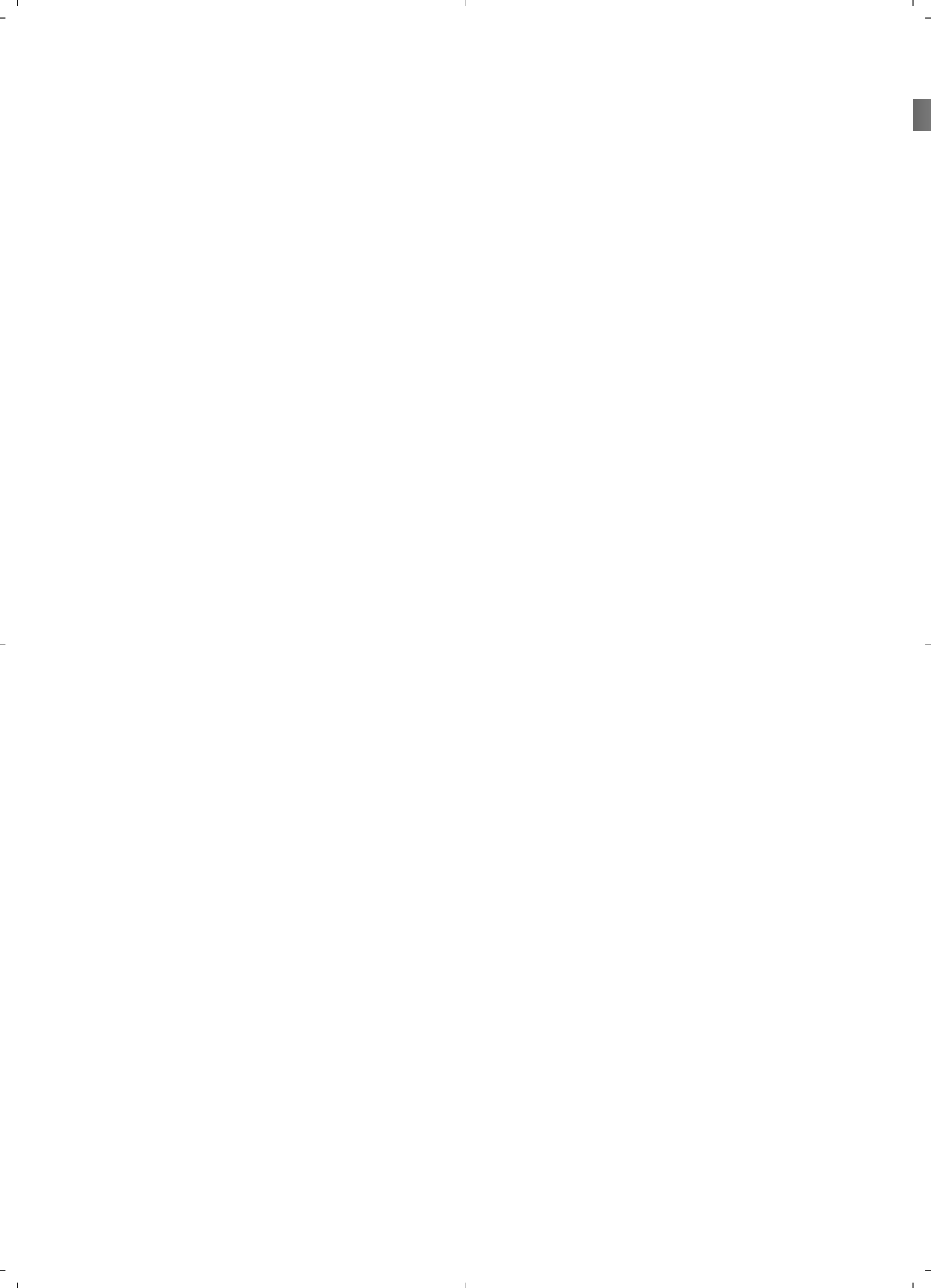
Existing literature on emotional recognition in people with mental retardation has provided contradictory information. Some studies talk of a deficit in emotional recognition within this group, while in others this deficit has not been reported. Added to this confusion is the fact that much of this research has numerous methodological errors and therefore its conclusions are not very reliable.

We have conducted this study rectifying as far as possible the methodological errors of previous studies. The aims set out in this study were:

First, to analyse whether there really is a deficit or not among people with mental retardation in recognising emotions. Second, to determine whether this deficit, if it does exist, is specific to emotions. And third, to analyse, in this group, how they feel their own emotions.

The two most significant aspects of this study are the methodology used (this includes two recognition tasks with different cognitive demands and two control groups with the same mental and chronological age and a control task has been designed) and the surprising results. Discovering that the presence of deficit in emotional recognition among people with mental retardation depends on methodological tasks such as the task proposed or the control group is highly relevant both for the world of research and for the clinical environment with this group.

"Before us lies a parallel world to the cognitive world of people with mental retardation, their existing and as yet undiscovered emotional world."



2. INTRODUCCIÓN

El presente estudio ha formado parte de una Tesis doctoral desarrollada en el Instituto de Integración en la Comunidad (INICO), en la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, bajo la dirección de Pedro Mateos García y Miguel Ángel Verdugo Alonso.

Dicha investigación ha surgido de dos necesidades:

La primera de ellas, la escasa atención que en el campo del retraso mental se ha prestado al mundo de las emociones. El vacío existente en la atención al mundo emocional en esta población se ha debido fundamentalmente a que durante años diagnosticar retraso mental ha supuesto diagnosticar también otra serie de déficit, aunque la presencia de estos no contase con una evidencia científica sólida. Uno de estos déficit dados por supuestos ha sido el relativo a su mundo emocional.

La segunda de ellas, la importancia que el desarrollo emocional tiene en el desarrollo de otras habilidades deficitarias en la población con retraso mental como son las habilidades sociales. El reconocimiento y la expresión emocional son aspectos claves en la interacción con los demás y por tanto básicos para poder desarrollar las habilidades sociales en esta población. Las habilidades sociales constituyen una de las áreas prioritarias en el desarrollo social de cualquier persona. En el caso de las personas con retraso mental el desarrollo de estas habilidades es necesario para: (Bermejo y Prieto, 2002)

- **Favorecer una integración y desinstitucionalización exitosa.** Las directrices en las que actualmente nos movemos preconizan la desinstitucionalización, la apertura a la comunidad, la verdadera integración. El entrenamiento en habilidades sociales es la herramienta necesaria para que la apertura a la comunidad tenga garantías de éxito.
- **Evitar la aparición de problemas de comportamiento.** Las conductas problemáticas que en algunas ocasiones presentan algunas personas con discapacidad representan, a menudo, la expresión clara del déficit en una habilidad. Es una forma de comunicación, la manera de conseguir cosas que no saben obtener de otra modo. El desarrollo de habilidades sociales es el desarrollo de una conducta alternativa que sustituya a la conducta problemática en la consecución de su objetivo.
- **Prevenir la aparición de problemas psicológicos.** Las experiencias de vida de algunas personas con retraso mental son una predicción de su desajuste psicológico. La aceptación social a través del entrenamiento en habilidades sociales favorece la estabilidad personal del sujeto.
- **Prevenir el abuso sexual.** Determinadas características de la población con retraso mental junto a factores que rodean a sus condiciones de vida les hacen más vulnerables a ser objeto de explotación y utilización. Tienen problemas para resistirse a la presión de los otros o para manifestar negativas ante determinadas demandas, y en estos déficit se entremezclan distintos aspectos como la difícil-

tad para determinar que en una conducta del otro hay una segunda intención, o la necesidad de sentirse querido y recompensado. El entrenamiento en habilidades como rechazar determinadas demandas o decir que no, puede prevenir muchos de estos episodios.

Junto a la importancia de las habilidades sociales en la integración social de cualquier persona, podemos destacar también su relevancia en la integración laboral. La falta de habilidades sociales a menudo es una de las causas de pérdida de trabajo para las personas con retraso mental (Martin et al 1986 en Rojahn et al 1995, Verdugo y Jenaro, 1995), de la exclusión por sus iguales sin discapacidad en los ámbitos laborales y, con frecuencia del desarrollo de sentimientos de rechazo y soledad (Chadsey-Rusch et al, 1992).

Si ahondamos en un análisis de las relaciones interpersonales, encontramos que un componente clave es la habilidad de la persona para percibir adecuadamente los estímulos sociales, cómo el lenguaje corporal y las expresiones faciales, pues son estos los que le indicarán cómo deberá reaccionar utilizando las conductas verbales, paralingüísticas y no verbales pertinentes (McAlpine, et al., 1992). En la conducta interpersonal tiene un gran peso la expresión facial y la interpretación de las emociones de los demás.

2.1 Perspectiva histórica

La trayectoria histórica en cuanto al estudio de las emociones en personas con retraso mental se ha caracterizado por un vacío. La existencia de este vacío histórico no sorprende si tenemos en cuenta dos situaciones fundamentales:

Por un lado, la forma de concebir tradicionalmente el retraso mental en términos de deficiencias cognitivas. Este hecho ha supuesto que durante décadas las teorías del retraso mental hayan centrado su atención en como el funcionamiento cognitivo influye en el funcionamiento conductual. Esta atención selectiva ha supuesto dejar de lado el mundo emocional de las personas con retraso mental o eclipsarlo en función de ese déficit cognitivo.

Por otro lado, la existencia en la psicología básica de una polémica relación entre emoción y cognición. En los inicios de la década de los 80 tuvo lugar un fuerte debate sobre la relación entre emoción y cognición con dos planteamientos diametralmente opuestos. De una parte, Robert Zajonc (1980) proponía que la emoción y la cognición están bajo el control de sistemas psicológicos separados y parcialmente independientes y, asimismo que las emociones ocurrían antes y de forma independiente de los procesos cognitivos. Por otro lado, Richard Lazarus (1982, 1984) sostenía que todas las respuestas emocionales estaban precedidas por algún proceso cognitivo básico (evaluación) y, por tanto, las emociones eran fenómenos postcognitivos. Desde entonces ha ido ganando aceptación la visión de que los procesos cognitivos están estrechamente relacionados con la emoción, aunque todavía persiste el desacuerdo sobre la dirección y el alcance de esta relación (Izard, 1993a). Si en la psicología básica existía esta polémica no es de extrañar que en el área del retraso mental se ignorasen durante tanto tiempo los procesos emocionales y su relación con los procesos cognitivos en esta población.

Es a partir de estas posturas enfrentadas y de los años 80 cuando los investigadores empiezan a plantearse la bidireccionalidad de la relación entre funcionamiento afectivo y cognitivo (Cicchetti y Schneider-Rosen, 1984).

Y es a partir de, fundamentalmente, la década de los 90 cuando el vacío en el estudio de las emociones en personas con retraso mental empezó a cambiar. Este cambio tal vez se haya debido tanto a la incipiente necesidad de entender el retraso mental más allá de un déficit cognitivo, como a la conciliación de posturas intermedias en la relación entre cognición y emoción en la psicología en general. Y así desde esta fecha, un número de estudios realizados fuera de nuestro país se centraron en la investigación de los procesos emocionales de las personas con retraso mental. Más en concreto en el reconocimiento emocional.

En algunos de estos estudios, los más numerosos, se llegaba a conclusiones sobre la presencia de déficit en el reconocimiento emocional de las personas con retraso mental. Estos estudios respondían a la mencionada perspectiva histórica en la concepción del retraso mental, según la cual el déficit cognitivo repercute en todas las demás facetas del desarrollo de la persona.

Un número menor de estudios desarrollados durante estos mismos años no constataron tal déficit.

Esta inconsistencia en las conclusiones de la literatura ha dado lugar a dos planteamientos enfrentados en cuanto al origen de los problemas de adaptación social en las personas con retraso mental (Moore, 2001). Por un lado el planteado por Rojahn, Rabold y Schneider (1995), quienes han sugerido que hay una relación causal directa entre el déficit en percepción de emociones y los problemas de adaptación social de las personas con retraso mental. Esta propuesta causal descansa en la peor ejecución de las personas con retraso mental en las tareas de percepción de emociones cuando se les compara por un lado con grupos con un desarrollo normal de la misma edad cronológica y por otro lado en algunos estudios en los que se les compara con grupos de la misma edad mental.

En contraste, la otra postura ha sugerido que las capacidades de percepción de emociones están intactas en las personas con retraso mental (Moore, 1994; Moore, Hobson y Lee, 1997). Este planteamiento arranca de psicólogos ecológicos como Baron, (1980) quienes han sugerido que los seres humanos pueden no emplear los mismos procesos en percibir a la gente que los que utilizan en la percepción de objetos y que la percepción social no debe asumirse a partir de una inferencia, basándose en procesos cognitivos. En la misma línea, los psicólogos cognitivos han propuesto que los seres humanos pueden poseer una serie de mecanismos cognitivos independientes que proporcionan significados básicos y necesarios para una comprensión social (Fodor, 1983). Cada uno de estos mecanismos puede operar en dominios simples y tener su propia arquitectura neurológica. Su operación es automática y actúa con independencia de cualquier otro proceso simbólico de más alto nivel y típicamente asociado con la inteligencia general.

Aunque estas teorías ecológicas y cognitivas no excluyen a las personas con retraso mental de tener déficit en estas áreas de funcionamiento social, si sugieren que algunas capa-

ciudades de percepción social en las personas con retraso mental no están afectadas por daños en el funcionamiento cognitivo general (Moore et al., 1995). Además, existen evidencias de que hay capacidades de percepción social intactas en personas con retraso mental en otros dominios que no son la percepción de emociones. Por ejemplo, Dobson y Rust (1994) mostraron que los niños con retraso mental tuvieron problemas en recordar objetos en comparación con un grupo control emparejado en edad mental pero ejecutaron igual cuando se trataba de recordar caras (Anderson y Miller, 1998). De igual modo, Moore et al. (1995) demostraron que personas con retraso mental tenían intactas sus habilidades para percibir movimientos corporales humanos en contraste con la presencia de daños específicos en otras capacidades de procesamiento de información.

Es a partir de esta reflexión cuando surge la pregunta de si es posible que las personas con retraso mental tengan intactas capacidades específicas para la percepción de emociones. Si fuera así, como podemos explicar que numerosos estudios hayan hablado de déficit en tareas de percepción de emociones. Moore (2001) plantea que tal vez los estudios realizados sobre reconocimiento emocional en personas con retraso mental hayan utilizado una metodología cuestionable y que por tanto, las conclusiones a las que han llegado estos estudios sean también cuestionables.

Veamos a continuación que criterios debe cumplir un estudio de estas características y como se han atendido a ellos los estudios realizados.

2.2. Estudios sobre reconocimiento emocional en las personas con retraso mental.

Como acabamos de señalar, la literatura acerca del reconocimiento emocional en personas con retraso mental está llena de contradicciones. Algunos autores corroboran la existencia de déficit en el reconocimiento emocional en esta población, mientras que otros autores no encontraron tal déficit en sus estudios.

Para poder confirmar la existencia o no de déficit en el reconocimiento de emociones en las personas con retraso mental, los estudios realizados al respecto deberían cumplir una serie de requisitos metodológicos como son (Moore, 2001): seleccionar cuidadosamente la tarea emocional, utilizar grupos control adecuados, incluir tareas control y utilizar estímulos que sean representaciones naturales de las emociones. Veamos detenidamente cada uno de estos aspectos.

Los *tipos de tareas* que habitualmente se han utilizado para estudiar el reconocimiento emocional de las personas con retraso mental han sido las tareas de identificación, etiquetado, emparejamiento, y estimación. Cada tipo de tarea supone una demanda cognitiva diferente al participante. Veamos cada una de ellas:

La *identificación* consiste en la localización de la imagen que corresponde a la palabra emocional objetivo. Esto es, se le da al participante una palabra emocional y se le pide que indique la foto que corresponde a esa palabra ("Diga en cuál de estas fotos la perso-

na está triste”). Las tareas de identificación requieren que el participante retenga en la mente la información verbal contenida en la instrucción, acceda a su significado emocional y entonces, seleccione el estímulo entre un número de distractores. Los distractores serían las otras posibilidades de elección.

El **etiquetado** supone poner un nombre a un estímulo dado, bien sea éste una foto o una historia. Esto es, se le da al participante una foto que refleja una expresión emocional o se le cuenta una historia y se le pide que nos diga la palabra que describe la emoción de esa foto o del protagonista de la historia. Las tareas de etiquetado requieren que el participante retenga en la mente la imagen o historia objetivo, acceda a su significado emocional y de una respuesta verbal.

El **emparejamiento** supone localizar dos estímulos emocionales similares. Bien puede tratarse de emparejar dos fotos que responden a la misma emoción, bien de una foto con un sonido emocional o de una foto con una historia. Requiere que el participante retenga en la mente la información visual o verbal del estímulo objetivo y de los estímulos comparativos, establezca una correspondencia entre estos estímulos y seleccione un estímulo entre distractores.

Por último, **la estimación**, supone indicar la intensidad emocional de un estímulo en una escala. Esto es, situar en una escala que va por ejemplo desde muy feliz a muy triste, como cree que se siente la persona que aparece en la imagen que se le muestra. Requiere que el participante retenga en la mente la información visual, haga un juicio no categórico y seleccione su respuesta sobre una escala que puede incluir distractores.

Grupos control adecuados. Clave para poder extraer alguna conclusión respecto al mejor o peor reconocimiento emocional de las personas con retraso mental en una tarea, es introducir grupos con los que poder comparar sus resultados. Quizá el mejor modo de hacerlo es emparejar a los dos grupos por edad mental. Si ambos grupos tienen la misma edad mental, podrán responder igualmente a la demanda cognitiva de la tarea.

Pero, este emparejamiento en edad mental debe ser además pertinente con la tarea. Si la tarea supone habilidades cognitivas verbales, los dos grupos tendrán que estar igualados en este tipo de habilidades. Ya que si dos grupos se emparejan por edad mental no verbal, pero la tarea emocional solicitada requiere una respuesta verbal, no se puede asumir que las diferencias obtenidas no tengan que ver con la edad mental.

Por último, debe tenerse en cuenta que el emparejamiento por edad mental no significa que las personas con retraso mental y los individuos con un desarrollo normal tengan exactamente las mismas estructuras cognitivas, pueden existir diferencias en la calidad de los procesos cognitivos entre ambos grupos (Weiss et al., 1986).

Si no podemos garantizar que el emparejamiento iguale totalmente a los dos grupos, siempre se pueden minimizar las demandas verbales de las tareas.

También resulta conveniente introducir una segunda comparación con otro grupo de personas sin retraso mental pero con la misma edad cronológica. La inclusión de este otro

grupo control se justifica porque muchas de las experiencias vividas vienen determinadas por la edad cronológica. Estas experiencias que vivimos con el paso del tiempo, entre otras cosas, suponen percibir diferentes emociones en los otros. El haber estado expuesto a diferentes situaciones emocionales y haber percibido estas emociones en los demás pueden ser claves en el reconocimiento emocional. Reconocer significa haber conocido antes. Esta experiencia de reconocimiento puede influir en los estudios realizados (Harwood et al., 1999; Gumpel y Wilson, 1996; McAlpine et al., 1991 y Maurer y Newbrough, 1987).

Cuando en el estudio no se ha incluido grupo control de personas sin retraso mental, otra posibilidad es comparar la ejecución de participantes con diferentes grados de retraso mental. En este caso son las diferencias en C.I las que permitirían extraer conclusiones respecto a un mejor o peor reconocimiento de los diferentes participantes con retraso mental.

Tareas control adecuadas. Incluir una tarea control pertinente garantiza que el déficit encontrado es específico de las emociones. La tarea emocional y la tarea control deben tener el mismo nivel de dificultad y demandar el mismo tipo de respuesta. Es decir, la diferencia entre ambas estriba únicamente en el contenido. La tarea emocional incluirá contenido emocional y la tarea control no emocional.

Se han de emplear **estímulos pertinentes**. El tipo de estímulos utilizados han de ser representaciones naturales de las emociones. Si se utilizan representaciones no naturales como podrían ser dibujos esquemáticos o dibujos animados, la respuesta ante los mismos puede suponer algún tipo de aprendizaje de base.

Los estímulos que habitualmente se han empleado en estos estudios con personas con retraso mental han sido las fotos de las expresiones faciales de Ekman. En menor escala se han empleado otras fotos representando emociones, series de dibujos de caras, vocalizaciones emocionales y no emocionales, actores representando las emociones, dibujos de caras y posturas de animales y pegatinas de dibujos de personas junto a voces hablando en una lengua extranjera.

Veamos ahora detenidamente, a la luz de estos criterios metodológicos, los estudios que se han realizado sobre reconocimiento emocional en personas con retraso mental y las conclusiones a las que han llegado los mismos.

De acuerdo a los estudios revisados en este trabajo sobre el reconocimiento emocional en la población con retraso mental, hemos apreciado que las tareas más utilizadas han sido las tareas que suponen algún tipo de demanda verbal a los participantes. Tal es el caso de la tarea de etiquetado y de identificación (Gray et al.1983; Hobson et al.1989b; McAlpine et al.1991; Maurer y Neubrough,1987; Moore et al.1997; Simon et al.1996; Xeromeritou,1992 Adams y Markham,1991; Brosgole et al., 1987; McAlpine et al. 1992; Simon et al.1995 y 1996; Weisman y Brosgole,1994). Sin embargo se ha realizado un número mucho menor de estudios con tareas no verbales. Solamente dos de los veinticuatro estudios revisados han empleado la tarea de estimación (Levy et al.,1960 y Rojahn et al.1995).

El tipo de demanda (verbal o no verbal) que requiere la realización de la tarea con la que se pretenda estudiar el reconocimiento, podría estar influyendo en que este resulte más o

menos costoso a los participantes con retraso mental. Este parámetro podría ser crucial a la hora de detectar déficit en el reconocimiento emocional de las personas con retraso mental. Las tareas con demandas verbales podrían suponer dificultades adicionales a las personas con retraso mental. Estas dificultades podrían reducirse con la utilización de tareas no verbales. Es decir, cabe la posibilidad de que sea más probable encontrar déficit cuando se utiliza una tarea verbal que cuando se utiliza una tarea no verbal.

Podría resultar de gran interés realizar un estudio en el que se incluyeran dos tareas diferentes, una con demanda verbal y otra con demanda no verbal para comparar el reconocimiento emocional de las personas con retraso mental. Una opción adecuada como tarea con demanda verbal podría ser la tarea de etiquetado (sin duda una de las más utilizadas en los estudios revisados) y como tarea con demanda no verbal, podría ser la tarea de estimación. Estas dos tareas además de suponer demandas diferentes a los participantes responden a las dos tradiciones que han dominado la investigación contemporánea sobre las emociones. La aproximación de categorías básicas y el modelo dimensional. La tarea de etiquetado responde a la primera tradición y la de estimación a la segunda.

Pero entre los estudios que han utilizado el mismo tipo de tarea (sea esta verbal o no verbal) tampoco existe acuerdo en hablar de la presencia o ausencia de déficit en el reconocimiento emocional de esta población. Por tanto, además del tipo de tarea deben existir otros factores en estos estudios que afectan a los resultados obtenidos.

Uno de estos factores podría ser el grupo control seleccionado con el que se realizan las comparaciones. En los estudios que han utilizado tareas tanto verbales como no verbales nos encontramos con unos trabajos, la mayoría, que han incluido grupo control de igual edad mental (Adams y Markham,1991; Brosigole et al.,1987; McAlpine et al.,1992; Weisman y Brosigole,1994; Xeromeritou,1992; Hobson et al. 1989 a y b; Moore et al.1997; Marcell y Jett,1985; Rojahn et al.1995). Otros estudios, menos numerosos, han utilizado grupo control de igual edad cronológica (McAlpine et al.1991; Maurer y Newbrough,1997; Hardwood et al., 1999; Gumpel y Wilson, 1996; Levy et al.1960). Un tercer grupo de estudios han utilizado como grupo control diferentes niveles de retraso (Simon et al.1995 y 1996; Gray et al.1983; Simon et al.,1996). Ningún estudio ha incluido más de un grupo control.

Por ello, sería interesante en los estudios sobre reconocimiento emocional en la población con retraso mental incluir más de un grupo control. Es más, sería interesante incluir los dos grupos control (de igual edad mental y de igual edad cronológica) en las dos tareas, verbal y no verbal. La inclusión de estos dos grupos podría aportar información sobre la influencia de la edad mental y la edad cronológica en la ejecución de esas tareas.

Si igualamos a los dos grupos por edad mental nos aseguramos que las demandas de la tarea no estén excediendo las capacidades cognitivas del participante. Por tanto si se encontrasen diferencias en la ejecución de la tarea emocional entre los dos grupos iguales en edad mental estas diferencias no podrían achacarse a la complejidad de la tarea.

Si igualamos a los dos grupos por edad cronológica cualquier diferencia entre ellos no podría achacarse a sus diferencias en edad.

A veces, como hemos comentado anteriormente, los estudios no utilizan este tipo de grupos control de población sin retraso, sino que hacen comparaciones entre participantes con distintos niveles de retraso mental. Un dato en el que parecen coincidir todos estos estudios es en la influencia del C.I en el mejor o peor reconocimiento emocional. (Simon et al.1995 y 1996; Gray et al.1983; Simon et al.,1996). Este resultado parece trascender al tipo de tarea utilizada. Es decir, en todas las tareas que se han descrito anteriormente, se llega a este mismo resultado.

Pero ningún estudio de los que han utilizado este tipo de grupo control han incluido también un grupo control sin retraso mental. Y sin embargo, tal inclusión sería importante ya que sólo de encontrar este mismo dato en población normal se podría confirmar que el reconocimiento emocional depende del C.I.

Por otro lado, encontrar déficit en el reconocimiento de emociones no significa que el déficit sea específico de este ámbito. Podría ocurrir que las personas con retraso mental tuvieran problemas en la tarea de reconocimiento en si, independientemente de su contenido emocional. Esta especificidad del déficit no la determina la inclusión de un grupo control. Es necesario incluir una tarea control.

Como hemos comentado anteriormente tal tarea control demanda del participante el mismo tipo de respuesta que la tarea experimental pero su contenido no es emocional. Es de la comparación de las ejecuciones del grupo con retraso mental en la tarea experimental frente a la tarea control de donde podrá concluirse que el déficit encontrado es o no específico de este ámbito emocional.

La mayor parte de los estudios revisados carecen de esta tarea control (algunas excepciones son Hobson et al.,1989 a y b, Moore et al.1997 y Rojahn et al.1995). Los pocos estudios que la han incluido cuestionan la hipótesis de un déficit específico. Al menos esto es lo que ocurre en un estudio con la tarea de etiquetado (Hobson et al.,1989 b). En el estudio de Hobson et al. (1989b) fue la tarea control la que permitió concluir que el déficit encontrado en el grupo con retraso mental en comparación con el grupo control no era específico de las emociones. El grupo con retraso mental tuvo dificultades en el etiquetado tanto de estímulos emocionales como no emocionales.

En el caso de las tareas no verbales (Rojahn et al., 1995) sí se constató este déficit específico. Sin embargo, sería prematuro extraer la conclusión de que en la tarea verbal no se encontró déficit específico y en la tarea no verbal sí. En el estudio de Rojahn, los participantes estimaron mejor los estímulos no emocionales que los emocionales. Sin embargo, no está claro hasta que punto este resultado puede generalizarse. En este trabajo se incluyeron estímulos neutros junto a los estímulos de las seis emociones básicas. Como comentó el propio Rojahn en las conclusiones de su estudio, la estimación de estímulos neutros parece resultar especialmente complicada a las personas con retraso mental. Estos errores en la estimación de estos estímulos neutros en su estudio podrían haber contaminado sus conclusiones y sería más adecuado restringir este déficit en el reconocimiento de las emociones del que habla el autor a las caras neutras (Moore, 2001).

De ser cierta la contribución de los estímulos neutros en el estudio de Rojahn, quedaría

sin demostrar la supuesta especificidad del déficit de reconocimiento emocional en esta tarea. Por ello, sería interesante verificar de nuevo si en una tarea no verbal los resultados en la tarea control demuestran que el déficit es específico.

La tarea de estimación por su simplicidad y por la ausencia de demandas verbales sería la idónea para no encontrar déficit. Por ello, en caso de que este se constatare, sería sólo en la tarea emocional y no en la control. Por esta razón sería interesante incluir una tarea control de esta tarea de estimación.

Además, dada la controversia suscitada por el estudio de Rojahn, al comparar la tarea emocional y la tarea control sería interesante utilizar estímulos neutros y realizar análisis tanto globales como individuales por emociones.

No podemos concluir esta revisión sin mencionar el único estudio que hemos encontrado en nuestro país (García Villamizar y Polaino-Lorente, 1999).

No hemos incluido este trabajo junto a los anteriores por presentar una peculiaridad. Este estudio se realizó con el objetivo de analizar la respuesta emocional de las personas con autismo, y en él, el grupo de personas con retraso mental actuaba como grupo comparativo, más concretamente como grupo control de equivalente edad mental. Sin embargo, las conclusiones que del mismo se extrajeron tienen importantes implicaciones para el análisis que aquí estamos realizando.

Este estudio incluyó grupo control igualado en edad mental (el grupo con retraso mental), grupo control igualado en edad cronológica y tarea control. Las dos tareas experimentales empleadas fueron tareas con demandas verbales (etiquetar e identificar). Las conclusiones aportadas por este estudio presentaron un rendimiento inferior del grupo de autistas y del grupo con retraso mental frente al grupo de población general en las tareas relativas a emociones. Estas diferencias aunque también se constataron en la tarea control no fueron tan significativas como en las tareas emocionales.

Nuevamente parece que nos encontramos ante dificultades de reconocimiento en la población con retraso mental cuando la tarea tiene una demanda verbal, aunque en este estudio la población con retraso mental no fuera la población objetivo del mismo.

Antes de concluir este apartado, hay una última idea que deseáramos resaltar. Sería interesante, junto al estudio del reconocimiento emocional en las personas con retraso mental frente a las personas sin tal retraso, estudiar también como esta población sienten sus emociones frente a la población sin retraso mental. Este hecho nos permitiría relacionar el reconocimiento y el sentimiento emocional. Además permitiría obtener información adicional sobre las supuestas limitaciones cognitivas de las personas con retraso mental en el procesamiento emocional.

Por nuestra parte y de acuerdo a la revisión crítica realizada presentaremos en el siguiente capítulo un estudio empírico sobre reconocimiento emocional que recoja los criterios metodológicos aquí discutidos. A grandes rasgos, esta investigación supone la utilización de dos tareas de reconocimiento emocional (una verbal y otra no verbal), la utilización de

dos grupos de control (uno ajustado a la edad mental y otro a la edad cronológica) y la inclusión de una tarea control similar a la tarea de estimación. Además se ha incluido, junto al estudio del reconocimiento emocional de esta población, un estudio sobre como ellos mismos experimentan sus propias emociones.

3. UN ESTUDIO SOBRE EMOCIONES EN PERSONAS CON RETRASO MENTAL

3.1. Introducción

Como hemos planteado anteriormente, la investigación sobre reconocimiento de emociones en personas con retraso mental es bastante confusa y contradictoria. Esta contradicción en los resultados de los diferentes estudios revisados y sus carencias y críticas metodológicas dan pie a cuestionarse si realmente existe déficit o no, en el reconocimiento emocional de las personas con retraso mental. Más difícil todavía resulta responder a la pregunta de si ese déficit es específico de las emociones.

Con la idea de poder aportar algo de claridad a ese panorama tan confuso, nos propusimos el desarrollo de un estudio empírico sobre el reconocimiento emocional de las personas con retraso mental que partiese de las consideraciones de las revisiones y críticas realizadas a los estudios anteriores.

De acuerdo a estas consideraciones, en el presente estudio se han incluido dos tareas de reconocimiento emocional (una verbal y otra no verbal). Como tarea verbal, se ha presentado una tarea de etiquetado. Como tarea no verbal, se ha presentado una tarea de estimación.

Los estímulos que hemos utilizado en las dos tareas de reconocimiento propuestas han sido las fotografías estandarizadas de las seis emociones básicas de Ekman (uno de los materiales más empleados en el estudio de las emociones con esta población). Junto a las fotografías de estas seis emociones básicas hemos incluido fotografías de Ekman carentes de expresión emocional (neutras) como una categoría de medición más.

Las respuestas de los participantes con retraso mental ante cada una de estas dos tareas se han comparado con las respuestas de dos grupos control (uno ajustado a la edad mental y otro a la edad cronológica). Además se han comparado las respuestas de los dos grupos control entre sí. Estas comparaciones se han realizado tanto globalmente como por emociones separadas.

Por otro lado, con la finalidad de determinar si se constata un déficit específico en el reconocimiento de las emociones se ha incluido una tarea control de las tareas no verbales (por ser éstas, las tareas con menor demanda cognitiva, a menos de tipo verbal). En concreto se ha incluido una tarea control de la tarea de estimación. Esta tarea control ha sido diseñada específicamente en este estudio (no es réplica de ninguna utilizada anteriormente en otros estudios con esta población).

Por último, paralelo al estudio de reconocimiento hemos realizado también un estudio sobre la experiencia emocional en esta población. Como carecemos de referentes en la investigación con personas con retraso mental en este último aspecto, en este estudio sobre sentimiento hemos utilizado el International Affective Picture System (IAPS), un material ampliamente empleado y validado con población normal.

Tras esta introducción, se presenta detalladamente el estudio realizado.

3.2. Objetivos

En el presente estudio se pretende:

- Analizar la existencia o no de déficit en la población con retraso mental en el reconocimiento de emociones expresadas facialmente, mediante la utilización de dos tareas con demandas diferentes (una tarea de etiquetado y una tarea de estimación) y de dos grupos control (de igual edad mental y de igual edad cronológica).
- Determinar si este déficit, en caso de que exista, es específico de las emociones. Por tanto, analizar si se produce en tareas con contenido no emocional pero de características similares a la tarea emocional propuesta. En nuestro caso que la tarea emocional que requiere menos demandas verbales (la tarea de estimación).
- Analizar en la población con retraso mental, el sentimiento de sus propias emociones, paralelo al estudio sobre como reconocen las emociones en los demás.

3.3. Método

3.3.1. Participantes

En este estudio participaron un total de 136 personas. De estas, 46 eran personas con retraso mental, 45 niños sin retraso mental y 45 adultos sin retraso mental.

El grupo de personas con retraso mental pertenecía a un Centro Ocupacional de Salamanca al que asistían 6 horas diarias y en el que recibían clases formativas y se les enseñaba una ocupación específica (jardinería, encuadernación o papel maché). Se desenvolvían con total autonomía en la comunidad con una necesidad de apoyo intermitente (de acuerdo a la definición de retraso mental de la AAMR de 1992). De estos 44 participantes, 29 eran hombres y 17 mujeres, con unas edades comprendidas entre los 18 y los 52 años, con una media de edad cronológica de 31 años y una desviación típica de 8,87. El diagnóstico por parte del centro con respecto a la edad mental de los participantes de la muestra, de acuerdo a los contenidos curriculares que les enseñaban en el Centro Ocupacional en las clases formativas era de 11 años.

Más allá del dato proporcionado por el centro y con objeto de conocer específicamente el grado de rendimiento intelectual de los participantes de la muestra, les pasamos la escala especial del RAVEN (Raven, 1968/1960) de forma individual. Se eligió el RAVEN como instrumento de evaluación del rendimiento intelectual por tratarse de una medida de la edad mental no verbal y además por estar constituida por estímulos visuales (al igual que las tareas experimentales). Los resultados obtenidos de acuerdo a los baremos oficiales del RAVEN existentes fueron los siguientes: el 39,02% tuvo un rendimiento intelectual inferior al de niños de 11 años de edad cronológica, el 26, 83 % muy inferior a esta edad, el 24, 39 % similar a los 11 años, 7, 32% superior y 2,44% muy superior a 11 años.

El grupo de niños, pertenecía a sexto curso de la ESO de un colegio público de Salamanca de extracción social media-alta. De los 45 participantes, 25 eran niños y 20 niñas, con una media de edad cronológica de 11 años. Se seleccionó este grupo por equiparación en edad mental con el grupo de personas con retraso mental.

El grupo de adultos, lo formaron 28 varones y 17 mujeres. Sus edades estuvieron comprendidas entre 20 y 56 años. Con una media de edad de 31 años y una desviación típica de 8,41. La selección de los participantes de este grupo se realizó de acuerdo a dos criterios. Por un lado que se tratase de población general, no universitaria, con distinto grado de formación y distinto nivel cultural, para evitar el sesgo de la selección de un grupo con unas características predeterminadas; y por otro lado que tuviera el mismo rango de edad cronológica que los participantes del grupo control. Asimismo, se seleccionó cuidadosamente el número de varones y mujeres de acuerdo a sus edades, para que coincidieran con el grupo de personas con retraso mental.

El rendimiento intelectual de los adultos de acuerdo a la escala general del RAVEN (Raven, 1995/1938) fue el siguiente: el 10% obtuvo un rendimiento muy inferior a la media que se establece en los baremos estandarizados de dicha prueba (percentil 5), el 2,5% bastante por debajo de la media (percentil 10), el 17,5% un rendimiento igual a la media (percentil 50), el 27,5 % superior a la media (percentil 75) el 22,5% bastante superior a la media (percentil 90) y el 29% muy superior a la media (percentil 95)

3.3.2 Material

Para la realización de este estudio se utilizaron materiales diferentes: las láminas de expresiones faciales de Ekman, las imágenes afectivas de Lang, y una serie de imágenes de calor y frío. A continuación se describen detalladamente cada uno de estos materiales. Todo el material se presentó a través de la pantalla de un ordenador.

1. Láminas de Ekman

De todo el conjunto de láminas de expresiones faciales de Ekman se seleccionaron 21. La selección se hizo en función de que representasen a cada una de las siete emociones básicas (para facilitar la exposición hablaremos de la no emoción como una emoción más) y que incluyeran expresiones faciales tanto de hombres como de mujeres. Las láminas seleccionadas, extraídas del capítulo 10 del manual *Unmasking the face* (Ekman y Friesen, 1975) fueron: Nº 1, 4 ,6, 12,15,16, 25, 26, 28, 29, 30, 36, 37, 40, 48 y 53. Además del interior del libro se utilizaron las figuras 5A, 13A, 29B, 50B y 60.

La correspondencia entre estas láminas y la numeración que de las mismas utilizamos en nuestro estudio, así como la emoción a la que corresponden aparece recogida en la tabla 1.

Tabla 1.

Numeración y descripción de las láminas de Ekman utilizadas en nuestro estudio

Numeración en el presente estudio	Numeración de Ekman	Emoción que representa
L1	30	Alegría
L2	26	Enfado
L3	5A	Neutral
L4	36	Alegría
L5	28	Enfado
L6	13A	Neutral
L7	1	Sorpresa
L8	12	Miedo
L9	48	Miedo/sorpresa
L10	15	Asco/desprecio
L11	50B	Alegría
L12	60	Tristeza
L13	53	Neutral
L14	25	Enfado
L15	29	Enfado
L16	37	Tristeza
L17	40	Tristeza
L18	4	Sorpresa
L19	6	Sorpresa
L20	16	Asco
L21	29B	Asco

2. IAPS (International Affective Picture System)

El IAPS (Lang et al., 2001) consiste en un amplio conjunto estandarizado de 480 fotografías evocadoras de emociones, que aporta datos normativos de los estímulos emocionales para su uso en investigaciones experimentales y que, además, ha probado ser fiable y válido y no estar influido por las limitaciones que impone el lenguaje como vía de acceso a los fenómenos emocionales.

Para la realización de este estudio se seleccionaron, por razones éticas, dos conjuntos de imágenes del IAPS en función de que fueran a proyectarse a los participantes adultos o a los niños. Esto se debe a que determinadas imágenes utilizadas con adultos son demasiado crudas para ser vistas por los niños. El IAPS cuenta con imágenes específicas para los niños.

De este modo, cada grupo (niños y adultos) juzgó solo el conjunto de láminas pertinente a su edad, mientras que para poder realizar comparaciones, el grupo con retraso mental estimó separadamente ambos conjuntos de láminas.

A dichos conjuntos de láminas les denominamos IAPS adulto e IAPS infantil.

IAPS adulto.

Del conjunto total de las 480 fotografías que constituyen el IAPS, en nuestro estudio seleccionamos 21. Para la elección de las mismas tuvimos en cuenta las categorizaciones que de esas imágenes se han hecho en otros estudios en cuanto a las dimensiones de agrado y activación o tensión (Vrana et al., 1988; Greenwald et al., 1989; Brandley et al., 1992; Lang et al. 1993; Hamm et al., 1993; Bradley et al., 1993; Patrick et al., 1993; Bradley et al., 1994; Bradley y Lang, 1994; Cuthbert et al., 1996; Bradley et al., 1996; ,McManis et al., 1997; Cuthbert et al.,1998; Greenwald et al., 1998; Brandley y Lang, 1999; Cuthbert et al., 2000; Drobles et al., 2001; Sabatinelli et al., 2001). Al mismo tiempo, tuvimos en cuenta que fueran representativas de un amplio número de contenidos y de un amplio número de emociones.

De acuerdo a estos criterios, las imágenes seleccionadas según la numeración del IAPS fueron las siguientes: 1240, 1500, 2040. 2110. 2500, 3010, 3140, 3150, 4250, 4310, 4490, 4520, 4650, 5010, 5600, 6200, 7000, 7010, 7200, 8030, 9140. Además, se utilizaron como láminas de entrenamiento: 1090, 4220,4530 y 4610.

Los contenidos de las imágenes seleccionadas incluían fotografías de niños, parejas enamoradas, acontecimientos deportivos, desnudos de los dos sexos, comida, escenas naturales, objetos domésticos, serpientes, arañas, cuerpos mutilados, animales muertos y armas. La correspondencia entre la numeración del IAPS y el número de identificación utilizado en este estudio aparece en la tabla 2.

Tabla 2.

Numeración y descripción de las láminas de Lang en nuestro estudio. (IAPS adulto)

Numeración en el presente estudio	Numeración de Lang	Contenidos
L1	1240	Araña
L2	2110	Cara de un hombre
L3	2040	Bebé
L4	3140	Quemado
L5	8030	Esqui
L6	2500	Señor mayor
L7	4520	Desnudo masculino
L8	3010	Mutilación
L9	7010	Cesto
L10	4250	Chica en el agua
L11	5010	Flores
L12	4310	Denudo femenino
L13	1500	Perro
L14	7200	Chocolate
L15	6200	Arma
L16	4650	Pareja
L17	5600	Paisaje
L18	4490	Desnudo masculino
L19	7000	Rodillo de cocina
L20	3150	Mutilación
L21	9140	Vaca muerta
L0	1090	Serpiente
L0	4220	Mujer erótica
L0	4530	Hombre erótico
L0	4610	Pareja

IAPS infantil.

El conjunto final de fotografías del IAPS infantil, según la numeración del propio IAPS, lo formaron las siguientes imágenes: 1120, 1710, 1750, 1930, 2070, 2280, 3230 3500, 3530, 5020, 5910, 5950 6300, 6230, 6370, 7030, 7100, 7130, 7170, 7430, 8490, 9050, 9421. Se utilizaron para el entrenamiento las imágenes 1300 y 8510.

Los contenidos de estas imágenes para niños incluyeron fotografías de crías de animales domésticos, serpientes, tiburones, bebés, comida, escenas naturales, objetos domésticos, enfermos, atracos, escenas de fiesta y diversión y armas. (véase Tabla 3).

Tabla 3.

Numeración y descripción de las láminas de Lang en nuestro estudio. (IAPS infantil)

Numeración en el presente estudio	Numeración de Lang	Contenidos
L1	1120	Serpiente
L2	1710	Perritos
L3	2280	Niño con cara neutral
L4	1750	Conejitos
L5	5020	Flores
L6	6370	Hombre encapuchado
L7	3500	Atraco en el metro
L8	2070	Bebé
L9	7130	Camión
L10	7100	Surtidor de agua
L11	7430	Chocolatina
L12	1930	Tiburón
L13	7030	Plancha
L14	5910	Fuegos artificiales
L15	9050	Accidente de avión
L16	6230	Pistola
L17	5950	Rayo
L18	9421	Soldado
L19	6300	Cuchillo
L20	7170	Bombilla
L21	3230	Paciente con Sida
L22	8490	Montaña rusa
L23	3530	Atraco
L0	1300	Perro
L0	8510	Ferrari

El procedimiento de respuesta tanto para la aplicación estandarizada de las fotos de Ekman en una de las tareas como para el IAPS fué el SAMY. El SAMY es una adaptación realizada por nosotros de un procedimiento estandarizado: el Maniquí de Autoevaluación SAM (Self-Assessment Manikin, SAM; Lang, 1980). El SAM es una escala de medida pictográfica, que utiliza figuras humanoides, graduadas en intensidad, para representar los rangos de las tres dimensiones afectivas: valencia afectiva, activación y dominancia (véase Figura 1)

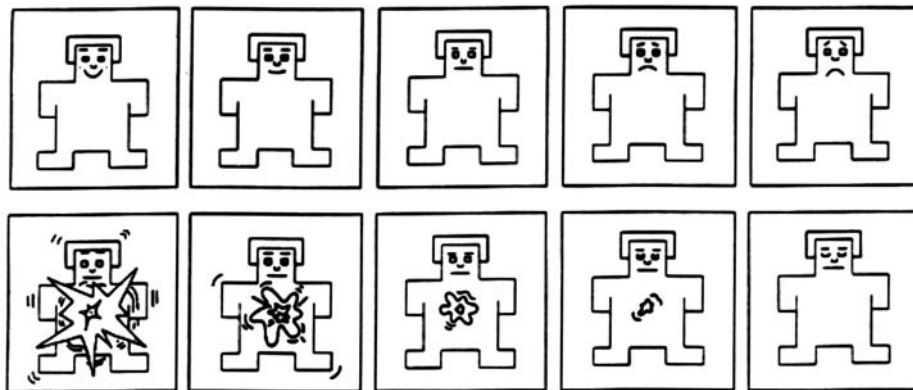


Figura 1. Escalas de agrado y activación del Self-Assessment Manikin, SAM (Lang, 1980)

Ni el SAM ni el IAPS, que sepamos, se habían utilizado antes con personas con retraso mental ni en nuestro país ni fuera del mismo. Por esta razón, antes de poner en marcha nuestro estudio, realizamos una aplicación piloto utilizando el SAM con personas con retraso mental y fue esta aplicación la que nos obligó a modificar el procedimiento adaptándolo a las dificultades con las que se encontraban los participantes.

La prueba con el diseño original del SAM nos aportó los siguientes datos y orientaciones: Se trata de figuras demasiado esquemáticas para trabajar con población con retraso mental en las que el dibujo en sí mismo y lo que quiere decir supone la utilización de procesos cognitivos o en su defecto de memoria. Continuamente preguntaban “¿Que quiere decir este?”(señalando uno de los dibujos). No entienden los dibujos y no asocian los dibujos con su significado. Por otro lado el SAM es una escala de estimación de 9 puntos ya que se permite al participante situar su respuesta en un espacio no representado gráficamente entre dos dibujos. Las personas con retraso mental no entendían la posibilidad de situarse entre dos dibujos sin existir tal referente gráfico, además no se correspondía lo que los participantes querían decir a nivel verbal con la imagen que señalaban en el SAM y confundían las dimensiones.

Esta aproximación inicial con el SAM nos llevó a adaptar el procedimiento para esta población, fue así como diseñamos la escala SAMY (véase Figura 2)

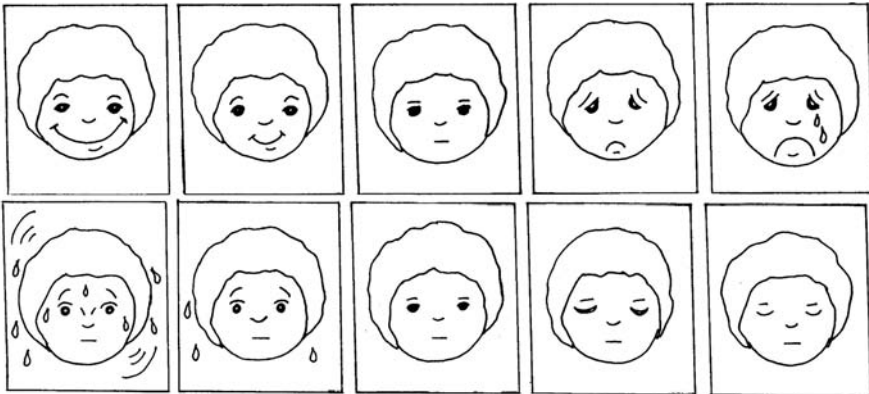


Figura 2. Escalas de agrado y activación del SAMY

El SAMY consta únicamente de dos escalas: Valencia afectiva y Activación. Eliminamos la tercera dimensión (control) por dos razones. Primero, por ser una dimensión que en la literatura general sobre emociones no cuenta con el consenso de las dos anteriores (como ya se ha comentado en el capítulo número 2); y segundo, porque es extremadamente compleja para ser entendida por personas con retraso mental. El participante ante la imagen que se le muestra tiene que responder si siente que controla la situación o que la situación le controla a él. Esta demanda resulta incluso complicada para personas sin retraso mental, sobre todo cuando se trata de trasladarla a una hoja de respuestas en la que aparecen representaciones simbólicas. Se trata de una tarea en la que la demanda de recursos cognitivos es mayor que en las dos anteriores.

La escala SAMY difiere de la escala SAM en dos importantes aspectos. En primer lugar, los dibujos del SAMY no son figuras humanoides sino caras en las que se representa más claramente la emoción o la activación. La forma de las caras se extrajo de un programa de habilidades sociales americano (Taking Part, de Cartedge y Kleefeld, 1991) que sirve para trabajar con niños, con lo cual los dibujos están adaptados a una mentalidad infantil, pero a la vez respetando la estructura del SAM en el empleo de dibujos con cierta carga simbólica. La versión final de la escala SAMY se obtuvo después de varias aplicaciones piloto a personas con retraso mental. La versión seleccionada fue, la que, respetando los criterios del SAM, mejor entendía la población objetivo. En segundo lugar, en el SAMY se redujo la contestación a los cinco dibujos que componen cada escala. En el caso de Valencia afectiva, 5 caras que expresaban el sentimiento de muy feliz, feliz, normal, triste y muy triste; en el caso de Activación, 5 caras que expresaban el sentimiento de muy nervioso, nervioso, normal, tranquilo y muy tranquilo. La secuenciación en el SAMY se hizo tal cual el SAM original, es decir empezando por Muy triste y acabando por Muy feliz (valencia afectiva), empezando por Muy nervioso y acabando por Muy tranquilo (activación)

3. Imágenes de calor y frío

Como tarea control se utilizaron fotografías de imágenes evocadoras de calor y frío extraídas de revistas, internet y publicidad, escaneadas y presentadas de manera similar a las imágenes de Ekman y del IAPS. Se trataba de fotografías en color, con contenidos de animales, paisajes, personas y comidas.

Por tratarse de un material diseñado por nosotros, las imágenes de esta tarea a diferencia del IAPS o de las láminas de EKMAN no tienen un referente numérico o bibliográfico. En cualquier caso se describen a continuación en la Tabla 4.

Lámina	Contenido
L1	Oso Polar
L2	Peces
L3	Playa con gente bañándose
L4	Lagarto
L5	Chimenea
L6	Playa con sombrillas
L7	Hoguera
L8	Paisaje nevado
L9	Sorbete helado
L10	Montaña de lava
L11	Iceber
L12	Escaladores en la nieve
L13	Paisaje
L14	Tucán
L15	Paisaje
L16	Guiso de garbanzos
L17	Chica lavándose la cara
L18	Chico sudando
L19	Vaso de whisky con hielos
L20	Chica dentro de una nevera
L21	Foca

Tabla 4. Descripción de los contenidos de las imágenes de calor y frío

Para la respuesta del participante se diseñó una escala de 5 imágenes (véase figura 3), similar al SAMY que iba desde mucho calor hasta mucho frío representada gráficamente por un dibujo infantil que iba desde un sol radiante hasta un sol totalmente cubierto por una nube. Estos dibujos al igual que en el SAMY estaban en blanco y negro.



Figura 3. Escala de calor.

3.3.3. Material

Con cada uno de los tres grupos se siguió el mismo procedimiento y siempre llevado a cabo por el mismo investigador.

Las imágenes se proyectaban en una pantalla de ordenador situado frente al participante. Cada imagen aparecía por un periodo de 6 segundos. Este periodo de exposición era controlado automáticamente por el programa en el que se había diseñado la prueba (Power Point). Tras los 6 segundos de exposición de la imagen, aparecía en la pantalla un rótulo con la indicación de "Responde ahora". Este rótulo permanecía en pantalla hasta que el participante había emitido su respuesta, entonces el investigador pasaba a la siguiente imagen accionando un comando del teclado del ordenador.

En las pruebas de reconocimiento emocional utilizamos las láminas de Ekman. Aplicamos dos pruebas de reconocimiento, una de etiquetado y otra de estimación.

En la tarea de etiquetado se le pedía al participante que determinase que tipo de emoción se expresaba en cada una de las láminas de Ekman presentadas. Para ello a lado de cada una de las imágenes aparecían escritos los nombres de las siete emociones (alegría, tristeza, sorpresa, enfado, asco, miedo y ninguna emoción) con el fin de que el participante tuviera la totalidad de las elecciones presentes en el momento de emitir la respuesta. La consigna ¿A que emoción corresponde esta foto? aparecía también con cada una de las láminas. Imagen, alternativas de respuesta y consigna estaban presentes ante el participante hasta que éste emitía la respuesta. El modo de disposición de estos 7 rótulos era el mismo para un participante a lo largo de todas las láminas, pero variaba de un participante a otro.

Para comparar la ejecución de los tres grupos de participantes (personas con retraso mental, niños y adultos) en esta tarea de etiquetado, se asignó un "1" a cada respuesta correcta emitida por cada participante en cada ítem y un "0" a cada respuesta incorrecta. Se consideró respuesta correcta a aquella que coincidía con la emoción consensuada en esa expresión facial por Ekman (Ekman y Friesen, 1975)(véase Tabla 1 sobre la nume-

ración y descripción de las láminas de Ekman utilizadas en nuestro estudio). Se contabilizaron el número de errores por grupo y se extrajo la proporción de errores por cada participante y grupo.

En la tarea de estimación, el participante ante las mismas 21 láminas de Ekman utilizadas en la tarea anterior debía responder a la siguiente consigna: ¿Cómo crees que se siente la persona que aparece en la imagen?.

En esta tarea de estimación, la manera de responder el participante era indicando con el dedo el dibujo de las dos dimensiones del SAMY, que reflejaba lo que creía que sentía el otro en la imagen que veía. Para ello se utilizó una planilla de respuesta única (con dos versiones en las que en una versión aparecía primero la dimensión de activación y en la otra la de valencia afectiva). La versión fue elegida aleatoriamente a lo largo de los tres grupos.

El participante no tenía que hablar ni cumplimentar él la hoja de respuesta, únicamente era suficiente con que marcara el dibujo con el dedo. Era el investigador quien transcribía sus respuestas a unas hojas diseñadas para tal fin. Para facilitar la tarea a las personas con retraso mental, y tras constatar su eficacia en la prueba piloto realizada, cuando el participante estaba contestando a la primera dimensión del SAMY se le tapaba con una hoja la segunda dimensión de tal modo que los dibujos de esta segunda no interfirieran en la primera y sólo cuando había marcado con el dedo la primera dimensión se le descubría la segunda. Si bien con los otros dos grupos (niños y adultos) se utilizó este mismo procedimiento (muy útil también para el grupo de niños con igual edad mental), los participantes del grupo de adultos de igual edad cronológica coincidieron en lo innecesario de taparles una dimensión adelantándose en las contestaciones.

En el análisis de su experiencia emocional se utilizó también una tarea de estimación. Ante las imágenes del IAPS, el participante debía responder a la consigna: “Estamos estudiando como responden las personas ante cosas que pasan en la vida. Vas a ver diferentes imágenes proyectadas frente a ti en el ordenador y tienes que decir como te sientes mientras las ves. No hay respuestas correctas ni incorrectas porque sobre lo que tú sientes nadie puede decir si está bien o mal, siempre va a estar bien porque es lo que tú sientes. Lo importante es que seas sincero”. En el caso del IAPS con imágenes infantiles se varió su aplicación con el grupo de niños (se aplicó de manera colectiva) y de ahí que hubiera también una pequeña variación en la consigna. Se incidió en la importancia de que respondieran cada uno sin hacer ningún comentario en voz alta al aparecer la imagen y sin mirar las respuestas del compañero ya que si esto ocurría se suspendería la prueba y regresarían a su clase. El procedimiento de respuesta también fue el SAMY.

En la tarea control con las imágenes de calor y frío, la consigna dada fue: “ Va a aparecer una imagen en la pantalla del ordenador y tienes que indicar si te parece que es de mucho calor, calor, templado, frío o mucho frío”. Los participantes de los tres grupos respondieron indicando con el dedo la imagen de la escala de calor que mejor representaba lo que les parecía la imagen presentada.

En todas las tareas y grupos se pasaron 2 imágenes de entrenamiento (siempre las mismas) para ensayar el procedimiento y familiarizarse con la tarea. Estas fotografías no aparecían nuevamente cuando se presentaba la prueba al participante.

En el grupo con retraso mental y en el grupo de adultos sin retraso mental, las cuatro tareas (IAPS de adultos, Estimar expresiones faciales, Etiquetar expresiones faciales y Control) se pasaron individualmente en una única sesión. El RAVEN se aplicó en una sesión aparte. Además en el grupo con retraso mental el IAPS infantil se aplicó en una tercera sesión una semana después. En el grupo de niños sin retraso mental las tareas Etiquetar expresiones faciales, Control y Estimar expresiones faciales se pasaron en una sesión y en otra sesión aparte 3 días después de la aplicación individual, el IAPS infantil de manera colectiva.

Para los tres grupos el orden de presentación de las tareas se combinó de acuerdo al criterio de que no fueran seguidas las dos pruebas con las láminas de Ekman. De este modo se obtuvieron 8 secuenciaciones de las tareas diferentes con tres diferentes órdenes de presentación de las imágenes. Los participantes fueron asignados a cada uno de las 8 combinaciones y a cada una de las 3 presentaciones aleatoriamente. Las 8 secuenciaciones fueron las siguientes: (en el grupo de niños se respetaron estas 8 secuenciaciones pero sin pasar el IAPS de adultos)

- Orden 1.* Estimar expresiones faciales/IAPS/ Etiquetar expresiones faciales/Control
- Orden 2.* IAPS/ Estimar expresiones faciales/ Control/ Etiquetar expresiones faciales
- Orden 3.* Etiquetar expresiones faciales/ IAPS/ Estimar expresiones faciales/ Control
- Orden 4.* IAPS/ Etiquetar expresiones faciales/ Control/ Estimar expresiones faciales
- Orden 5.* Estimar expresiones faciales/ Control/ Etiquetar expresiones faciales/IAPS
- Orden 6.* Control/ Estimar expresiones faciales/IAPS/ Etiquetar expresiones faciales
- Orden 7.* Etiquetar expresiones faciales/ Control/ Estimar expresiones faciales/IAPS
- Orden 8.* Control/ Etiquetar expresiones faciales/IAPS/ Estimar expresiones faciales.

Si bien y como se ha comentado anteriormente todas las tareas se aplicaron de manera individual, el IAPS en el grupo de niños se pasó colectivamente y en formato de autocumplimentación. Este cambio en la aplicación, que hubiera sido el idóneo con los tres grupos de cara a un ahorro de tiempo y esfuerzo, ya que esta prueba (en su versión infantil y adulta) esta diseñada para pasarse tanto colectiva como individualmente, tuvo que ser aplicada individualmente con el grupo con retraso mental y con el grupo de adultos. Con el grupo con retraso mental porque como comprobamos en un estudio piloto resultaba preciso una explicación y atención individual, ya que los participantes cometían muchísimos errores al rellenar ellos la hoja de respuestas. Y con el grupo de adultos porque al pretender que la muestra seleccionada fuera representativa de la población general y no perteneciera al ámbito universitario, los participantes se captaron en distintos ámbitos y en distintos momentos del día y resultaba inviable tras aplicarles individualmente las otras tareas citarles para una aplicación colectiva de ésta.

En la aplicación colectiva con el grupo de niños, las imágenes se proyectaron en una pantalla gigante mediante un cañón conectado al ordenador, permaneciendo cada imagen a la vista de los niños el mismo tiempo que con el grupo de personas con retraso mental y

adultos (6”), tras este tiempo aparecía el rótulo de “Responde ahora”. Cuando todos los niños habían contestado (en el ensayo se observó que tardaban alrededor de 6”) el investigador anunciaba la presentación de la siguiente imagen. Para la familiarización tanto con la prueba como con el procedimiento de respuesta, se realizaron una serie de ensayos con las mismas imágenes que formaron parte del ensayo en el grupo de personas con retraso mental.

3.4. Resultados

Los resultados se presentan organizados del siguiente modo. En primer lugar, los resultados en reconocimiento emocional con cada una de las dos tareas: en un primer apartado los resultados en la tarea de etiquetado y a continuación, los resultados en la tarea de estimación. Tras analizar el reconocimiento emocional, se exponen los resultados sobre la experiencia emocional de las personas con retraso mental.

3.4.1. Reconocimiento emocional

Como ya se ha comentado anteriormente, este estudio del reconocimiento emocional en las personas con retraso mental se ha realizado mediante dos tareas diferentes, una tarea de etiquetado, con demandas verbales y acorde con el planteamiento de la existencia de categorías básicas en las emociones. Y una tarea de estimación, con demandas no verbales y acorde con el planteamiento del modelo dimensional de las emociones.

3.4.1.1. Tarea de etiquetado

Primero presentamos un análisis global de la cantidad de errores cometidos por los tres grupos en el etiquetado de las láminas de Ekman. A continuación, presentamos un análisis pormenorizado de los errores cometidos en cada emoción por separado. Finalmente, el apartado concluye con un resumen de los resultados en esta tarea.

3.4.1.1.1. Análisis global de errores

El Anova realizado con la proporción de errores cometidos por los tres grupos en la tarea de etiquetar determinó que existen diferencias significativas entre los tres grupos (véase Tabla 5).

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intergrupos	1,935	2	,968	51,888	,000
Intra-grupos	2,480	133	1,865E-02		
Total	4,416	135			

Tabla 5. Anova de un factor de la proporción de errores por grupo

Los análisis post hoc realizados mediante comparaciones múltiples por pares de grupos (retraso mental frente a adultos, retraso mental frente a niños y adultos frente a niños) nos indicaron que en las tres comparaciones por pares existían diferencias significativas en la

proporción de errores cometidos en esta tarea (veáse Tabla 6). La proporción de errores del grupo con retraso mental fue mayor (media=0,45 SD=0,15) que la del grupo de niños (media=0,26 SD=0,16) y que la del grupo de adultos (media=0,16 SD=0,08).

		Diferencia de medias (I-J)		Error	Significación	Intervalo de confianza al 95%	
(I) GRUPO	(J) GRUPO					Límite inferior	Límite superior
Scheffe	R.M.	Niños	,1854*	2,851E-02	,000	,1148	,2560
		Adultos	,2874*	2,851E-02	,000	,2168	,3580
	Niños	R.M.	-,1854*	2,851E-02	,000	-,2560	-,1148
		Adultos	1020*	2,866E-02	,002	3103E-02	,1730
	Adultos	R.M.	-,2874*	2,851E-02	,000	-,3580	-,2168
		Niños	-,1020*	2,866E-02	,002	-,1730	-3.1027E-02

Tabla 6. Pruebas post hoc de comparaciones múltiples entre el grupo con retraso mental (R.M.), grupo de niños y grupo de adultos.

Basado en las medidas observadas

* la diferencia de medias es significativa a nivel 0,5

La existencia de diferencias significativas entre el grupo con retraso mental y los otros dos grupos control (igual edad cronológica e igual edad mental) parece corroborar una peor ejecución del grupo con retraso mental en esta tarea.

Un resultado sorprendente en este momento es que estos resultados hablan también de diferencias significativas entre los dos grupos control. Este resultado entre los dos grupos control apunta hacia la influencia de la edad cronológica en la realización de esta tarea.

Por ser la edad cronológica y la edad mental los dos aspectos que a priori diferencian a los tres grupos, a continuación nos detendremos en analizar la relación entre estos dos aspectos y la proporción de errores cometidos por los grupos.

Edad cronológica y proporción de errores. En un análisis global (incluyendo a los tres grupos) no obtuvimos correlaciones significativas entre estos dos aspectos, edad cronológica y proporción de errores (Correlación de Pearson =.07 (p = ns)).

En este punto, nos cuestionamos si tal vez la no correlación obtenida entre la edad y los errores cometidos se debiera a haber incluido a los tres grupos (personas con retraso mental, niños y adultos) en el mismo análisis. Como la muestra de personas con retraso mental estaba formada por adultos, el mayor número de errores cometidos por el grupo con retraso mental podría estar afectando al análisis estadístico con los tres grupos. Al sacar al grupo con retraso mental del análisis, comprobamos la existencia de una correlación negativa muy significativa entre la edad y la proporción de errores, de modo que a menos edad más errores (Correlación de Pearson = -.32 (p< 0,01)). Parece confirmarse que la edad cronológica es un factor que se relaciona, en la población sin retraso mental, con el número de errores cometidos al etiquetar emociones expresadas facialmente. A más edad, menos errores de reconocimiento.

Sin embargo, al analizar aisladamente la edad de las personas con retraso mental en relación con el número de errores cometidos por ellos, nos encontramos con una correlación no significativa (Correlación de Pearson = $-.09$ ($p = ns$)). El factor edad parece no ser tan relevante en el grupo con retraso mental o por lo menos no parece poder explicar por sí sólo la variabilidad en errores que este grupo comete en la tarea.

Hemos de recalcar aquí, que este dato no significativo debe ser tomado con bastante precaución ya que el grupo de personas con retraso mental de nuestra muestra estaba formado por participantes entre 18 y 52 años con lo cual la correlación no significativa extraída, se obtuvo en el análisis realizado con estas edades. Sería necesario realizar este mismo análisis incluyendo niños y adolescentes con retraso mental para poder extraer conclusiones con respecto a la diferencia en ejecución en función de la edad cronológica en las personas con retraso mental.

Lo que sí puede afirmarse de los datos obtenidos, es que el aumento de edad cronológica se relaciona con un mejor reconocimiento emocional en la población normal, mientras que en el grupo con retraso mental (también formado por adultos) esa relación no se constata.

Edad mental y proporción de errores. En cuanto a la relación entre edad mental (medida mediante el Raven) y la proporción de errores cometidos por los grupos (retraso mental y adultos, no medimos a los niños), las correlaciones obtenidas fueron significativas (correlación de Pearson = $-.62$ ($p < .001$)), Concretamente, a menor puntuación en rendimiento intelectual, mayor número de errores en etiquetación.

Sin embargo, este resultado es cuestionable al haberse equiparado en el análisis el valor de las puntuaciones obtenidas en el Raven por parte del grupo con retraso mental y del grupo de adultos. Expliquemos esto, como exige la propia prueba del Raven se utilizaron dos escalas diferentes para evaluar a los dos grupos (la escala especial para personas con retraso mental y la escala normal para adultos) con lo cual no pueden compararse las puntuaciones obtenidas por los dos grupos, a no ser que contásemos con tablas oficiales de conversión de dichas puntuaciones. En ausencia de esta conversión, un percentil 50 obtenido por un participante del grupo con retraso mental en la escala especial del Raven no puede ser equivalente a un percentil 50 obtenido por un participante del grupo de adultos en la escala del Raven para adultos.

Dada esta reflexión, y al igual que otros autores que no utilizaron en sus estudios grupo control de igual edad cronológica (Gray et al., 1983; Brosigole et al., 1986; Weisman y Brosigole, 1994; Simon et al., 1995 y 1996), realizamos un análisis intragrupo sólo con los resultados del grupo con retraso mental. De este análisis se desprende una correlación significativa entre las puntuaciones obtenidas en el Raven y el número de errores que cometen al etiquetar las expresiones faciales (correlación de Pearson = $-.50$ ($p < .001$)). A menos puntuación en el Raven, peor ejecución en el etiquetado de emociones. En el grupo con retraso mental y de acuerdo a los autores anteriormente mencionados, el rendimiento intelectual influiría en la ejecución.

Realizamos el mismo análisis intragrupo con los datos del grupo de adultos y sin embargo en este caso, no se obtuvo correlación significativa entre sus puntuaciones intelectua-

les y el número de errores en la tarea de etiquetar (correlación de Pearson = -.24 (p=ns)). Este dato en la población adulta normal resulta llamativo ya que como puede apreciarse en el apartado de descripción de la muestra, este grupo estaba constituido por personas con muy diferente rendimiento intelectual. Al carecer de estudios comparativos con el rendimiento intelectual de los participantes de los grupos control, queda abierto el interrogante de si tal vez en el grupo de adultos sus experiencias vitales paralelas a su aumento de edad cronológica compensasen sus déficit intelectuales en el reconocimiento emocional solicitado. En el grupo de adultos parece tener más relevancia para llevar a cabo un mejor reconocimiento emocional su mayor edad cronológica que su rendimiento intelectual. Mientras que en el grupo con retraso mental sus déficit intelectuales no parecen quedar compensados por su mayor edad cronológica como ocurre en los adultos sin retraso. Edad mental y edad cronológica son factores que podrían estar interactuando en esta tarea, por lo menos en alguno de los grupos.

Se ha analizado también la relación entre el sexo y la proporción de errores, por ser el sexo otra de las variables en las que habitualmente se han detenido las mayor parte de los estudios sobre reconocimiento emocional con el objetivo de determinar su influencia. En el análisis de los errores por sexo (véanse Tablas 7 y 8), como Maurer y Newbrough (1987) no obtuvimos diferencias estadísticas significativas entre ser hombre y mujer y cometer más o menos errores (el Anova realizado entre grupo y sexo aparece recogido en la tabla 8).

GRUPO	Sexo	Media	Desv. Típica	N
R.M.	Varón	,4503	,1626	29
	Mujer	,4406	,1407	17
	Total	,4467	,1533	46
Niños	Varón	,2972	,1771	25
	Mujer	,2165	,1229	20
	Total	,2613	,1590	45
Adultos	Varón	,1668	9,117E-02	28
	Mujer	,1471	7,139E-02	17
	Total	,1593	8,395E-02	45
Total	Varón	,3068	,1881	82
	Mujer	,1593	,1678	54
	Total	,1593	,1809	136

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la proporción de errores por grupo y sexo

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	2,013*	5	,403	21,780	,000
Intersección	10,629	1	10,629	575,032	,000
GRUPO	1,833	2	,916	49,579	,000
SEXO	4,370E-02	1	4,370E-02	2,364	,127
GRUPO*SEXO	3,233E-02	2	1,616E-02	,874	,420
Error	2,403	130	1,848E-02		
Total	15,877	136			
Total corregida	4,416	135			

Tabla 8. Análisis de varianza de la proporción de errores por grupo y sexo.
a.R cuadrado=,456 (R cuadrado corregida=,435)

3.4.1.1.2. Tarea de etiquetado por emociones

Para el análisis pormenorizado de los errores cometidos en cada emoción se procedió del siguiente modo: se agruparon los errores obtenidos en las láminas correspondientes a cada emoción (por ejemplo para la emoción de alegría, los errores por participante y grupo a las imágenes 1, 4 y 11) y se calculó la proporción de errores por emoción para cada participante de cada grupo. De la comparación en la proporción de errores por emociones y grupo se obtuvieron los resultados que a continuación se presentan en el siguiente orden:

En primer lugar, los resultados en la alegría, por ser la emoción que reconocieron un número similar de personas con retraso mental que de participantes control. A continuación, las 3 emociones en las que se obtuvo una diferencia clara entre el grupo con retraso mental y los grupos de control: asco, sorpresa y neutralidad. Por último se incluyen tres emociones en las que los análisis realizados han aportado matizaciones interesantes en el reconocimiento, en el sentido de que los grupos control se han comportado de manera diferente, como son la emoción de tristeza y las emociones de enfado y miedo.

Para este análisis por emociones, debido al menor número de respuestas consideradas en relación al análisis global, y a la variación en este número de respuestas de unas emociones a otras, se ha llevado a cabo un análisis no paramétrico de los datos. A través de tablas de contingencia para datos nominales, medimos, para cada emoción por separado, la fuerza de asociación entre el tipo de error cometido al etiquetar las láminas de una emoción (fallar todas, fallar alguna o no fallar ninguna lámina de esa emoción) y la pertenencia a uno de los grupos (retraso mental, niños, adultos).

Veamos los resultados en cada una de las emociones:

La Alegría

Fue la emoción en la que el grupo de personas con retraso mental no tuvo más problemas de reconocimiento que los otros dos grupos. No se encontró asociación entre el grupo de pertenencia de los participantes y el tipo de error cometido al etiquetar esta emoción (véase Tabla 9). En los tres grupos, la mayoría de los participantes apenas tuvieron errores y los pocos casos que cometieron errores no superaron tener más de un error. Las personas con retraso mental reconocieron la alegría igual de bien que las personas sin retraso mental. Este resultado es consistente con los obtenidos en otros estudios realizados con personas con retraso mental (Maurer y Newbrough, 1987; Harwood et al, 1999; McAlpine et al, 1992)

Tabla 9. Estadísticos Phi y V de Cramer para la tabla de contingencia de la frecuencia de participantes de cada grupo en cada tipo de error en el etiquetado de la alegría

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,222	,351
V de Cramer	,157	,351

La figura 4 representa la frecuencia de participantes de cada grupo que cometen algún tipo de error. Los tipos de error se han establecido en tantas categorías como láminas representan en la prueba la emoción de alegría. Como en el caso de esta emoción se utilizaron 3 láminas, la proporción de errores se distribuye entre 0,00 (que sería un 0% de errores), 0,33, (un 33% de errores) 0,67 (un 67% de errores) y 1,00 (el 100% de errores).

En el eje horizontal de la Figura 1 se sitúa el tipo de error cometido y en el vertical el número de casos. El mayor número de participantes en los tres grupos se sitúa en el tipo de error 0,00; es decir, no han cometido ningún fallo en el reconocimiento de las láminas que representan alegría. Los datos cuantitativos de los que se han extraído las figuras aparecen en el Anexo I. Se procederá con esta misma presentación (figuras en el texto y tablas cuantitativas en el anexo I) con el resto de las emociones.

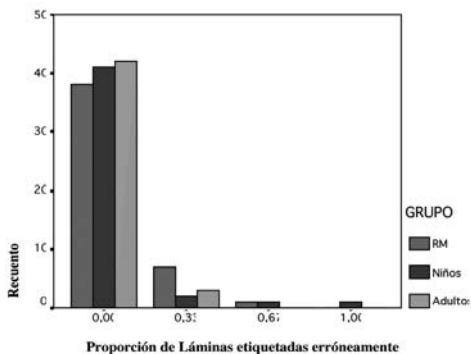


Figura 4. Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado de la Alegría (0,00= Ningún fallo en el reconocimiento de las láminas; 0,33= Fallo en el reconocimiento de una lámina; 0,67= Fallo en el reconocimiento de 2 láminas y 1,00= Fallo en el reconocimiento de todas las láminas)

El Asco

Como puede apreciarse en los datos que aparecen en la Tabla 10, hay una asociación entre el tipo de error cometido en el reconocimiento del asco y la variable grupo. En un análisis detenido de los resultados de estos estadísticos de la tabla, encontramos que esta asociación se da entre el tipo de error cometido y pertenecer al grupo con retraso mental frente a cualquiera de los otros dos grupos control. Por el contrario, no hay asociación entre el tipo de error cometido y pertenecer a uno de los dos grupos control.

Por tanto, se aprecia una diferencia clara en el reconocimiento del asco entre el grupo con retraso mental frente a los dos grupos control. Diferencia que no aparece cuando se compara a los dos grupos control entre sí. La mayoría de los participantes del grupo con retraso mental cometieron fallos en el reconocimiento del asco.

		Valor	Sig. aproximada
Entre los tres grupos	Phi	,514	,000
	V de Cramer	,363	,000
Entre Retraso mental y Niños	Phi	,444	,000
	V de Cramer	,444	,000
Entre Retraso mental y Adultos	Phi	,589	,000
	V de Cramer	,589	,000
Entre Niños y Adultos	Phi	,196	,179
	V de Cramer	,196	,179

Tabla 10. Estadísticos Phi y V de Cramer para la tabla de contingencia de la frecuencia de participantes de cada grupo en cada tipo de error en el etiquetado del asco

El Asco es una emoción difícil de reconocer para las personas con retraso mental. Como puede apreciarse en la Figura 5, hay una clara diferencia entre el patrón de errores del grupo con retraso mental frente al de los dos grupos control.

La diferencia más llamativa entre el grupo con retraso mental y los dos grupos control se evidencia en la categoría de ningún error en donde aparece el mínimo número de participantes del grupo con retraso mental frente al grupo más numeroso de participantes de los dos grupos control. Sólo 8 de los 46 casos que constituyen la muestra en el grupo con retraso mental reconocen el asco en todas las láminas en las que se les presenta.

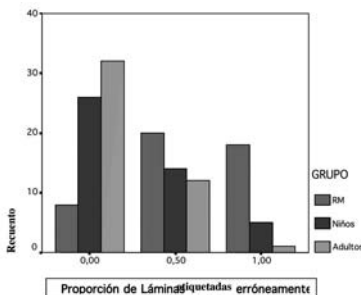


Figura 5. Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que cometen cada tipo de error en el etiquetado del Asco (0,00= Ningún fallo en el reconocimiento de las láminas; 0,50= Fallo en el reconocimiento de la mitad de las láminas y 1,00= Fallo en el reconocimiento de todas las láminas)

El hallazgo constatado en nuestro estudio con respecto a la emoción de asco contrasta con el informado por Harrigan (1984) quién encontró que el asco era una emoción fácilmente reconocida en las tareas de reconocimiento facial; y va en la línea de los obtenidos por McAlpine et al. (1992) quienes constataron una modesta diferencia entre niños con un retraso mental medio y el grupo control en la habilidad para reconocer el asco; y Harwood et al (1999) en cuyo trabajo el asco fue la emoción más difícil para el grupo con retraso mental.

La sorpresa

Al igual que con el asco, los problemas de reconocimiento de la sorpresa se circunscriben al grupo con retraso mental. Como puede apreciarse en la Tabla 11, se constata una asociación entre el tipo de error cometido en el reconocimiento de la sorpresa y pertenecer al grupo con retraso mental frente a pertenecer a cualquiera de los grupos control. Al igual que en la emoción de asco, no se constató asociación entre el tipo de error cometido y la pertenencia a uno de los dos grupos control.

		Valor	Sig. aproximada
Entre los tres grupos	Phi	,461	,000
	V de Cramer	,326	,000
Entre Retraso mental y Niños	Phi	,336	,017
	V de Cramer	,336	,017
Entre Retraso mental y Adultos	Phi	,509	,000
	V de Cramer	,509	,000
Entre Niños y Adultos	Phi	,250	,130
	V de Cramer	,250	,130

Tabla 11. Estadísticos Phi y V de Cramer para la tabla de contingencia de la frecuencia de participantes de cada grupo en cada tipo de error en el etiquetado de la sorpresa

En la línea de los informes de otros trabajos (Harwood et al.1999) en nuestro estudio la sorpresa es (como ha ocurrido con el asco) una de las emociones que a las personas con retraso mental les resulta difícil reconocer. En el grupo con retraso mental, sólo 18 de los 46 casos no cometieron ningún error en el reconocimiento de la sorpresa, frente a 30 de los 45 casos en el grupo de niños y a 39 en el de adultos (véase Figura 6). Si bien hay una diferencia clara en el reconocimiento de esta emoción entre las personas con y sin retraso mental en detrimento de las primeras, el número de casos de personas con retraso mental que cometen uno u otro tipo de error aparecen más distribuidos en las diferentes categorías de error que lo observado en relación al reconocimiento del asco.

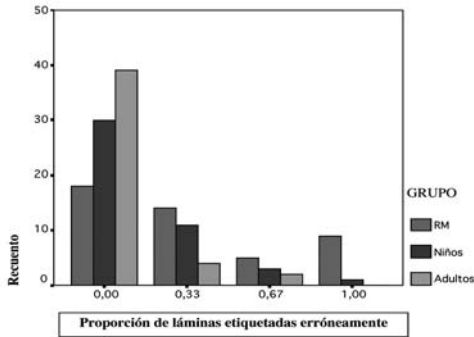


Figura 6.

Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado de la Sorpresa 0,00= Ningún fallo en el reconocimiento de las láminas; 0,33= Fallo en el reconocimiento de una lámina; 0,67= Fallo en el reconocimiento de 2 láminas y 1,00= Fallo en el reconocimiento de todas las láminas)

La Neutralidad

Al igual que en el reconocimiento del asco y la sorpresa, y como puede apreciarse en la Tabla 12, se constata una asociación entre el tipo de error cometido al reconocer la neutralidad y la pertenencia al grupo con retraso mental frente a la pertenencia a cualquiera de los otros dos grupos control. La no emoción o expresión neutral en una cara, resultó más difícil de reconocer a las personas con retraso mental que a las personas sin tal retraso.

Por otro lado, esta asociación no se constató entre el tipo de error cometido y pertenecer a uno de los dos grupos de control. El reconocimiento de la neutralidad fue similar en los dos grupos control.

En el reconocimiento de la neutralidad, la mayoría de los participantes en el grupo con retraso mental cometieron el mayor número de fallos en el reconocimiento, mientras que en los dos grupos control el mayor número de participantes se distribuyeron entre no cometer ningún error o únicamente fallar en el reconocimiento de una lámina.

		Valor	Sig. aproximada
Entre los tres grupos	Phi	,593	,000
	V de Cramer	,420	,000
Entre Retraso mental y Niños	Phi	,547	,000
	V de Cramer	,547	,000
Entre Retraso mental y Adultos	Phi	,633	,000
	V de Cramer	,633	,000
Entre Niños y Adultos	Phi	,157	,527
	V de Cramer	,157	,527

Tabla 12. Estadísticos Phi y V de Cramer para la tabla de contingencia de la frecuencia de participantes de cada grupo en cada tipo de error en el etiquetado de la neutralidad

Como puede apreciarse en la Figura 7, el reconocimiento de esta emoción le resultó difícil a los participantes de los tres grupos ya que en ningún grupo se superó el 50% de casos que reconocieran correctamente la totalidad de las expresiones neutrales, pero las diferencias entre el grupo con retraso mental y los otros dos grupos sin retraso fueron notables (5 casos en el grupo con retraso mental reconocieron la totalidad de láminas neutrales, frente a 19 en el grupo de niños sin retraso mental y a 22 en el grupo de adultos sin retraso mental).

Estos resultados son consistentes con los obtenidos por otros estudios en los que se incluyó en la tarea el reconocimiento de una expresión neutral (Maurer y Newbrough, 1987, Rojahn et al.1995).

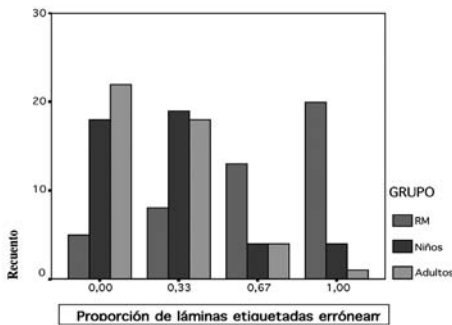


Figura 7.

Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado de la Neutralidad (0,00= Ningún fallo en el reconocimiento de las láminas; 0,33= Fallo en el reconocimiento de una lámina; 0,67= Fallo en el reconocimiento de 2 láminas y 1,00= Fallo en el reconocimiento de todas las láminas)

La Tristeza

En la emoción de tristeza, aparecen resultados diferentes a los constatados en las emociones anteriores. Como puede apreciarse en la Tabla 13, hay una asociación entre el tipo de error cometido en el reconocimiento de la tristeza y la variable grupo. Sin embargo, en los análisis por grupos dos a dos encontramos que esta asociación sólo se da entre el tipo de error cometido y pertenecer al grupo con retraso mental frente al grupo de adultos. No existe asociación entre el tipo de error cometido y pertenecer al grupo con retraso mental frente al grupo de niños.

Además, tampoco hay asociación entre el tipo de error cometido y pertenecer a uno de los dos grupos control.

Por tanto, en el reconocimiento de la tristeza podríamos hablar de peor reconocimiento en la población con retraso mental si les comparamos con adultos de igual edad cronológica pero no existiría déficit si les comparamos con niños de igual edad mental. Lo llamativo en este caso es que no habiendo diferencias entre el grupo con retraso mental y el de niños, tampoco aparezcan diferencias entre los dos grupos control.

La consideración conjunta de estos resultados en el reconocimiento de la tristeza parecen apuntar hacia la influencia de otros aspectos en el reconocimiento de esta emoción, ade-

más de la edad mental y la edad cronológica. Se precisarían estudios mucho más específicos para determinar cuales podrían ser estos otros factores.

		Valor	Sig. aproximada
Entre los tres grupos	Phi	,352	,010
	V de Cramer	,249	,010
Entre Retraso mental y Niños	Phi	,218	,229
	V de Cramer	,218	,229
Entre Retraso mental y Adultos	Phi	,403	,002
	V de Cramer	,403	,002
Entre Niños y Adultos	Phi	,288	,058
	V de Cramer	,288	,058

Tabla 13. Estadísticos Phi y V de Cramer para la tabla de contingencia de la frecuencia de participantes de cada grupo en cada tipo de error en el etiquetado de la tristeza

Como puede apreciarse en la Figura 8, en el grupo con retraso mental el mayor número de casos no se concentró en un tipo concreto de error, sino que se distribuyeron entre cometer uno, dos y tres errores (tipo de error 0,00; 0,33; 0,67 ó 1,00). En el grupo de adultos esto no ocurrió. El mayor número de casos cometió un solo error o, con un poco de menor frecuencia, no cometió ninguno. En el grupo control de niños se aprecia un patrón distinto, a medida que aumentan la proporción de errores disminuyen el número de casos.

Resulta llamativo el escaso número de participantes con retraso mental que reconocieron perfectamente las 3 láminas de tristeza (8 participantes con retraso mental frente a los 46 que constituían la totalidad de la muestra)

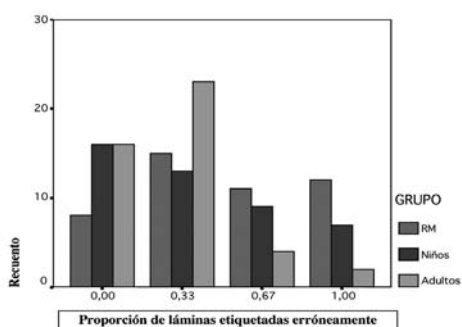


Figura 8.

Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado de la Tristeza. (0,00= Ningún fallo en el reconocimiento de las láminas; 0,33= Fallo en el reconocimiento de una lámina; 0,67= Fallo en el reconocimiento de 2 láminas y 1,00= Fallo en el reconocimiento de todas las láminas)

Los resultados en esta emoción al comparar la ejecución del grupo con retraso mental con el grupo control de adultos van en la línea de los aportados en otros estudios (Mc Alpine et al, 1992; Rojahn et al., 1995) en los que también se constataron diferencias sig-

nificativas en el reconocimiento de la tristeza, y en contra de algunos otros (Harwood et al., 1999; Maurer y Newbrough, 1987) según los cuáles, la tristeza fue después de la alegría la emoción más fácil de reconocer.

El Enfado

Al igual que en el reconocimiento de la tristeza, y como puede apreciarse en la Tabla 14, hay una asociación entre el tipo de error cometido al reconocer el enfado y pertenecer al grupo con retraso mental frente al grupo de adultos. Más participantes con retraso mental cometieron más fallos en el reconocimiento del enfado que participantes del grupo control de adultos.

Por otro lado, esta asociación no es significativa en esta emoción entre el error cometido y la pertenencia al grupo con retraso mental frente al grupo de niños. Las personas con retraso mental no reconocen el enfado peor que los niños.

Por último, y a diferencia de en la emoción de tristeza, existe asociación entre el tipo de error cometido y la pertenencia a uno de los dos grupos control. Esto es, los niños reconocen peor el enfado que los adultos. El reconocimiento del enfado a través del etiquetado le resultó difícil no solamente a las personas con retraso mental, sino también a los niños.

La consideración conjunta de estos resultados supone que en el reconocimiento de esta emoción, podría estar influyendo tanto la edad cronológica como la edad mental. La edad cronológica en el sentido expuesto anteriormente de su relación con mayor número de experiencias de reconocimiento. Esto es lo que explicaría encontrar diferencias entre el grupo con retraso y el de adultos (pues siendo los dos adultos, las personas con retraso mental debido a su condición de discapacidad puede haber estado expuestos a menor número de experiencias de este tipo a pesar de su edad) y encontrarlas también entre los dos grupos control.

Asimismo, la edad mental explicaría que no existan diferencias al comparar al grupo con retraso mental y el grupo de niños y que ambos grupos cometan más errores que los adultos.

Tabla 14. Estadísticos Phi y V de Cramer para la tabla de contingencia de la frecuencia

		Valor	Sig. aproximada
Entre los tres grupos	Phi	,465	,000
	V de Cramer	,329	,000
Entre Retraso mental y Niños	Phi	,227	,322
	V de Cramer	,227	,322
Entre Retraso mental y Adultos	Phi	,490	,000
	V de Cramer	,490	,000
Entre Niños y Adultos	Phi	,383	,010
	V de Cramer	,383	,010

de participantes de cada grupo en cada tipo de error en el etiquetado del enfado

A nivel puramente descriptivo (véase Figura 9), si comparamos el tipo de error cometido por cada uno de los tres grupos, se aprecia una importante diferencia en cuanto al número de personas con retraso mental (4) y de niños (6) que no cometieron ningún error en el reconocimiento del enfado frente al de adultos (20). El mayor número de casos en el grupo con retraso mental se distribuyó entre cometer uno, dos o tres errores frente a la mayor parte de los niños que se agrupó en un error y la mayoría de los adultos que no cometieron ningún error o solamente uno.

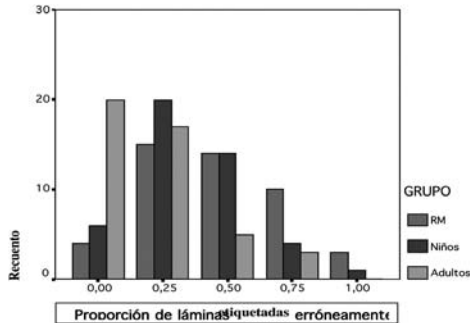


Figura 9.

Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado del Enfado 0,00= Ningún fallo en el reconocimiento de las láminas; 0,25= Fallo en el reconocimiento de una lámina; 0,50= Fallo en el reconocimiento de dos láminas; 0,75= Fallo en el reconocimiento de tres láminas y 1,00= Fallo en el reconocimiento de todas las láminas)

En los estudios de otros autores (Maurer y Newbrough, 1987, Harwood et al., 1999) en los que utilizaron un único grupo control (igualado en edad cronológica) también se constataron diferencias significativas en el reconocimiento del enfado entre adultos con y sin retraso mental. Sin embargo, no se disponen de datos en los que esa emoción se haya analizado comparativamente con un grupo control de niños.

El Miedo

En esta emoción nos encontramos con unos resultados similares a los constatados en la emoción de enfado. Como puede apreciarse en la Tabla 15, existe una asociación entre el tipo de error cometido en el reconocimiento del miedo y pertenecer al grupo con retraso mental frente a pertenecer al grupo de adultos. Las personas con retraso mental reconocen peor el miedo que los adultos.

Por otro lado, no existe en el reconocimiento de esta emoción asociación entre el tipo de error cometido y la pertenencia al grupo con retraso mental frente al grupo de niños. Las personas con retraso mental no cometen más errores que los niños en el reconocimiento del miedo.

Por último, existe una asociación entre el tipo de error cometido y pertenecer a uno de los dos grupos control. Los niños reconocen peor el miedo que los adultos.

De acuerdo a la consideración conjunta de estos resultados, de nuevo se entremezcla la influencia de los dos factores (edad cronológica y edad mental) en el reconocimiento de esta emoción a través de la tarea de etiquetado.

		Valor	Sig. aproximada
Entre los tres grupos	Phi	,263	,009
	V de Cramer	,263	,009
Entre Retraso mental y Niños	Phi	-,102	,333
	V de Cramer	,102	,333
Entre Retraso mental y Adultos	Phi	-,320	,002
	V de Cramer	,320	,002
Entre Niños y Adultos	Phi	-,223	,034
	V de Cramer	,223	,034

Tabla 15. Estadísticos Phi y V de Cramer para la tabla de contingencia de la frecuencia de participantes de cada grupo en cada tipo de error en el etiquetado del miedo

A nivel descriptivo y como puede apreciarse en la Figura 10, queremos destacar que aunque hubo diferencias en el reconocimiento de esta emoción entre las personas con retraso mental y los adultos, más de la mitad de las personas con retraso mental reconocieron el miedo.

Es necesario llamar la atención aquí de que las conclusiones que se extraigan sobre la emoción de miedo en este estudio deben tomarse con mucha cautela ya que su evaluación se hizo en base a las respuestas del participante ante una única lámina.

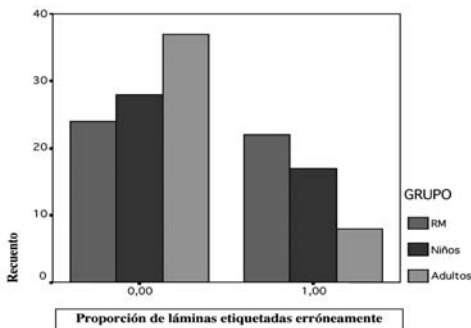


Figura 10.

Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado del miedo (0,00= Ningún fallo en el reconocimiento de las láminas y 1,00= Fallo en el reconocimiento de todas las láminas)

3.4.1.1.3. Resumen

A nivel general, en la tarea de reconocimiento emocional a través del etiquetado, los resultados obtenidos en nuestro estudio constatan un peor reconocimiento en las personas con retraso mental que en las personas sin tal retraso, sean éstas adultos o niños.

Al analizar esta peor ejecución de las personas con retraso mental, nos encontramos con que podría estar relacionada con la edad mental, ya que los análisis estadísticos realizados con las puntuaciones obtenidas en el Raven por parte del grupo con retraso mental y del grupo de adultos, reflejan que a más edad mental menor número de errores en el reconocimiento. Sin embargo, la edad mental por si sola no da cuenta de la peor ejecución del grupo con retraso mental ya que también reconocen peor que los niños y supuestamente estos dos grupos (retraso mental y niños) estaban igualados en edad mental.

Por otro lado, la edad cronológica parece jugar también un papel importante ya que al analizar la relación entre la edad y el número de errores cometidos en los dos grupos control, a más edad cronológica, mejor reconocimiento. Los adultos cometen menos errores que los niños en el reconocimiento de expresiones faciales a través del etiquetado. Sin embargo la edad cronológica no parece influir tan poderosamente en el grupo con retraso mental, o por lo menos no es capaz de dar cuenta por si sola de la peor ejecución del grupo con retraso mental en la tarea, ya que al comparar la ejecución del grupo con retraso mental con la de los niños, a más edad peor reconocimiento. Recordemos que el grupo con retraso mental está formado por adultos.

Al descender a analizar qué ocurre en cada una de las seis emociones básicas, nos encontramos que en el reconocimiento de la alegría las personas con retraso mental no parecen tener ningún problema, lo hacen igual de bien que las personas sin retraso mental. Sin embargo si tienen problemas en todas las demás (asco, sorpresa, neutralidad, tristeza, enfado y miedo) si les comparamos con los adultos. Y sólo en el asco, sorpresa y neutralidad si les comparamos con los niños. Entender estos resultados a la luz de las explicaciones sobre la influencia de la edad mental o de la edad cronológica como se recoge habitualmente en la literatura, resulta bastante complicado en nuestro estudio ya que como hemos comentado en el apartado anterior emoción por emoción, ambos aspectos, si se tienen en cuenta conjuntamente, interactúan.

A la luz de estas conclusiones con la tarea de etiquetado en las que se cuestiona el que la presencia o ausencia de déficit dependan del grupo de comparación y el que los déficit encontrados puedan achacarse únicamente a la edad mental o a la edad cronológica, nos preguntamos qué ocurriría si utilizásemos una tarea no verbal como es la tarea de estimación. Esta tarea supone un procesamiento de la información no categórico y relacionado con una aproximación dimensional de las emociones.

3.4.1.2. Tarea de estimación

La segunda prueba de reconocimiento incluida en este estudio consistió en una tarea de estimación de las láminas de Ekman. Esta tarea exigía de los participantes que juzgasen mediante la escalas del SAMY si la persona que veían en cada lámina se sentía más o menos feliz y más o menos nerviosa.

Con los datos de estimación haremos, en primero lugar, una presentación gráfica de las puntuaciones medias. Posteriormente, presentaremos dos análisis estadísticos alternativos de los datos. Por un lado, un análisis de las distancias euclídeas entre las láminas en cada uno de los grupos. Por otro lado, una análisis de las regresiones logísticas.

Una vez presentados los resultados en cada uno de estos análisis, el apartado finaliza con un resumen de los resultados con esta tarea.

3.4.1.2.1. Dispersión de medias

Las medias que se recogen en la Tabla 16 corresponden a las puntuaciones obtenidas por los tres grupos en las dimensiones de agrado y tensión (sobre una escala de 1 a 5) en las siete emociones estudiadas. En la dimensión de agrado las puntuaciones más bajas corresponderían a las emociones estimadas como más desagradables y las puntuaciones más altas, a las más agradables. Del mismo modo, en la dimensión de tensión, las puntuaciones más bajas corresponderían a las emociones estimadas como menos activadoras y las puntuaciones más elevadas, a las emociones estimadas como más activadoras.

AGRADO	R.M.	Niños	Adultos	TENSION	R.M.	Niños	Adultos
Alegría	4,01	4,5	4,62	Alegría	2,72	2,53	2,1
Tristeza	2,38	1,85	1,76	Tristeza	3,09	3,36	3,22
Enfado	2,5	2,34	2,07	Enfado	3,35	3,75	3,98
Sorpresa	3,27	2,9	2,88	Sorpresa	3,1	3,83	3,64
Asco	2,23	2,29	2,12	Asco	3,1	3,14	3,24
Miedo	2,61	2,12	1,96	Miedo	3,2	4,16	4,27
Neutral	3,13	2,95	3,06	Neutral	2,77	3,12	2,7

Tabla 16. Medias en agrado y tensión de cada uno de los tres grupos en cada una de las 7 emociones

Los gráficos que aparecen a continuación (véase Figuras 11, 12 y 13) recogen las medias de las estimaciones de cada uno de los grupos en las siete emociones en función de las dimensiones de agrado y tensión. El eje vertical del gráfico codifica la posición de cada una de las emociones en la dimensión de agrado (desde "1" = muy desagradable, hasta "5"= muy agradable); el eje horizontal a su vez, codifica su posición en la dimensión de

tensión (desde “1”= muy tranquilo, hasta “5”= muy nervioso). Las líneas discontinuas trazadas en el interior del gráfico señalan los puntos medios de las escalas en cada una de las dimensiones. De acuerdo a estas líneas intermedias los gráficos quedarían divididos en cuatro cuadrantes. El cuadrante superior derecho en el que quedarían las emociones estimadas como “muy agradables y muy activadoras”, cuadrante superior izquierdo las estimadas como “muy agradables y muy poco activadoras”, cuadrante inferior derecho “muy desagradables y muy activadoras” y cuadrante inferior izquierdo las emociones estimadas como “muy desagradables y muy poco activadoras”.

Tal y como puede apreciarse en estas representaciones gráficas, las personas con retraso mental estimaron las siete emociones prácticamente dentro de los mismos parámetros dimensionales que las personas sin tal retraso de los grupos control. Además, el grupo con retraso mental al igual que los grupos control, no juzgó ninguna de las siete emociones como muy desagradable y muy poco activadora. Tal y como puede apreciarse en los gráficos, el cuadrante que corresponde a los parámetros desagradable y poco activador quedó vacío en los tres grupos. Del mismo modo, el grupo con retraso mental coincidió con los grupos control en situar las emociones que estimaron más desagradables como más activadoras.

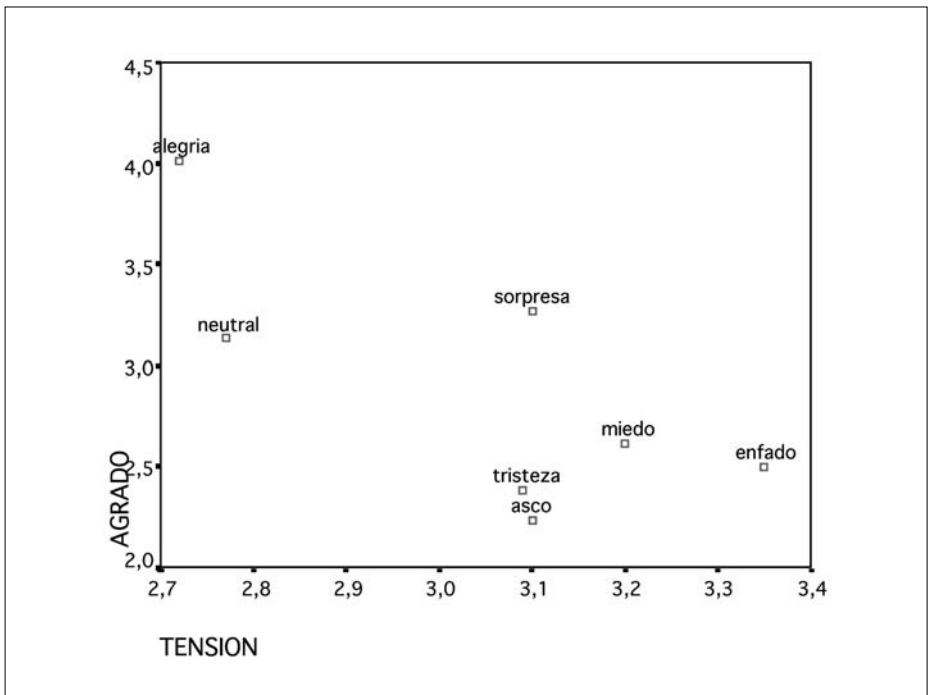


Figura 11. Dispersión de medias por emociones en función de las dimensiones de agrado y tensión: Grupo con retraso mental

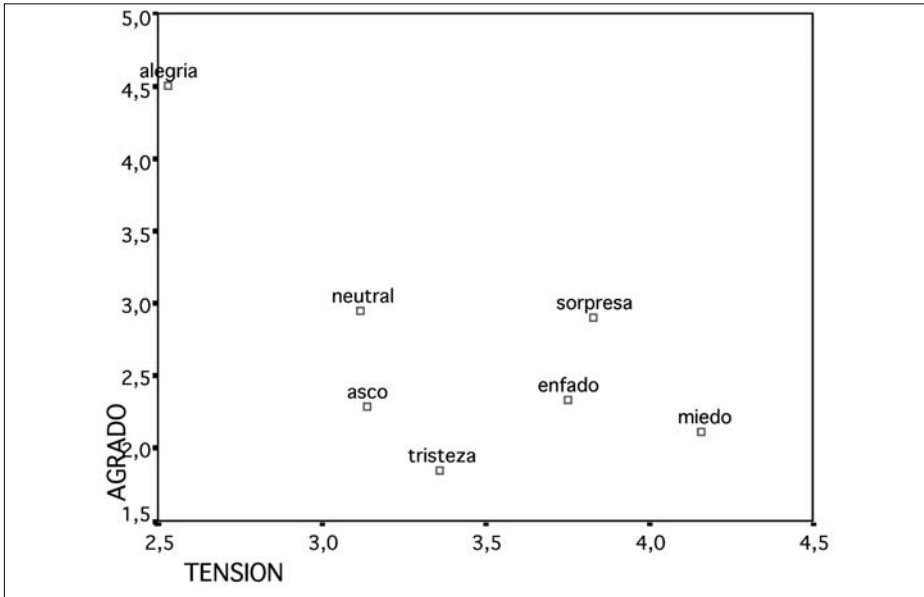


Figura 12. Dispersión de medias por emociones en función de las dimensiones de agrado y tensión: Grupo de niños

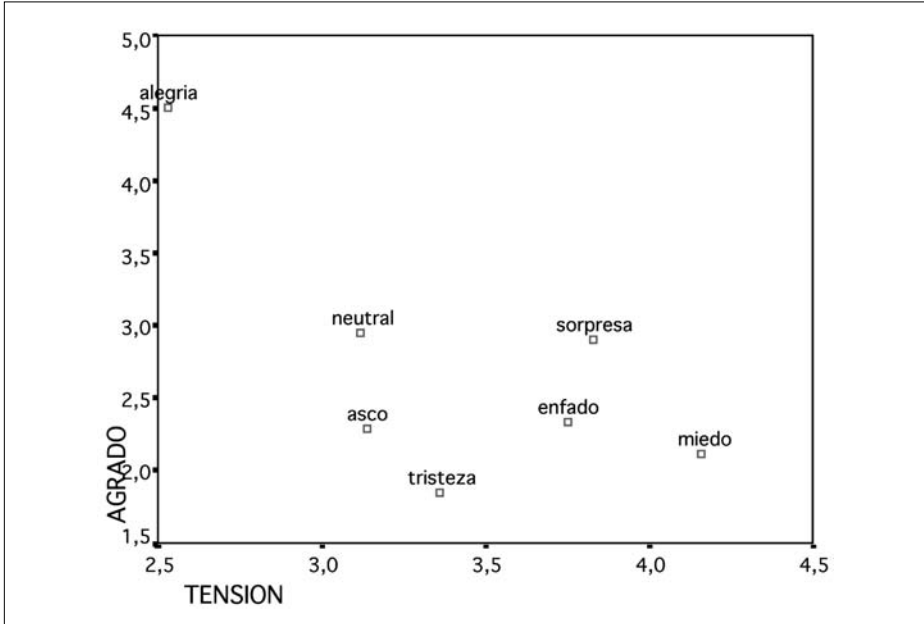


Figura 13. Dispersión de medias por emociones en función de las dimensiones de agrado y tensión: Grupo de adultos

En el Anexo II se incluye la estimación de los tres grupos en las dos dimensiones lámina a lámina.

Si bien, de los gráficos obtenidos con la utilización del SAMY a partir de las medias, únicamente pueden aportarse datos especulativos, parecería que en la tarea de reconocimiento de emociones a través del SAMY no existirían diferencias entre el grupo de personas con retraso mental y los dos grupos control. De hecho las pequeñas diferencias constatadas parecen más de grado que de categoría y sobre todo en la dimensión de activación. Además estas pequeñas diferencias parece que no se ciñen únicamente al grupo con retraso mental frente a los dos grupos control, sino que también aparecerían entre los dos grupos de control.

En cualquier caso, hemos realizado dos análisis estadísticos de los juicios de estimación recogidos: Escalamiento multidimensional y regresión logística. Con el primero pretendíamos desentrañar la auténtica estructura dimensional subyacente a las respuestas de agrado y tensión dadas por los participantes. Con el segundo, pretendíamos averiguar el poder predictivo de las respuestas de los participantes respecto a la probabilidad de pertenencia a uno u otro de los grupos.

3.4.1.2.2 Escalamientos Multidimensionales

En el grupo con retraso mental, de la configuración de los estímulos resultante según su escalamiento multidimensional (véase Figura 14, al final de este apartado) parece confirmarse la existencia de una dimensión que coincidiría con la dimensión de agrado. De acuerdo a esta dimensión se distribuyen en torno al eje horizontal las respuestas de agrado con que se estiman las diferentes láminas. En un extremo del eje horizontal aparece una clara agrupación de las respuestas de agrado a las láminas de alegría. Esta agrupación se separa y opone al resto. En el otro extremo del eje horizontal se concentran las estimaciones de desagrado a las láminas que expresan emociones negativas: asco, tristeza, enfado y miedo. En el centro del eje se agrupan las respuestas de agrado a las láminas que no expresan ninguna emoción y a las de la sorpresa (emoción que puede considerarse tanto positiva como negativa).

La representación de una segunda dimensión de acuerdo a la distribución de las respuestas en tensión de los participantes aparece claramente en el grupo de personas con retraso mental. Esta dimensión, en torno al eje vertical, bien podrían corresponder a la activación con la que se estiman las láminas. De acuerdo a esta dimensión encontramos en el extremo superior del eje una primera agrupación de láminas estimadas como de menos tensión, que coincidiría con la emoción de alegría. Hacia el centro del eje, una segunda agrupación que correspondería a las láminas estimadas como neutras en tensión, que coincidirían con las láminas que no expresan ninguna emoción y la sorpresa, y en la parte inferior del eje una tercera agrupación con las láminas identificadas como de más tensión, que coincidiría con las emociones de asco, miedo, enfado y tristeza.

De acuerdo a la existencia de estas dos dimensiones en el grupo con retraso mental hemos denominado a las coordenadas de la Figura 14 “Agrado”(dimensión horizontal) y “Tensión”(dimensión vertical).

Si analizamos estas dimensiones en los dos grupos control nos encontramos que la primera dimensión aparece también de manera clara en los dos grupos control. Además, las agrupaciones de los estímulos estimados como más o menos agradables en el grupo con retraso mental coinciden con las obtenidas en estos dos grupos control. En cuanto a la segunda dimensión, encontramos que su presencia no se constata tan claramente en los dos grupos control como en el grupo con retraso mental. En los dos grupos control, las respuestas de agrado y tensión se entremezclan en torno al eje vertical. Veamos detenidamente esta segunda dimensión en los dos grupos control.

En el grupo de niños, un poco más parecida al grupo con retraso mental que la de los adultos, las respuestas de tensión se distribuyen también a lo largo del eje vertical pero se disponen de modo mucho más distante y disperso del eje que en la representación del grupo con retraso mental (véase Figura 15).

En el grupo de adultos, aparece un patrón totalmente diferente del encontrado en el grupo con retraso mental. La segunda dimensión agrupa respuestas tanto de agrado como de tensión y resulta difícil identificar de qué dimensión se trata.

En este grupo, las respuestas de tensión se distribuyen a lo largo del eje horizontal y se entremezclan con las de agrado. También puede apreciarse que las respuestas de agrado se sitúan un poco más por encima en dicho eje horizontal que las respuestas de tensión. Debido a esta disposición confusa y entremezclada de las estimaciones de agrado y tensión, a estas dimensiones las hemos denominado "Agrado + Tensión" (dimensión horizontal) y "Tensión + Agrado" (dimensión vertical) (véase Figura 16)

De acuerdo a estos resultados en la segunda dimensión, pudiera deducirse que los participantes de los grupos control consideran conjuntamente las dos dimensiones al estimar los estímulos, de tal modo que resulta difícil encontrar representaciones ortogonales de las estimaciones en agrado y tensión en estos grupos. El hallazgo de este patrón diferente entre personas con y sin retraso mental podría explicarse porque, como ya han comentado autores previos, la ortogonalidad de las dimensiones es un aspecto cuestionable. Esto es, las personas habitualmente al estimar un estímulo en la dimensión de tensión no lo hacen independientemente de la dimensión de agrado. Pero también puede haber ocurrido que la diferencias encontradas sean una consecuencia del procedimiento habitualmente utilizado en las tareas de estimación. Esto es, que se trate de un artificio experimental originado al presentar consecutivamente las escalas de agrado y tensión a los participantes. Esta forma de presentación puede hacer que la estimación en una dimensión afecte a la otra. La realización de estudios posteriores de acuerdo a estas explicaciones podrán aportar información interesante al respecto.

Otro aspecto destacable en el escalamiento con respecto a esta segunda dimensión es que entre los tres grupos existen diferencias, si bien son más evidentes entre el grupo con retraso mental y el grupo de adultos. Como hemos comentado anteriormente, nos encontramos ante una disposición específica de las estimaciones en la segunda dimensión en el grupo con retraso mental, otra totalmente diferente en el grupo de adultos y una disposición a caballo entre ambas en el grupo de niños. De acuerdo a estos resultados parecería que en la estimación de esta segunda dimensión influiría la edad cronológica. Por

eso los niños no realizan el mismo escalamiento que los adultos del grupo control. Pero también influiría la edad mental por eso el grupo con retraso mental realizaría una estimación diferente de la de los adultos del grupo control. Edad cronológica y edad mental son factores que parecen estar influyendo en la estimación e interfiriéndose mutuamente.

Por último, y ya descendiendo a emociones concretas, me gustaría destacar que las respuestas de los participantes con retraso mental en cuanto a la estimación de las emociones neutras (ya fueran caras con ninguna emoción o la sorpresa) fue similar a la realizada por los grupos control. Al igual que los participantes de los dos grupos control, situaron las láminas que correspondían a la ausencia de emoción y a la sorpresa en el punto medio tanto en la dimensión de agrado como en la dimensión de tensión. Estos datos confirman los obtenidos en la dispersión de medias en donde las estimaciones medias del grupo con retraso mental ante la ausencia de emoción y la sorpresa adquirieron valores intermedios en agrado y en tensión. Recordemos que en estudios previos (Maurer y Newbrough, 1987, Rojahn et al. 1995), así como lo resultados obtenidos en nuestro estudio en la tarea de etiquetado se ha resaltado que las expresiones de ausencia de emoción y la sorpresa son especialmente difíciles de reconocer para las personas con retraso mental.

Las conclusiones que pueden extraerse del escalamiento multidimensional realizado es que la distribución de las respuestas en estimación de las emociones por parte de las personas con retraso mental permiten diferenciar claramente la presencia de dos dimensiones que bien podrían coincidir con las dimensiones de agrado y tensión. Estas dimensiones son más evidentes en el grupo con retraso mental que en los grupos control. En los grupos control aparece claramente la dimensión de agrado, pero no la de tensión.

Por otro lado, los estímulos que forman las agrupaciones que aparecen en los escalamientos del grupo con retraso mental frente a los que aparecen en los grupos control, son los mismos. Las pequeñas diferencias que pueden observarse en cuanto al grado de estimación de algunas láminas concretas se restringen a la dimensión de tensión. Pero estas diferencias se constatan tanto entre las personas con retraso mental y los dos grupos control como en los dos grupos control entre si. La existencia de diferencias entre los tres grupos nos hacen pensar en la influencia de la edad cronológica y la edad mental en la estimación de las emociones en la dimensión de tensión.

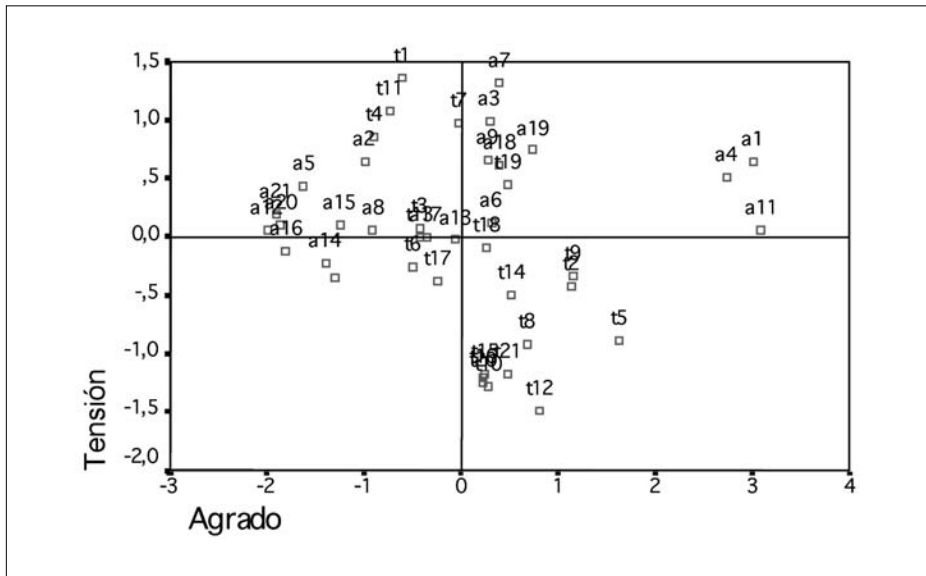


Figura 14. Representación bidimensional (en distancias euclídeas) de los juicios de agrado (a) y de tensión (t) en el grupo con Retraso Mental

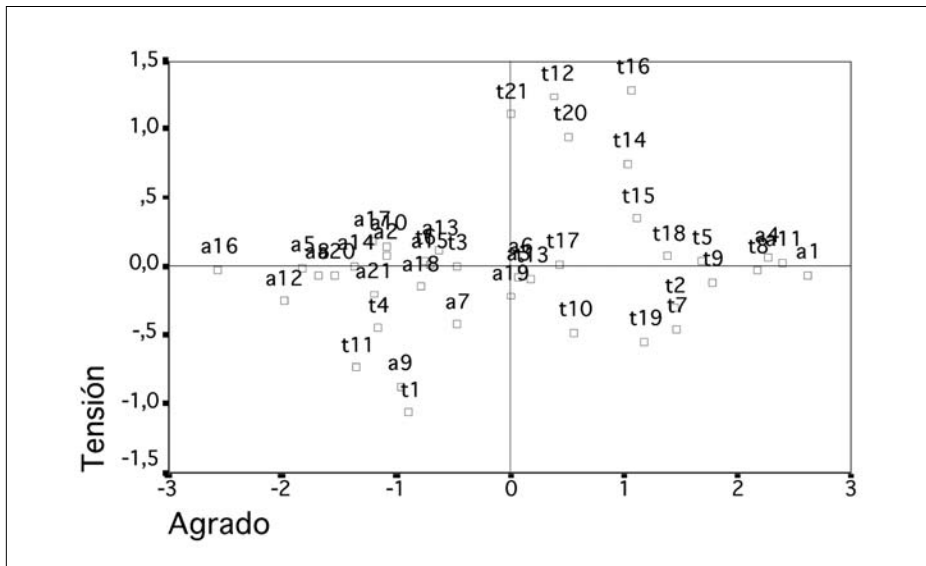


Figura 15. Representación bidimensional (en distancias euclídeas) de los juicios de agrado (a) y de tensión (t) en el grupo de Niños

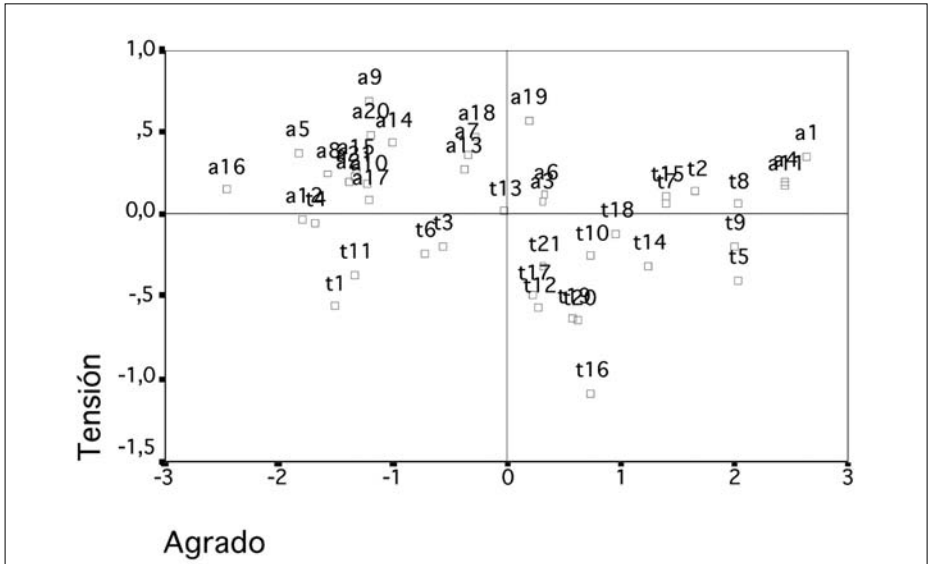


Figura 16.

Representación bidimensional (en distancias euclídeas) de los juicios de agrado (a) y de tensión (t) en el grupo de Adultos

3.4.1.2.3. Análisis de Regresión logística

Con la finalidad de averiguar el grado de poder predictivo de las respuestas de los participantes respecto a la probabilidad de pertenencia a un grupo u otro se realizaron regresiones logísticas. Por tanto, estos análisis indicarían si las respuestas dadas por los grupos a las láminas nos permitirían de manera significativa, pronosticar que una persona pertenecería a uno de esos grupos y en caso positivo cuáles serían esas láminas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la regresión logística de las repuestas de agrado y tensión del grupo con retraso mental y el grupo de adultos no tiene efecto con respecto a la probabilidad de pertenencia a uno de estos dos grupos (véase Tabla 17), ni tampoco en el caso de las respuestas del grupo con retraso mental y el grupo de niños (véase Tabla 18). Por tanto, podemos decir que las repuestas de estimación aportadas por las personas con retraso mental ante las diferentes emociones presentadas no sirven para discriminar la pertenencia a este grupo frente a la pertenencia a uno de los grupos control.

Además, de acuerdo a la regresión logística de las respuestas en las dos dimensiones de cada uno de los dos grupos control, tampoco existe un efecto claro en la probabilidad de pertenecer a uno de los dos grupos control (véase Tabla 19)

Tabla 17. Análisis de regresión logística (método enter) de las puntuaciones de agrado y de tensión sobre la pertenencia a los grupos de retraso mental o adultos.

Prueba de Hosmer y Lemeshow							
Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.				
1	,000	7	1,000				
Variables en la ecuación							
Paso		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
1	A1	1,422	21539,27	,000	1	1,000	4,145
	A10	-34,608	18310,10	,000	1	,998	,000
	A11	-30,662	30556,00	,000	1	,999	,000
	A12	7,109	17395,00	,000	1	1,000	1222,78
	A13	-4,302	12239,41	,000	1	1,000	,014
	A14	2,567	17937,39	,000	1	1,000	13,026
	A15	11,310	12894,86	,000	1	1,000	81594,91
	A16	-24,121	20877,04	,000	1	,999	,000
	A17	-5,711	29688,45	,000	1	1,000	,003
	A18	4,326	31919,98	,000	1	1,000	75,613
	A19	1,654	10732,84	,000	1	1,000	5,229
	A2	10,374	17689,34	,000	1	1,000	32007,20
	A20	13,857	14686,07	,000	1	1,000	1042499,
	A21	13,691	12370,66	,000	1	,999	883033,26
	A3	13,536	11591,34	,000	1	,999	755906,96
	A4	9,432	30238,89	,000	1	1,000	12475,81
	A5	-12,925	16998,35	,000	1	1,000	,000
	A6	1,947	18999,65	,000	1	1,000	7,010
	A7	-4,822	31801,95	,000	1	1,000	,008
	A8	-4,153	18848,76	,000	1	1,000	,016
	A9	-9,561	29115,51	,000	1	1,000	,000
	T1	-5,822	9892,60	,000	1	1,000	,003
	T10	-7,034	14417,74	,000	1	1,000	,001
	T11	-3,851	26163,22	,000	1	1,000	,021
	T12	-1,893	17143,07	,000	1	1,000	,151
	T13	10,825	19703,38	,000	1	1,000	50258,81
	T14	16,190	12009,54	,000	1	,999	1074634
	T15	22,512	22438,83	,000	1	,999	5,981E+05
	T16	-20,366	29831,75	,000	1	1,000	,000
	T17	9,436	28434,84	,000	1	1,000	12535,66
	T18	1,004	13647,94	,000	1	1,000	2,729
	T19	-11,471	15506,47	,000	1	1,000	,000
	T2	6,051	14079,31	,000	1	1,000	424,596
	T20	12,544	26548,05	,000	1	1,000	280513,83
	T21	-,942	20022,47	,000	1	1,000	,390
	T3	-3,735	15778,43	,000	1	1,000	,024
	T4	1,294	12428,30	,000	1	1,000	3,648
	T5	-19,734	15958,33	,000	1	,999	,000
	T6	23,050	17715,71	,000	1	,999	1,025E+10
	T7	19,366	12209,51	,000	1	,999	25733564
	T8	-7,300	14220,09	,000	1	1,000	,001
	T9	18,879	17287,50	,000	1	,999	15812313
	Constante	-77,821	230381,04	,000	1	1,000	,000

^a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: A1, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A2, A20, A21, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, T1, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T19, T2, T20, T21, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9.

Tabla 18. Análisis de regresión logística (método enter) de las puntuaciones de agrado y de tensión sobre la pertenencia a los grupos de retraso mental o niños.

Prueba de Hosmer y Lemeshow							
Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.				
1	,000	7	1,000				
Variables en la ecuación							
Paso		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
1	A1	-27,809	8120,611	,000	1	,997	,000
	A10	-20,498	5337,341	,000	1	,997	,000
	A11	8,565	49198,60	,000	1	1,000	5246,741
	A12	13,675	7505,421	,000	1	,999	869060,24
	A13	-43,899	13125,94	,000	1	,997	,000
	A14	2,686	7747,521	,000	1	1,000	14,680
	A15	68,844	35012,95	,000	1	,998	7,919E+20
	A16	-46,605	9354,301	,000	1	,996	,000
	A17	-58,184	9955,091	,000	1	,995	,000
	A18	21,273	10484,38	,000	1	,998	1,733E+09
	A19	-45,153	9922,961	,000	1	,996	,000
	A2	3,925	18171,00	,000	1	1,000	50,650
	A20	13,140	38191,00	,000	1	1,000	508678,62
	A21	27,790	7723,451	,000	1	,997	1,173E+12
	A3	-,455	5048,151	,000	1	1,000	,635
	A4	-21,627	55653,43	,000	1	1,000	,000
	A5	-57,519	7231,911	,000	1	,994	,000
	A6	-13,896	7074,271	,000	1	,998	,000
	A7	47,916	16745,68	,000	1	,998	6,450E+20
	A8	-21,908	5057,211	,000	1	,997	,000
	A9	-27,274	5656,321	,000	1	,996	,000
	T1	-34,190	6998,771	,000	1	,996	,000
	T10	-10,655	4270,811	,000	1	,998	,000
	T11	-15,953	7868,071	,000	1	,998	,000
	T12	-5,566	6899,051	,000	1	1,000	,004
	T13	-12,815	12115,56	,000	1	,999	,000
	T14	-2,127	8878,831	,000	1	1,000	,119
	T15	15,865	3857,751	,000	1	,997	7764173,
	T16	2,086	8734,911	,000	1	1,000	8,055
	T17	21,944	5096,241	,000	1	,997	3,391E+09
	T18	36,503	11809,83	,000	1	,998	7,131E+19
	T19	-9,078	6491,481	,000	1	,999	,000
	T2	-12,426	10640,20	,000	1	,999	,000
	T20	2,753	11601,77	,000	1	1,000	15,687
	T21	-2,531	6657,301	,000	1	1,000	,080
	T3	12,169	8781,041	,000	1	,999	192637,47
	T4	45,014	9408,851	,000	1	,996	3,541E+19
	T5	-35,932	19537,98	,000	1	,999	,000
	T6	3,909	13216,19	,000	1	1,000	49,851
	T7	-14,525	13413,79	,000	1	,999	,000
	T8	24,795	5693,651	,000	1	,997	5,868E+10
	T9	10,712	14925,36	,000	1	1,000	44885,89
	Constante	451,041328312,71		,000	1	,999	7,667+19

^a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: A1, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A2, A20, A21, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, T1, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T19, T2, T20, T21, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9.

Análisis de regresión logística (método enter) de las puntuaciones de agrado y de tensión sobre la pertenencia a los grupos de adultos o niños.

Prueba de Hosmer y Lemeshow

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	,000	6	1,000

Variables en la ecuación

Paso		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
1	A1	-107,440	7825,91	,000	1	,989	,000
	A10	11,237	3352,21	,000	1	,997	75907,28
	A11	-165,367	7335,99	,001	1	,982	,000
	A12	60,920	7603,26	,000	1	,994	2,867E+20
	A13	-78,262	3935,50	,000	1	,984	,000
	A14	110,744	9061,49	,000	1	,990	1,246E+40
	A15	-136,320	7570,60	,000	1	,986	,000
	A16	-102,650	6748,87	,000	1	,988	,000
	A17	-29,926	4101,92	,000	1	,994	,000
	A18	36,042	3439,59	,000	1	,992	4,497E+10
	A19	80,361	7839,89	,000	1	,992	7,950E+30
	A2	-96,638	5829,59	,000	1	,987	,000
	A20	97,858	4438,62	,000	1	,982	3,158E+40
	A21	-127,551	6765,11	,000	1	,985	,000
	A3	-25,266	4136,69	,000	1	,995	,000
	A4	171,970	7284,77	,001	1	,981	4,875E+70
	A5	18,113	7232,14	,000	1	,998	7352804
	A6	57,896	10385,59	,000	1	,996	1,393E+20
	A7	-68,968	8680,50	,000	1	,994	,000
	A8	-68,422	8824,73	,000	1	,994	,000
A9	-53,342	4717,96	,000	1	,991	,000	
T1	-39,627	6874,69	,000	1	,995	,000	
T10	-6,928	5746,49	,000	1	,999	,001	
T11	12,658	4190,01	,000	1	,998	314139,65	
T12	-90,608	4696,27	,000	1	,985	,000	
T13	-48,775	5520,43	,000	1	,993	,000	
T14	-2,519	2895,77	,000	1	1,000	,081	
T15	110,660	8203,72	,000	1	,989	1,149E+40	
T16	-63,454	4912,51	,000	1	,990	,000	
T17	21,756	7497,25	,000	1	,998	2,809E+00	
T18	-136,400	6962,87	,000	1	,984	,000	
T19	53,038	4237,21	,000	1	,990	1,081E+20	
T2	-24,404	7801,52	,000	1	,998	,000	
T20	123,780	6517,57	,000	1	,985	5,757E+50	
T21	-62,690	3722,29	,000	1	,987	,000	
T3	-67,350	4907,08	,000	1	,989	,000	
T4	-36,909	4145,32	,000	1	,993	,000	
T5	43,021	3260,91	,000	1	,989	4,829E+10	
T6	-14,974	2392,26	,000	1	,995	,000	
T7	-45,580	4103,00	,000	1	,991	,000	
T8	-87,752	4992,04	,000	1	,986	,000	
T9	114,541	6336,90	,000	1	,986	5,550E+40	
	Constante	1772,83	103379,93	,000	1	,986	,

^a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: A1, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A2, A20, A21, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, T1, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T17, T18, T19, T2, T20, T21, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9.

Los datos aportados por las regresiones logísticas realizadas confirman que las personas con retraso mental no se diferencian de las personas sin tal retraso en el modo con el que estiman las emociones de alegría, tristeza, miedo, asco, sorpresa, enfado y ausencia de expresión en cuando a las dimensiones de agrado y tensión.

Los resultados extraídos de las regresiones logísticas son coincidentes con los que se extraen de los escalamientos multidimensionales debido al valor de la varianza que explica en estos últimos la primera dimensión.

3.4.1.2.4. Resumen

El dato más importante que queremos resaltar de los resultados obtenidos es que no existen diferencias entre las personas con retraso mental y las personas sin tal retraso en el reconocimiento de emociones cuando se utiliza una tarea de estimación.

Esta ausencia de diferencias viene marcada principalmente por la estimación similar de las siete emociones en la dimensión de agrado de las personas con retraso mental en comparación con las personas sin tal retraso. En base a los resultados en las regresiones realizadas podemos afirmar que las respuestas de los participantes de cada uno de los grupos no permiten hacer predicciones con respecto a la pertenencia a uno u otro de estos grupos.

En segundo lugar, nos gustaría destacar que en el grupo con retraso mental aparecen perfectamente identificadas las dos dimensiones de agrado y tensión en los escalamientos multidimensionales realizados. Incluso estas dimensiones se constatan en este grupo con retraso de forma más clara que en los grupos control en los que las respuestas de agrado y tensión se distribuyen a lo largo de los dos ejes.

Esta distribución de las respuestas en los grupos control podría deberse a la falta de ortogonalidad de los ejes encontrada con frecuencia en los escalamientos multidimensionales. Es discutible que las personas consideremos aisladamente las dimensiones de agrado y tensión al estimar estímulos. De acuerdo a este argumento es habitual encontrarnos representaciones en las que se mezclan las respuestas a ambas dimensiones como ha ocurrido en los grupos control.

No deja de resultar curioso, en este sentido, que en el grupo con retraso mental ambas dimensiones aparezcan claramente delimitadas. Este resultado plantea interesantes interrogantes para investigaciones futuras.

No obstante, cabe la posibilidad de que el modo de respuesta de los grupos control se haya debido a un mero artefacto experimental. La presentación consecutiva de las escalas de agrado y tensión puede hacer que la estimación de una dimensión afecte a la otra. Aún así, resulta de nuevo curioso que esto no ocurra en el grupo con retraso mental. Se requieren investigaciones posteriores para poder llegar a alguna conclusión al respecto.

Otro dato de interés de los resultados obtenidos a un nivel ya más específico es que las personas con retraso mental no tuvieron dificultades en la tarea de estimación para situar

en las dos dimensiones la ausencia de expresión en una cara y la sorpresa. Acertadamente, al igual que las personas sin tal retraso, situaron estas emociones en el punto medio tanto de la dimensión de agrado como de la de tensión. En los estudios realizados con población con retraso mental utilizando diferentes tareas de reconocimiento se ha concluido que las personas con retraso mental tienen una especial dificultad para reconocer las emociones neutras, este hecho no se constata en nuestro estudio utilizando una tarea de estimación.

Por último, podemos afirmar que las diferencias encontradas en la dimensión de activación son de grado y no de categoría. En ningún caso una emoción estimada como activadora en un grupo ha sido estimada como relajante en otro grupo. Además, estas diferencias no se han constatado únicamente entre el grupo con retraso mental y los grupos control, sino que también aparecen entre los dos grupos control. El hecho de constatar también diferencias entre los dos grupos control apunta hacia la influencia en el reconocimiento de emociones de otros factores además de la edad mental, como es la edad cronológica. Parece ser que en el reconocimiento emocional la estimación de la activación se ve influida tanto por la edad mental como por la edad cronológica de los participantes.

3.4.1.2.5. Tarea control

Como planteamos antes de realizar este estudio, la tarea de estimación por su simplicidad y por la ausencia de demandas verbales sería la idónea para no encontrar déficit. Por ello, en caso de que el déficit se constataste, se encontraría sólo en la tarea emocional y no en la de control. Por esta razón es interesante incluir una tarea control de esta tarea de estimación.

De acuerdo a este planteamiento en el presente estudio se incluyó una tarea control de la tarea de estimación de emociones. Una vez conocidos los resultados de nuestro estudio en la tarea de estimación, y por tanto al no encontrar diferencias entre los grupos, la administración de una tarea control no sería tan necesaria. Sin embargo, seguimos adelante con su análisis de acuerdo al diseño original puesto que consideramos que todavía podría aportar información de interés.

Los estímulos utilizados en la tarea control fueron fotografías de imágenes evocadoras de calor y frío que se estimaban en relación a una escala de calor.

De acuerdo al análisis de las respuestas de los participantes ante esta tarea control, observamos que algunos de estos estímulos seleccionados resultaron ambiguos. Esto es, algunos participantes los estimaron en función del contexto que les rodeaba, mientras que otros participantes tuvieron en cuenta solamente el estímulo en sí. Por ejemplo, un plato de garbanzos fue estimado como de mucho calor por los participantes que tuvieron en cuenta solamente el estímulo, o de mucho frío por los participantes que consideraron la situación (tiempo atmosférico) en la que habitualmente una persona come un plato de garbanzos. Las personas con retraso mental plantearon estas dos posibilidades de interpretación igual que las personas de los grupos control.

Al calcular las dispersiones de las medias con las respuestas de los participantes ante estos estímulos que resultaron ambiguos, las posiciones centrales de las estimaciones de

los mismos en la escala de calor podrían deberse a un artificio del cálculo de las medias y no la estimación del estímulo como neutro en la escala de calor por parte de los participantes. Esto es, si los distintos participantes del mismo grupo ante uno de estos estímulos hubieran realizado estimaciones en sentidos contrarios de la dimensión, la media de las respuestas de esa imagen se iría al centro y esta posición central de los estímulos no sería real, sino debida al cálculo de las medias.

Esta posibilidad de sesgo en las respuestas situadas en posiciones centrales de la escala de calor nos llevó a analizar las respuestas de los participantes mediante regresiones logísticas que no dependían de las puntuaciones medias de las estimaciones de los participantes.

A continuación presentamos los resultados en las regresiones logísticas realizadas con esta tarea, con la finalidad de determinar si las respuestas dadas por los participantes de los diferentes grupos en sus estimaciones de calor permitían hacer predicciones con respecto a la pertenencia a uno de estos grupos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la regresión logística de las repuestas de calor del grupo con retraso mental y el grupo de adultos no tiene efecto con respecto a la probabilidad de pertenencia a uno de estos dos grupos (véase Tabla 22), ni tampoco en el caso de las respuestas del grupo con retraso mental y el grupo de niños (véase Tabla 23). Por tanto, podemos decir que las repuestas de estimación aportadas por las personas con retraso mental ante las diferentes imágenes no emocionales presentadas, no sirven para discriminar la pertenencia a este grupo frente a la pertenencia a uno de los grupos control.

Además, de acuerdo a la regresión logística de las respuestas en esta dimensión de cada uno de los dos grupos control, tampoco existe un efecto claro en la probabilidad de pertenecer a uno de ellos (véase Tabla 24).

Tabla 22.

Análisis de regresión logística (método enter) de las puntuaciones de calor sobre la pertenencia a los grupos de Retraso Mental o Adultos

Prueba de Hosmer y Lemeshow

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	2.258	8	.972

Variables en la ecuación

Paso		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
1	C1	.950	.832	1.303	1	.254	2.586
	C2	.043	.529	.007	1	.935	1.044
	C3	-.559	.998	.314	1	.575	.572
	C4	-.520	.501	1.077	1	.299	.595
	C5	-1.140	.564	4.078	1	.043	.320
	C6	.830	1.030	.650	1	.420	2.293
	C7	1.103	.677	2.657	1	.103	3.013
	C8	.237	.993	.057	1	.812	1.267
	C9	.194	.332	.341	1	.559	1.214
	C10	.534	.462	1.338	1	.247	1.706
	C11	.904	1.158	.609	1	.435	2.469
	C12	-1.002	.967	1.074	1	.300	.367
	C13	-1.904	.609	9.780	1	.002	.149
	C14	.778	.623	1.558	1	.212	2.176
	C15	.710	.517	1.887	1	.170	2.033
	C16	-.346	.402	.740	1	.390	.707
	C17	-1.433	.484	8.746	1	.003	.239
	C18	-1.635	.791	4.268	1	.039	.195
	C19	-.191	.380	.252	1	.616	.826
	C20	-.414	.460	.809	1	.369	.661
	C21	.033	.631	.003	1	.958	1.034
	Constante	12.664	8.411	2.267	1	.132	316016.1

^a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20, C21.

Tabla 23.

Análisis de regresión logística (método enter) de las puntuaciones de calor sobre la pertenencia a los grupos de Retraso mental o Niños.

Prueba de Hosmer y Lemeshow

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	5.888	8	.660

Variables en la ecuación

Paso		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
1 ^a	C1	-1.197	.964	1.542	1	.214	.302
	C2	.560	.416	1.814	1	.178	1.751
	C3	-1.935	1.106	3.060	1	.080	.144
	C4	-.838	.398	4.449	1	.035	.432
	C5	-.699	.439	2.533	1	.112	.497
	C6	-.807	.768	1.105	1	.293	.446
	C7	.464	.463	1.005	1	.316	1.590
	C8	-.427	1.648	.067	1	.796	.653
	C9	.065	.296	.048	1	.827	1.067
	C10	9.799	34.097	.083	1	.774	18021.906
	C11	-.240	1.419	.029	1	.865	.786
	C12	-.680	.945	.518	1	.472	.507
	C13	-.712	.457	2.423	1	.120	.491
	C14	.071	.477	.022	1	.881	1.074
	C15	.372	.402	.857	1	.355	1.451
	C16	-.498	.441	1.272	1	.259	.608
	C17	-.221	.381	.337	1	.562	.802
	C18	-1.229	.892	1.895	1	.169	.293
	C19	-.250	.351	.509	1	.476	.779
	C20	-1.777	.938	3.586	1	.058	.169
	C21	-.304	.867	.123	1	.726	.738
	Constante	-17.554	170.568	.011	1	.918	.000

^a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20, C21.

Tabla 24.

Análisis de regresión logística (método enter) de las puntuaciones de calor sobre la pertenencia a los grupos Niños o Adultos

Prueba de Hosmer y Lemeshow

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	7.801	8	.453

Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a						
C1	1.543	1.228	1.578	1	.209	4.677
C2	-.629	.530	1.412	1	.235	.533
C3	1.560	.801	3.793	1	.051	4.760
C4	-.272	.413	.434	1	.510	.762
C5	.249	.542	.211	1	.646	1.283
C6	1.300	.697	3.479	1	.062	3.671
C7	-.295	.536	.304	1	.582	.744
C8	2.500	1.155	4.689	1	.030	12.184
C9	.210	.285	.544	1	.461	1.234
C10	-7.696	24.975	.095	1	.758	.000
C11	-.184	1.907	.009	1	.923	.832
C12	.430	.953	.204	1	.652	1.537
C13	-1.740	.742	5.502	1	.019	.175
C14	1.556	.563	7.635	1	.006	4.739
C15	.025	.623	.002	1	.968	1.025
C16	.547	.352	2.414	1	.120	1.727
C17	-1.060	.486	4.747	1	.029	.347
C18	-.630	.674	.874	1	.350	.533
C19	-.274	.433	.402	1	.526	.760
C20	1.260	.748	2.841	1	.092	3.527
C21	.131	.950	.019	1	.890	1.140
Constante	25.721	125.018	.042	1	.837	1.5E+11

^a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20, C21.

Un resultado algo diferente se obtuvo del análisis pormenorizado por láminas. Nos encontramos imágenes que aisladamente permitirían clasificar a los participantes de cada uno de los grupos. Por ejemplo, las imágenes que permitirían clasificar a los participantes del grupo con retraso mental frente al grupo de adultos serían: C5, C13, C17 y C18 (véase Tabla 22). En la regresión entre el grupo con retraso mental y el grupo de niños: C4 y C20 (véase Tabla 23) y entre los dos grupos control: C3, C8, C13, C14 y C17 (véase Tabla 24). El análisis de cada una de estas imágenes sobrepasa el objetivo de este estudio. Desearíamos destacar únicamente como dato sobresaliente que no sólo las respuestas del grupo con retraso mental frente a las de los dos grupos control ante algunas imágenes concretas permitirían hacer predicciones con respecto al grupo de pertenencia, sino también en los dos grupos control. Este hecho podría relacionarse con la influencia de factores como la edad cronológica y la edad mental en la estimación de determinadas imágenes de calor. Como ya se ha explicado anteriormente los factores que a priori diferenciaban a los tres grupos eran la edad cronológica y la edad mental. Encontrar diferencias en la estimación de determinadas láminas en la dimensión de calor entre cada uno de los pares de grupos que formaban parte del estudio podría achacarse a uno de estos factores. La consideración conjunta de los resultados de las tres comparaciones lleva a concluir que en la estimación de algunas imágenes de esta tarea control afecta la edad cronológica y la edad mental de los participantes.

Como conclusión a la aplicación de esta tarea control, podemos decir que es importante incluir como hemos hecho en este estudio, una tarea control para determinar la especificidad o no del déficit en el reconocimiento emocional. Incluso cuando los resultados en la tarea emocional confirman por si solos la ausencia de dicho déficit, desarrollar la tarea control aporta información de interés. La dimensión de calor como alternativa control a las dimensiones de agrado y tensión puede resultar una opción adecuada en el diseño de esta tarea control. Se trata de una dimensión que permite una gradación similar a las otras dos dimensiones emocionales y que requiere las mismas demandas cognitivas que la tarea emocional pero sin ser su contenido emocional.

Los resultados obtenidos en la tarea control reflejan que las personas con retraso mental no tienen problemas en la realización de tareas de estimación. La estimación de las personas con retraso mental en la dimensión de calor no se diferencia sustancialmente de la estimación de las personas sin retraso mental, sean éstas adultos o niños.

3.4.2 Experiencia emocional

Como expusimos anteriormente, sería interesante, junto al estudio del reconocimiento emocional en las personas con retraso mental frente a las personas sin tal retraso, estudiar también como esta población experimenta sus emociones frente a la población sin tal retraso. Este hecho nos permitiría relacionar el reconocimiento y el sentimiento emocional. Además permitiría obtener información adicional sobre las supuestas limitaciones cognitivas de las personas con retraso mental en el procesamiento emocional.

Por estas razones, en este trabajo se ha incluido un estudio sobre como esta población con retraso experimenta sus propias emociones. Se trata de un primer acercamiento exploratorio a esa experiencia emocional.

Los resultados de este trabajo se comentan a continuación en el siguiente orden: en primer lugar las dispersiones de medias en el IAPS para adultos y en el IAPS infantil; a continuación, los análisis multidimensionales para ambas versiones del IAPS, y finalmente los análisis de regresión logística realizados. El apartado concluye con un resumen de los aspectos más importantes que se desprenden de todos estos resultados.

3.4.2.1 Dispersión de medias

En primer lugar, hemos recogido una presentación gráfica de las puntuaciones medias del grupo con retraso mental frente a los dos grupos control en las dos versiones del IAPS (para adultos y para niños). Empezamos por el IAPS de adultos.

Las Figuras 1 y 2 representan gráficamente, en el espacio bidimensional definido por la valencia afectiva y la tensión, las 21 imágenes del IAPS para adultos, en función de las estimaciones otorgadas por el total de personas con retraso mental (véase Figura 1) y de adultos sin retraso (véase Figura 2) de nuestro estudio. El eje horizontal del gráfico codifica la posición de cada una de las imágenes en la dimensión de valencia afectiva (desde “1” = muy desagradable, hasta “5”= muy agradable); el eje vertical a su vez, codifica su posición en la dimensión de Tensión (desde “1”= muy tranquilo, hasta “5”= muy nervioso). Cada punto representa la media de las estimaciones frente a esa imagen de todos los sujetos con retraso mental en la Figura 1 y sin retraso mental con la misma edad cronológica en la Figura 2.

El gráfico obtenido de las estimaciones de las láminas por el grupo con retraso mental no parece presentar diferencias con el del grupo control de adultos. Como puede apreciarse en las Figuras 1 y 2, las puntuaciones medias en las láminas del grupo con retraso mental se distribuyen en los mismos tres cuadrantes de la figura que las puntuaciones del grupo control de adultos. En ambos grupos encontramos un conjunto de láminas que a los participantes les resultan agradables y ante las que se sienten relajados, como por ejemplo la imagen de un bebé o de unas flores. Otro conjunto de imágenes que les resultan desagradables y ante las que se ponen nerviosos, como la imagen de una mutilación o de un arma. Y un tercer conjunto de imágenes que no les resultan ni agradables ni desagradables, como la imagen de un paisaje, o un desnudo. Queda vacío en los dos grupos el cuadrante correspondiente a la confluencia “muy desagradable y poco activador”.

Podemos decir que en el grupo con retraso mental y en el grupo de adultos existe una distribución similar de las láminas en cuanto a su representación gráfica de acuerdo a las dimensiones de agrado y tensión. Además, aparece una clara coincidencia entre los dos grupos, en las siete láminas que juzgan como poco agradables y muy activadoras. Los mismos estímulos que generan a las personas con retraso mental desagrado y ante los que se ponen nerviosos son los que generan los mismos sentimientos en las personas sin tal retraso. Estos sentimientos los provocan imágenes de mutilaciones, accidentes o armas. Me gustaría resaltar también, que existe una coincidencia exacta en la lámina juzgada por los dos grupos como más agradable, la lámina 3 (bebé sonriendo).

Por otro lado, en ambos grupos muy pocas láminas resultan neutras a nivel de agrado, menos aún en el grupo con retraso mental en el que incluso las imágenes neutras que aparentemente no presentan ningún contenido emocional (un cesto, un rodillo) se estiman como

un poco agradables. Parece como si los estímulos neutros no se juzgasen en si mismos si no en relación con alguna asociación mental que el participante hace de ese estímulo. Por ejemplo, al ver un cesto (L9) lo estiman como más agradable que lo hace el grupo de adultos, verbalizando en el momento en que se les pasó la prueba "un cesto como los de llevar flores", o al ver el rodillo (L19) dicen "un rodillo con el que se hacen pasteles".

Las pequeñas diferencias que podemos apreciar entre los dos grupos en estas figuras se refieren al grado con el que se estima el agrado y la activación que les genera alguna lámina. Pero se trata de una cuestión de grado. En ningún caso un estímulo es juzgado por un grupo como agradable y por otro como desagradable o por un grupo como activador y para otro como relajante. Los análisis posteriores nos demostraran si estas sutiles diferencias son o no significativas.

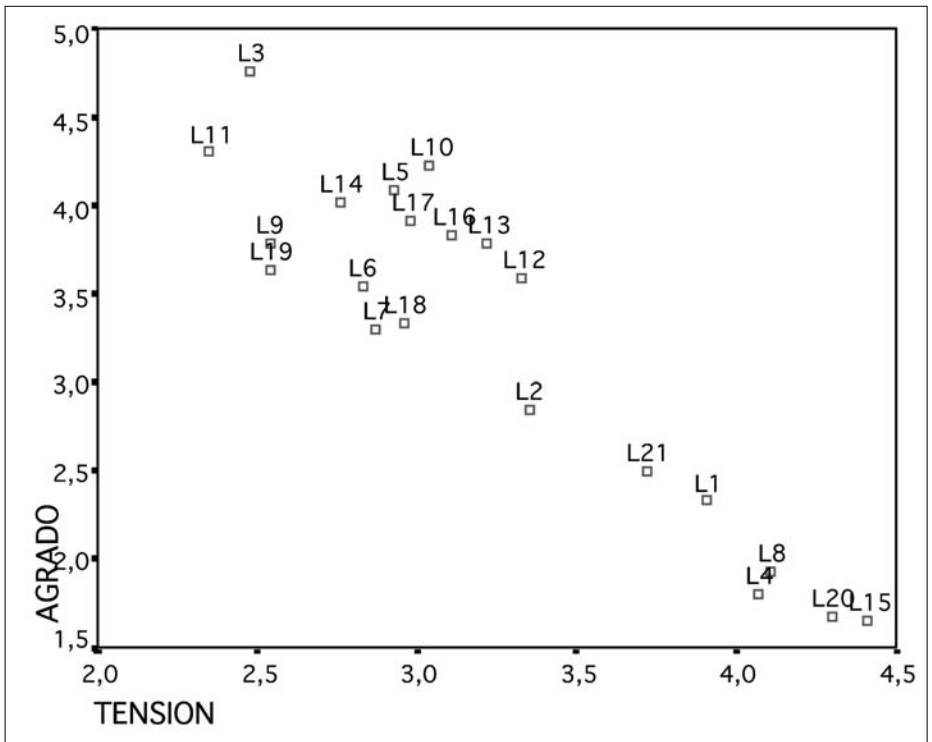


Figura 1. Dispersión de medias en las láminas del IAPS Adultos en el grupo de con Retraso Mental

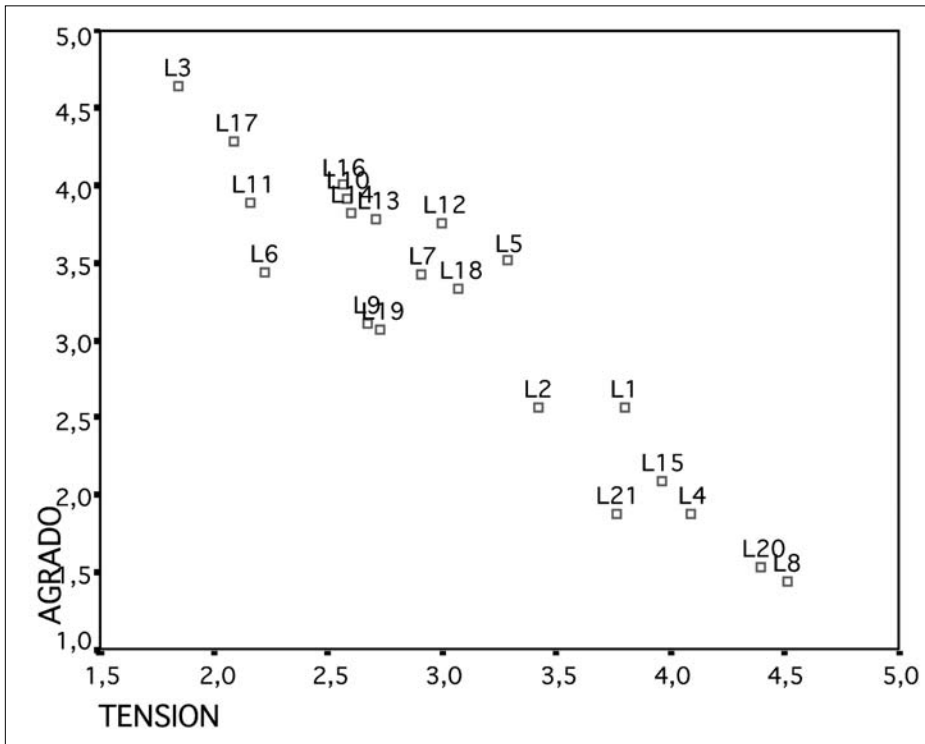


Figura 2. Dispersión de medias en las láminas del IAPS Adultos en el grupo de Adultos sin retraso mental.

En cuanto a las dispersiones de medias en el IAPS infantil podemos decir que el gráfico resultante de las estimaciones de las láminas por el grupo con retraso mental no parece presentar tampoco diferencias con el del grupo control de niños (véanse Figuras 3 y 4). En ambas muestras de participantes, las láminas se agrupan de acuerdo a dos coordenadas (similar al IAPS adulto): láminas consideradas como muy agradables y que generan un nivel bajo de activación en la persona y láminas consideradas como desagradables con un nivel de activación alto. Entre la valencia afectiva y la tensión parece existir una relación negativa, de modo que a menor valencia (imágenes consideradas como más desagradables) más activación y a más valencia (imágenes consideradas como más agradables), menos activación.

Existe una clara coincidencia en el juicio de los dos grupos en cuanto a que láminas les resultan agradables y desagradables. Tanto a las personas con retraso mental como a los niños les resultan agradables las imágenes de perritos, bebés, una montaña rusa, chocolate; y les resultan desagradables las imágenes de armas, tiburones, atracos y accidentes. Llama la atención en ambos grupos (más aún en el grupo con retraso mental) la tendencia a juzgar con un ligero matiz de agrado las láminas neutras como la imagen de un surtidor de agua o una bombilla.

Al igual que en el IAPS para adultos, las pequeñas diferencias que podemos apreciar entre los dos grupos en estas figuras se refieren al grado con el que se estima el agrado y la activación que les genera alguna lámina concreta.

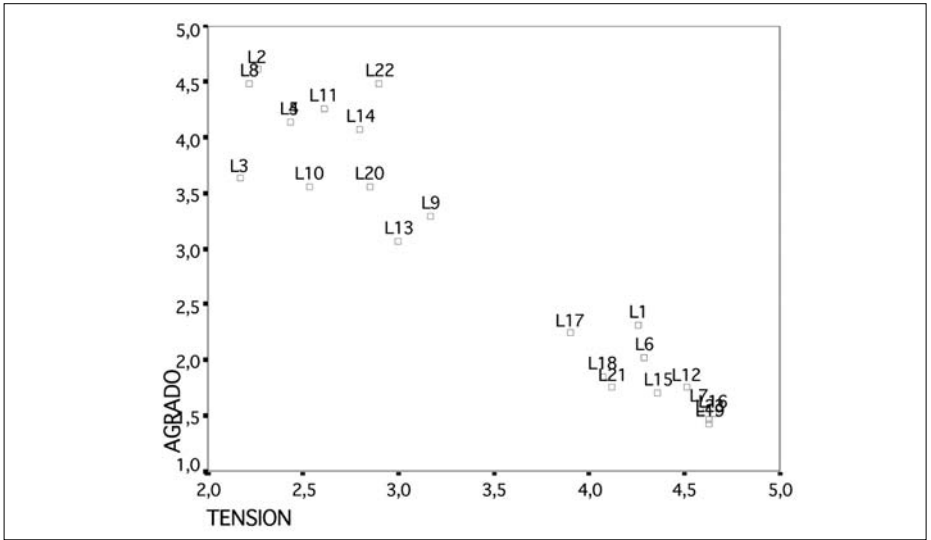


Figura 3. Dispersión de medias en las láminas del IAPS infantil en el grupo de Adultos con retraso mental

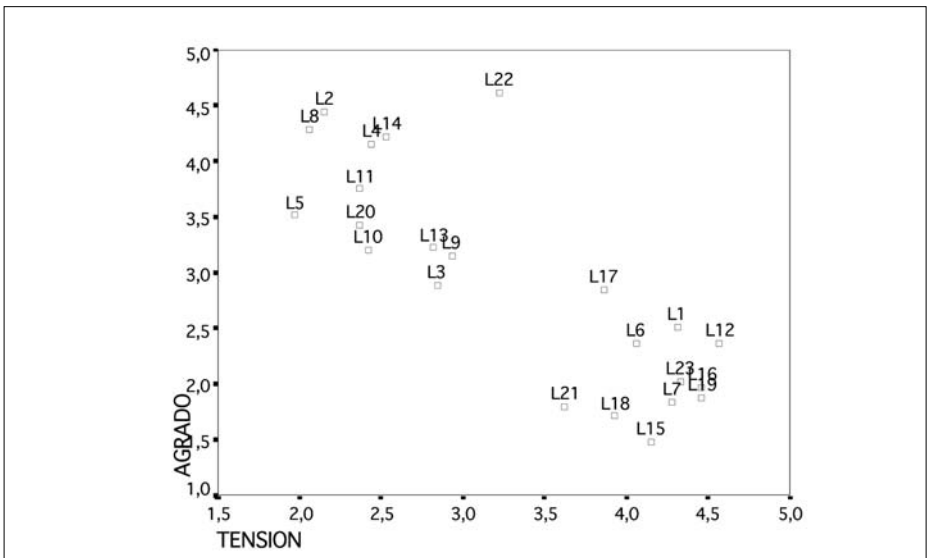


Figura 4. Dispersión de medias en las láminas del IAPS infantil en el grupo de niños sin retraso mental

Cualquier conocedor de los estudios de Lang (Lang et al., 2001) podría pensar que nuestros grupos control actuaron de manera diferente a como lo han hecho participantes sin retraso mental de otros estudios con este mismo material. Hemos comparado la dispersión de las medias en las láminas de las dos versiones del IAPS en nuestros grupos control, con los resultados obtenidos con las mismas imágenes en población española adulta (Moltó et al., 1999) y en población americana adulta e infantil (Lang et al., 2001). De los resultados de esta comparación destacamos la similitud de la experiencia emocional de nuestros grupos control con la muestra española de Moltó más que con la muestra americana de Lang. Estos resultados garantizan que nuestros grupos control se comportan de forma similar a otros grupos utilizados en trabajos en castellano con este mismo material.

Las reflexiones extraídas de esta primera visión de los datos con las dos versiones del IAPS deben apoyarse en análisis estadísticos firmes que revelen la veracidad o no de las tendencias encontradas anteriormente, por ello a continuación se presentan los resultados de los escalamientos multidimensionales y las regresiones logísticas tanto del IAPS adulto como del IAPS infantil.

3.4.2.2. Escalamientos Multidimensionales

Con el fin de obtener la auténtica estructura dimensional subyacente a las respuestas de agrado y tensión dadas por los participantes del grupo con retraso mental y del grupo de adultos a las imágenes del IAPS adulto, se llevó a cabo un escalamiento multidimensional a través de un análisis de las distancias euclídeas entre dichas respuestas.

La configuración de los estímulos según el escalamiento multidimensional en el grupo de retraso mental en comparación con el grupo de adultos sin retraso mental permite extraer las siguientes apreciaciones: (véanse Figuras 5 y 6)

En relación con la primera dimensión podemos apreciar la distribución de las “a” (respuestas de agrado) a lo largo de todo eje horizontal. Estas respuestas se concentran en dicho eje formando tres agrupaciones o clusters. A la derecha del eje, las imágenes estimadas como más desagradables (mutilaciones y armas). En el otro extremo del eje, las imágenes ante las que se sienten más felices (bebés, chica en el agua, flores) y en torno al centro del eje, las imágenes que les resultan neutras (desnudos, un rodillo de cocina, la cara de un señor mayor).

En el grupo de adultos, en esta primera dimensión las “a” se distribuyen básicamente igual que en el grupo con retraso. Un resultado interesante es que estas estimaciones en este grupo control aparecen menos agrupadas (hay más distancia entre ellas) que en el grupo con retraso mental. La mayor agrupación entre las estimaciones en agrado en el grupo con retraso mental podría deberse a que estos participantes tiendan a utilizar menos opciones de respuesta, simplificando su organización de los estímulos y no matizando tanto como lo hace el grupo de adultos; o también podría deberse a que sientan más intensamente los estímulos que se les presentan.

Los estímulos estimados como más agradables, los estimados como más desagradables y los neutros son los mismos en los dos grupos.

En cuanto a las “t” (respuestas en tensión), también en el grupo con retraso mental se aprecian a lo largo de este eje horizontal, pero de forma mucho menos agrupada y delimitada que las respuestas de agrado, que son las que realmente definen el eje. Las estimaciones de tensión se distribuyen formando dos bloques, por un lado y del centro a la derecha del eje horizontal, las imágenes estimadas como menos activadoras, y por otro lado, a la izquierda del eje, las imágenes estimadas como más activadoras.

En el grupo control de adultos las respuestas de tensión se entremezclan con las estimaciones en agrado. La explicación a este patrón en el grupo de adultos podría deberse a que, como ya hemos comentado en apartados anteriores, los adultos consideran conjuntamente las dos dimensiones al estimar los estímulos; o tal vez esas diferencias sean una consecuencia del procedimiento de respuesta utilizado. Esto es, de presentar consecutivamente las escalas de agrado y tensión a los participantes. Esta forma de presentación puede hacer que en los adultos la estimación en una dimensión afecte a la otra.

Un resultado empírico curioso es que tanto en el grupo con retraso mental como en el grupo control de adultos, dentro de esta dimensión horizontal las “a” y las “t” de cada lámina se encuentran enfrentadas. En efecto, los estímulos estimados agradables les generan a todos los participantes poca activación frente a los estímulos desagradables que les generan una mayor activación.

En cuanto a la segunda dimensión, en el grupo con retraso mental la distribución de las estimaciones y su interpretación resulta más confusa que en la primera dimensión. Sobre el eje vertical que representa esta segunda dimensión, se tienden a distribuir en un extremo las “a” y en el otro las “t”. Nuevamente las “a” y las “t” de las mismas láminas se encuentran enfrentadas, pero esta vez se refieren a estímulos difícilmente definibles en una única categoría. En el extremo superior del eje encontramos entremezcladas las respuestas “a” a estímulos de caras de personas, objetos y desnudos. Sin embargo, curiosamente en el extremo inferior de este eje vertical nos encontramos las respuestas “t” a los estímulos con matiz sexual como desnudos masculinos y femeninos e imágenes de parejas. Interpretar estos resultados sin realizar otros estudios mucho más específicos es demasiado aventurado y complicado.

Aún más complicado resulta determinar esta segunda dimensión en el grupo control de adultos. En este grupo no hay un patrón claro de “a” y “t” en la segunda dimensión. Este resultado, como veremos a continuación se da igualmente en el grupo de niños ante las imágenes del IAPS infantil.

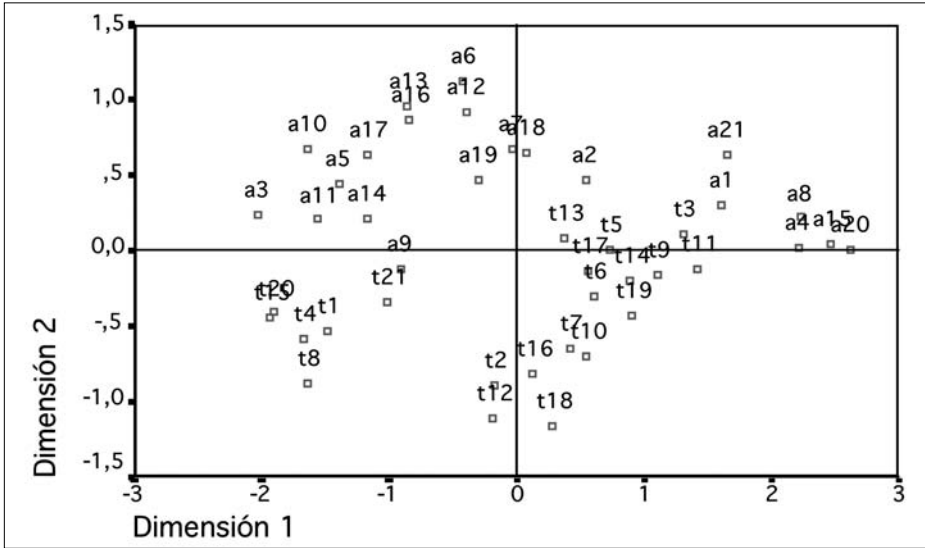


Figura 5. Representación bidimensional (en distancias euclídeas) de los juicios de agrado (a) y de tensión (t) en el IAPS adulto en el grupo con Retraso Mental

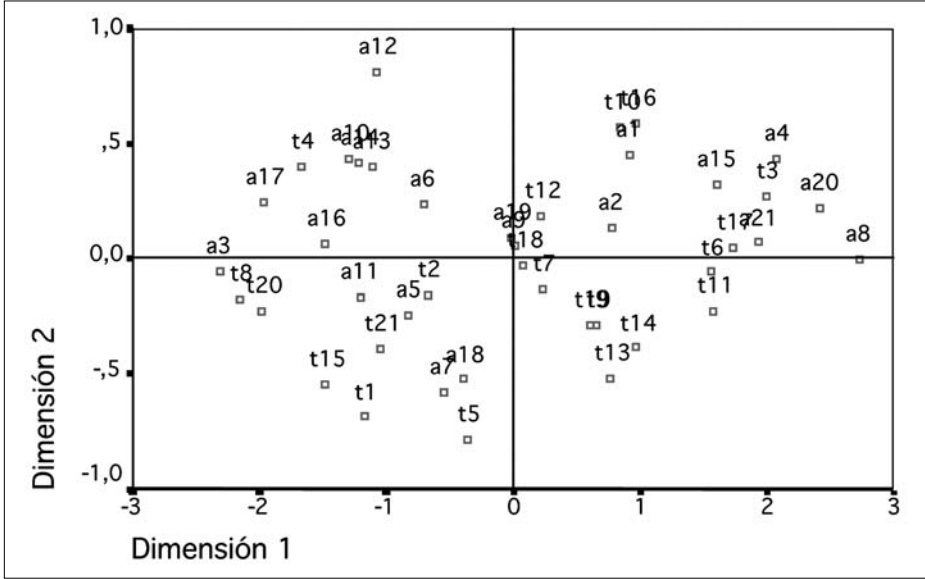


Figura 6. Representación bidimensional (en distancias euclídeas) de los juicios de agrado (a) y de tensión (t) en el IAPS adulto en el grupo de Adultos

En cuanto al escalamiento multidimensional del IAPS infantil, nos encontramos que la distribución de la primera dimensión coincide con la obtenida en el IAPS de adultos que acabamos de revisar. En el grupo con retraso mental aparece una primera dimensión en torno al eje horizontal, que podríamos denominar agrado. De acuerdo a este eje, las imágenes estimadas más desagradables se agrupan a la derecha del mismo (atracos, accidentes y armas) las estimadas más agradables a la izquierda del eje (fuegos artificiales, montaña rusa, perritos) y hacia el centro las neutras (plancha, camión, surtidor de agua, bombilla). (véase Figura 7)

En el grupo de niños aparece esta misma dimensión de agrado (véase figura 8). Los mismos estímulos son estimados por los dos grupos como agradables o desagradables. Las únicas diferencias apreciables entre estos dos grupos son de grado. Estas pequeñas diferencias de grado se deben nuevamente a la utilización de juicios más extremos en el grupo con retraso mental frente al grupo control de niños. Pero, aunque se aprecien pequeñas diferencias, en ningún caso estímulos que para un grupo resultan agradables son estimados como desagradables por el otro grupo ni viceversa.

En cuanto a las respuestas de tensión o activación que les provocan las imágenes, su distribución a lo largo del eje horizontal es menos lineal que las respuestas “a” que son las que realmente definen el eje. Los estímulos en relación a la tensión que generan a los participantes con retraso mental se agrupan formando dos bloques, por un lado y del centro a la derecha del eje horizontal, las imágenes estimadas como menos activadoras, y por otro lado, a la izquierda del eje las imágenes estimadas como más activadoras. Como hemos comentado anteriormente, nos encontramos ante prácticamente el mismo tipo de escalamiento multidimensional que el presentado en el IAPS adulto. Parece que las personas con retraso mental estiman del mismo modo las imágenes de adultos que las de niños.

En el grupo control de niños, las respuestas “t” se distribuyen a lo largo del eje horizontal entremezclándose con las “a” o formando agrupaciones aisladas. La explicación de este hecho por su similitud con lo ocurrido en el grupo de adultos podría residir igualmente en que el grupo de niños a diferencia del grupo con retraso mental considere conjuntamente las dos dimensiones o que tales diferencias se deban al procedimiento utilizado.

Como hemos visto en el IAPS adulto, en el grupo con retraso mental la distribución de las estimaciones en cuanto a la segunda dimensión resulta bastante más confusa que en la primera dimensión. Las respuestas en agrado y tensión se concentran en torno al centro del eje vertical. Nuevamente las “a” y las “t” de las mismas láminas se encuentran enfrentadas, pero esta vez se refieren fundamentalmente a estímulos neutros.

La confusión en esta segunda dimensión se constata también en el grupo control de niños. En este grupo resulta todavía más difícil determinar esta segunda dimensión.

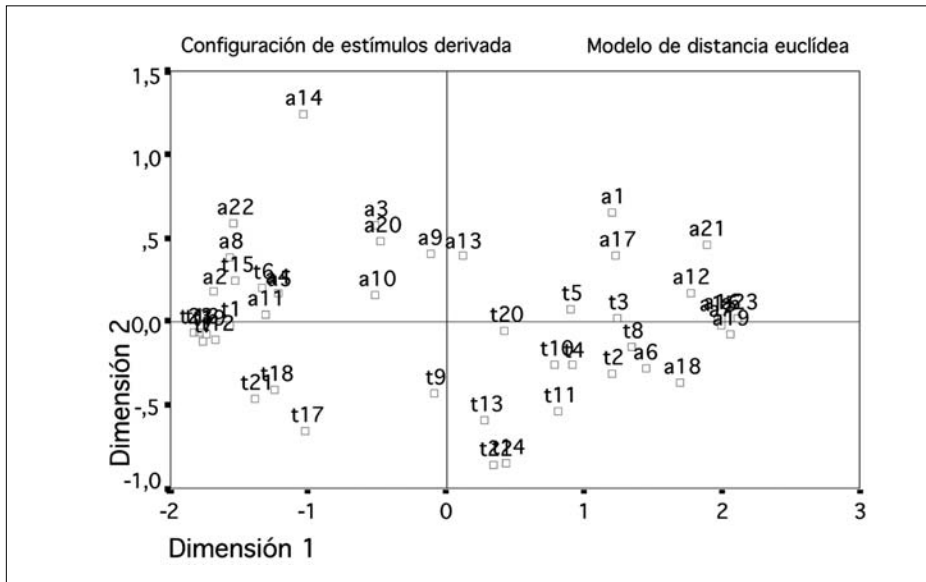


Figura 7. Representación bidimensional (en distancias euclídeas) de los juicios de agrado (a) y de tensión (t) en el IAPS infantil en el grupo con Retraso Mental

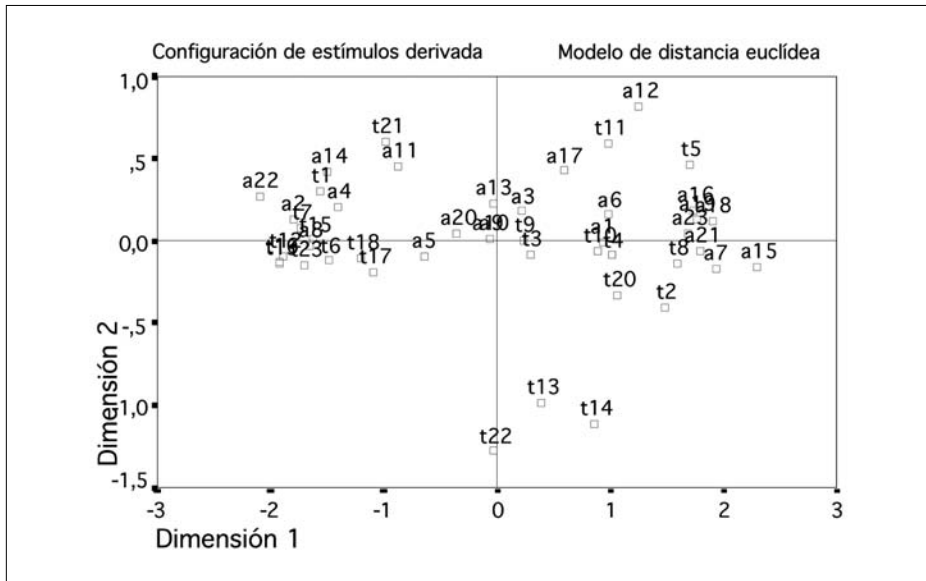


Figura 8. Representación bidimensional (en distancias euclídeas) de los juicios de agrado (a) y de tensión (t) en el IAPS infantil en el grupo de Niños

3.4.2.3. Análisis de regresión logística

Con la finalidad de averiguar el grado de poder predictivo de las respuestas de los participantes respecto a la probabilidad de pertenencia a un grupo u otro se realizaron regresiones logísticas.

De acuerdo a los resultados obtenidos en los análisis realizados, la regresión logística de las repuestas de agrado y tensión del grupo con retraso mental y el grupo de adultos ante las imágenes del IAPS adulto no tiene efecto con respecto a la probabilidad de pertenencia a uno de estos dos grupos (véase Tabla 1). Por tanto, podemos decir que las repuestas de estimación aportadas por las personas con retraso mental ante las 21 imágenes presentadas en el IAPS adulto no sirven para discriminar la pertenencia a este grupo frente a la pertenencia al grupo control de adultos.

Tabla 2.

Análisis de regresión logística (método enter) de las puntuaciones de agrado y de tensión en el IAPS adulto sobre la pertenencia a los grupos de retraso mental o adultos.

Prueba de Hosmer y Lemeshow							
Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.				
1	,000	7	1,000				
Variables en la ecuación							
Paso	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	
1 ^a	A1	18,569	39768,70	,000	1	1,000	11600615
	A10	-13,633	22654,01	,000	1	1,000	,000
	A11	-18,058	18568,00	,000	1	1,000	,000
	A12	8,622	35896,42	,000	1	1,000	5554,97
	A13	12,522	21894,97	,000	1	1,000	274403,24
	A14	-9,435	27035,05	,000	1	1,000	,000
	A15	7,824	30213,11	,000	1	1,000	2499,21
	A16	-,735	18628,46	,000	1	1,000	,479
	A17	,966	50956,07	,000	1	1,000	2,628
	A18	5,241	16804,40	,000	1	1,000	188,83
	A19	-19,580	16920,79	,000	1	,999	,000
	A2	4,230	23414,30	,000	1	1,000	68,709
	A20	1,299	72990,56	,000	1	1,000	3,665
	A21	-24,684	25931,47	,000	1	1,000	,000
	A3	7,132	48518,99	,000	1	1,000	1251,60
	A4	-3,237	18831,03	,000	1	1,000	,039
	A5	-9,221	33646,86	,000	1	1,000	,000
	A6	-,741	15492,92	,000	1	1,000	,477
	A7	9,835	17397,87	,000	1	1,000	18680,79
	A8	-16,913	31292,64	,000	1	1,000	,000
	A9	-5,870	26854,51	,000	1	1,000	,003
	T1	2,947	21227,52	,000	1	1,000	19,050
	T10	-19,146	11024,23	,000	1	,999	,000
	T11	-15,779	33686,58	,000	1	1,000	,000
	T12	4,027	20858,33	,000	1	1,000	56,104
	T13	2,213	14904,64	,000	1	1,000	9,140
	T14	7,440	18533,93	,000	1	1,000	1702,90
	T15	-15,419	29754,10	,000	1	1,000	,000
	T16	-2,822	18447,34	,000	1	1,000	,059
	T17	-9,486	19869,29	,000	1	1,000	,000
	T18	11,198	41746,33	,000	1	1,000	72995,54
	T19	5,092	34586,41	,000	1	1,000	162,767
	T2	2,840	24431,69	,000	1	1,000	17,117
	T20	8,650	55144,75	,000	1	1,000	5712,99
	T21	-,012	59856,40	,000	1	1,000	,988
	T3	-1,155	10389,98	,000	1	1,000	,315
	T4	-12,543	26415,00	,000	1	1,000	,000
	T5	6,240	25350,77	,000	1	1,000	512,72
	T6	2,062	37048,78	,000	1	1,000	7,862
	T7	-,811	36513,75	,000	1	1,000	,445
	T8	,245	61005,19	,000	1	1,000	1,278
	T9	11,152	47746,74	,000	1	1,000	69721,15
	Constante	181,19	356416,37	,000	1	1,000	4,925E+7

^a.Variable(s) introducida(s) en el paso 1: A1, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A2, A20, A21, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, T1, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16 T19, T2, T20, T21, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9.

Al igual que con el IAPS adulto, en el IAPS infantil la regresión logística de las repuestas de agrado y tensión del grupo con retraso mental y el grupo de niños no tiene efecto con respecto a la probabilidad de pertenencia a uno de estos dos grupos (véase Tabla 3). Por tanto, podemos decir que las repuestas de estimación aportadas por las personas con retraso mental ante las 23 imágenes presentadas en el IAPS infantil no sirven para discriminar la pertenencia a este grupo frente a la pertenencia al grupo control de niños.

Tabla 3. Análisis de regresión logística (método enter) de las puntuaciones de agrado y de tensión en el IAPS infantil sobre la pertenencia a los grupos de retraso mental o niños.

Prueba de Hosmer y Lemeshow							
Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.				
1	,000	6	1,000				
Variables en la ecuación							
Paso	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	
1	A1	-5,898	36138,84	,000	1	1,000	,003
	A10	-,408	19313,67	,000	1	1,000	,665
	A11	-6,621	34903,40	,000	1	1,000	,001
	A12	4,940	19134,57	,000	1	1,000	139,821
	A13	6,253	22309,64	,000	1	1,000	519,421
	A14	16,568	46636,75	,000	1	1,000	1568087
	A15	-24,215	27975,69	,000	1	1,000	,000
	A16	-16,695	49830,35	,000	1	1,000	,000
	A17	10,970	37034,84	,000	1	1,000	58091,79
	A18	-5,633	32591,57	,000	1	1,000	,004
	A19	46,747	45361,28	,000	1	,999	2,004E+20
	A2	-15,463	153963,41	,000	1	1,000	,000
	A20	-3,146	55761,77	,000	1	1,000	,043
	A21	10,178	11350,28	,000	1	1,000	26320,55
	A22	-6,258	93694,78	,000	1	1,000	,002
	A23	-4,977	18259,68	,000	1	1,000	,007
	A3	-19,878	10705,67	,000	1	,999	,000
	A4	7,058	28836,13	,000	1	1,000	1161,551
	A5	-5,732	20725,30	,000	1	1,000	,003
	A6	20,140	33268,27	,000	1	1,000	55822169
	A7	13,589	71413,99	,000	1	1,000	797498,89
	A8	2,559	51109,31	,000	1	1,000	12,926
	A9	3,583	29985,53	,000	1	1,000	35,988
	T1	-3,586	75206,55	,000	1	1,000	,028
	T10	-,295	67425,30	,000	1	1,000	,745
	T11	10,378	18327,32	,000	1	1,000	32138,24
	T12	64,092	54555,25	,000	1	,999	6,835E+21
	T13	-2,692	15658,21	,000	1	1,000	,068
	T14	5,515	32682,04	,000	1	1,000	248,422
	T15	-6,469	16269,52	,000	1	1,000	,002
	T16	-25,076	47000,06	,000	1	1,000	,000
	T17	4,215	27366,83	,000	1	1,000	67,665
	T18	-6,218	46328,02	,000	1	1,000	,002
	T19	20,253	112942,76	,000	1	1,000	62483424
	T2	-7,680	11664,25	,000	1	1,000	,000
	T20	-6,112	32282,47	,000	1	1,000	,002
	T21	,135	51800,22	,000	1	1,000	1,144
	T22	-11,583	11635,49	,000	1	1,000	,000
	T23	-8,622	16129,66	,000	1	1,000	,000
	T3	12,907	41169,30	,000	1	1,000	403084,68
	T4	19,575	101401,24	,000	1	1,000	31733381
	T5	-16,448	55562,72	,000	1	1,000	,000
	T6	10,625	29076,62	,000	1	1,000	41151,40
	T7	-9,562	64910,58	,000	1	1,000	,000
	T8	-16,641	38209,00	,000	1	1,000	,000
	T9	-1,764	12878,87	,000	1	1,000	,171
	Constante	-155,677	604997,94	,000	1	1,000	,000

^a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: A1, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A2, A20, A21, A22, A23, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, T1, T10, T11, T12, T13, T14, T17, T18, T19, T2, T20, T21, T22, T23, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9.

Los resultados obtenidos en las regresiones logísticas con las dos versiones del IAPS evidencian una similitud en las respuestas de las personas con retraso mental y de los participantes de los grupos control. Las diferencias encontradas en los escalamientos multidimensionales realizados en cuanto a la segunda dimensión no tienen la suficiente fuerza como para verse reflejadas en estos análisis. Prevalece la similitud en las respuestas en la primera dimensión y este resultado es el que se constata en las regresiones logísticas realizadas.

3.4.2.4. Resumen

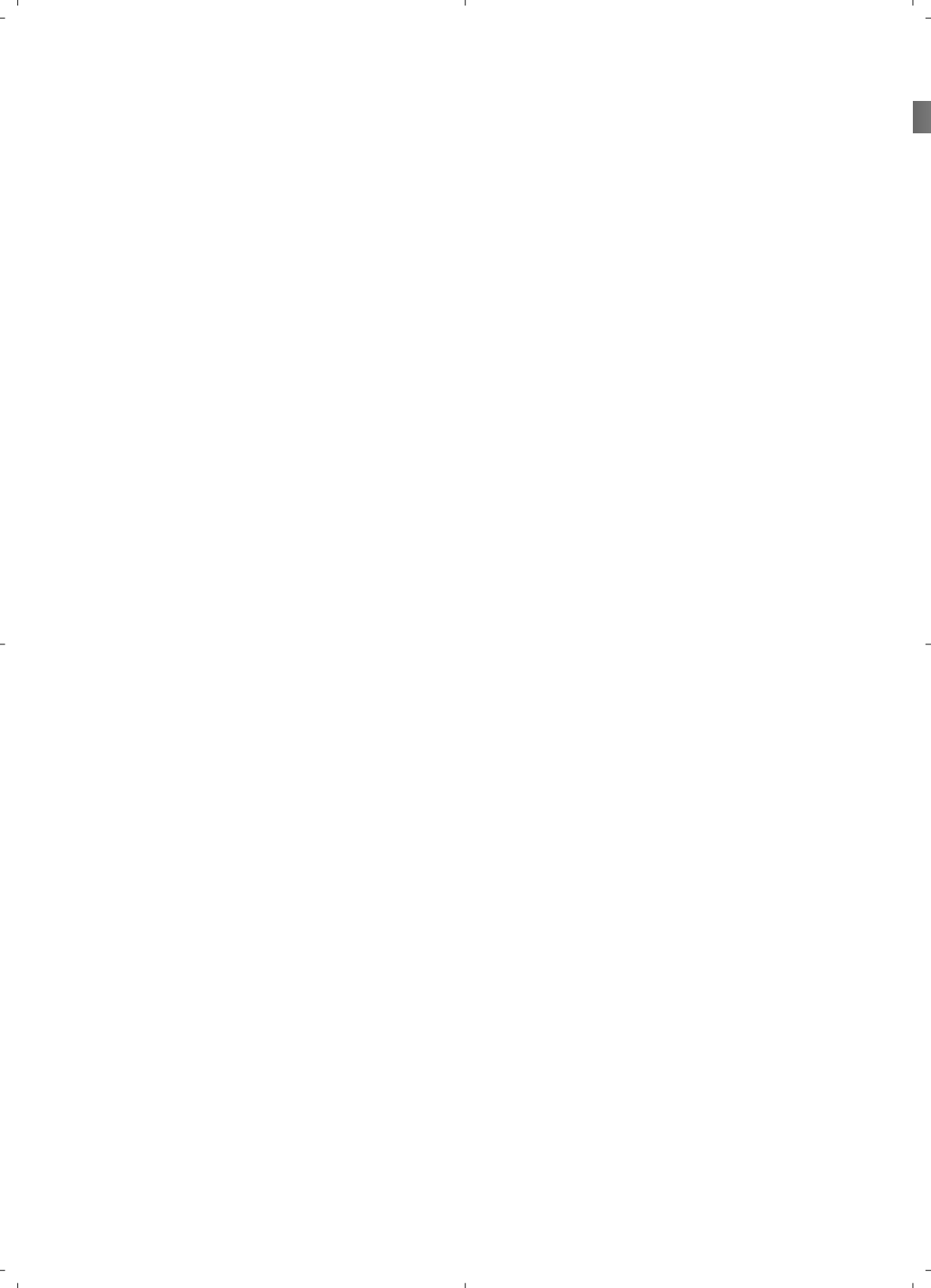
De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio sobre la experiencia emocional de las personas con retraso mental podemos decir que esta población estima sus emociones de acuerdo a las dimensiones de agrado y tensión igual que las personas sin tal retraso, sean estos adultos o niños. Hay estímulos que les resultan agradables, otros desagradables y otros ante los que se sienten indiferentes. Del mismo modo, hay estímulos que les ponen nerviosos y otros ante los que se sienten tranquilos. Es más, existe una clara coincidencia en los estímulos que las personas con retraso mental y las personas sin tal retraso consideran más o menos agradables y más o menos activadores.

Además, las personas con retraso mental estiman sus emociones de acuerdo a los mismos parámetros dimensionales que las personas sin tal retraso. Los estímulos agradables les resultan poco activadores, mientras que los estímulos desagradables les generan activación. Y los estímulos que estiman neutros en agrado les resultan neutros en activación.

Las únicas diferencias apreciadas entre el grupo con retraso mental y los dos grupos control en la dimensión de activación en los gráficos de dispersiones de medias y en los escalamientos multidimensionales, no tienen el valor suficiente como para permitir realizar predicciones en las regresiones logísticas realizadas. Las repuestas de estimación aportadas por las personas con retraso mental ante las imágenes del IAPS adulto y del IAPS infantil no sirven para discriminar la pertenencia a este grupo frente a la pertenencia a uno de los grupos control. El valor de la varianza de la primera dimensión explica el que estas diferencias no hayan resultado significativas en las regresiones logísticas realizadas.

Indagar en las diferencias apreciadas en los escalamientos multidimensionales entre las personas con y sin retraso mental requiere la realización de futuras investigaciones. La explicación a estas diferencias podría deberse a que los participantes de los grupos control consideren conjuntamente las dos dimensiones o a que el procedimiento utilizado de pie a esta interferencia.

Del mismo modo se requieren futuras investigaciones para poder ratificar si efectivamente las personas con retraso mental tienen una tendencia a utilizar los extremos de las dimensiones más que los valores centrales al estimar lo que sienten ante imágenes que les provocan emociones, y si esta tendencia en caso de existir se debe a que simplifican las opciones de respuesta o a que reaccionan de manera más extrema ante las emociones que las personas sin tal retraso. Por otro lado, con el estudio realizado tampoco puede ratificarse que las personas con retraso mental estimen los estímulos neutros de acuerdo a una asociación mental, si bien esta tendencia parece haberse vislumbrado en el estudio realizado tanto con el IAPS adulto como con el IAPS infantil.



4. CONCLUSIONES

En este apartado presentamos en primer lugar, los datos empíricos más concluyentes encontrados en esta investigación. A continuación, destacamos las implicaciones clínicas que estos resultados tienen en el trabajo diario con la población con retraso mental. Por último, subrayamos la importancia de realizar futuras investigaciones en este campo. Veamos detenidamente cada uno de estos aspectos.

Los datos empíricos más importantes encontrados en esta investigación han sido:

Primero, cuando se incluyó una tarea de etiquetado para analizar el reconocimiento emocional de las personas con retraso mental se detectó déficit en esta población. Sin embargo, cuando se utilizó una tarea de estimación tal déficit no apareció. Por tanto, podemos decir que las tareas con demandas verbales (como la tarea de etiquetado) suponen dificultades adicionales a las personas con retraso mental que no tienen que ver con el reconocimiento emocional en sí. Estas dificultades se reducen con la utilización de tareas no verbales (como la tarea de estimación). De acuerdo a este resultado, podríamos afirmar que las personas con retraso no presentan déficit en el reconocimiento emocional. El problema del que ha hablado reiteradamente la literatura sobre personas con retraso mental no está en el reconocimiento emocional sino en las demandas de la tarea que se les proponen para medir este aspecto.

Segundo, cuando se descendió a análisis más pormenorizados, tanto en la tarea de etiquetado como en la tarea de estimación se encontraron diferencias en el reconocimiento en función del grupo control que se incluyó en el estudio.

Por lo que respecta a la tarea de etiquetado, cuando se realizó un análisis por emociones, el déficit en las personas con retraso mental se constató al comparar su reconocimiento emocional con el grupo de adultos. Sin embargo, cuando se comparó su ejecución con el grupo de niños ese déficit sólo apareció en unas emociones y no en otras.

Por lo que respecta a la tarea de estimación, cuando se realizó un análisis por dimensiones, en una segunda dimensión más próxima a la dimensión de activación que a la de agrado, también se encontraron diferencias en función del grupo control con el que se comparó la ejecución. La estimación de las personas con retraso mental difirió más de la realizada por los adultos que de la que realizaron los niños.

Esta comparación entre grupos evidencia que la edad mental y la edad cronológica son dos factores que influyen en el reconocimiento emocional. Por tanto, las experiencias vividas y el C.I. juegan un importante papel en el reconocimiento.

Tercero, en los adultos de nuestro estudio, en la tarea de etiquetado, no correlacionó el C.I. con el número de errores cometidos en el reconocimiento. Por el contrario, en el grupo con retraso mental tal correlación sí resultó significativa. De nuevo, este resultado parece poner en evidencia que en la población sin retraso mental, en el reconocimiento

emocional, la mayor edad cronológica puede compensar las diferencias en C.I.. Por tanto, y de acuerdo este resultado, no podemos confirmar que el reconocimiento emocional dependa únicamente del C.I.

Que en el grupo con retraso mental tal compensación no se produjera y pesase más su bajo C.I que su edad cronológica tal vez pueda explicarse por el menor número de experiencias a las que está sometida esta población por su propia condición de discapacidad.

De acuerdo con estos resultados, el grupo de niños en función de su edad cronológica y de su edad mental se posicionó como un grupo intermedio entre el grupo con retraso mental y el grupo de adultos.

Estos datos en cuanto a la influencia y la interacción entre la edad cronológica y la edad mental, además de subrayar la importancia de ambos factores en el procesamiento emocional, ponen en evidencia la necesidad de incluir los dos grupos control en los estudios que se realicen al respecto.

Cuarto, y ya por lo que se refiere a la experiencia emocional, no encontramos diferencias entre las personas con retraso mental y las personas sin tal retraso.

Esta falta de diferencias en la experiencia emocional viene a unirse a las descritas para el reconocimiento. Es decir, no sólo las personas con retraso mental no difieren de las personas sin tal retraso en la forma de reconocer las emociones en los demás, sino que tampoco parecen diferir en como experimentan sus emociones.

Las Implicaciones Clínicas que pueden desprenderse de estos resultados son las siguientes:

La ausencia de déficit emocional en esta población pone en evidencia su vulnerabilidad en aspectos emocionales. Desde el momento que estiman perfectamente los estados emocionales de los demás, independientemente que sepan poner nombre a esos estados, estos pueden afectarles. Detectan nuestras emociones y las experimentan al igual que el resto de la población sin retraso. Este hecho debe llevarnos a cuidar especialmente nuestras interacciones con esta población. Debemos tener en cuenta que a esta vulnerabilidad se suma el que no cuentan con los recursos cognitivos con los que podemos contar las personas sin tal retraso para paliar el impacto de los estados emocionales de los demás sobre ellos y para entender y controlar sus propios estados emocionales.

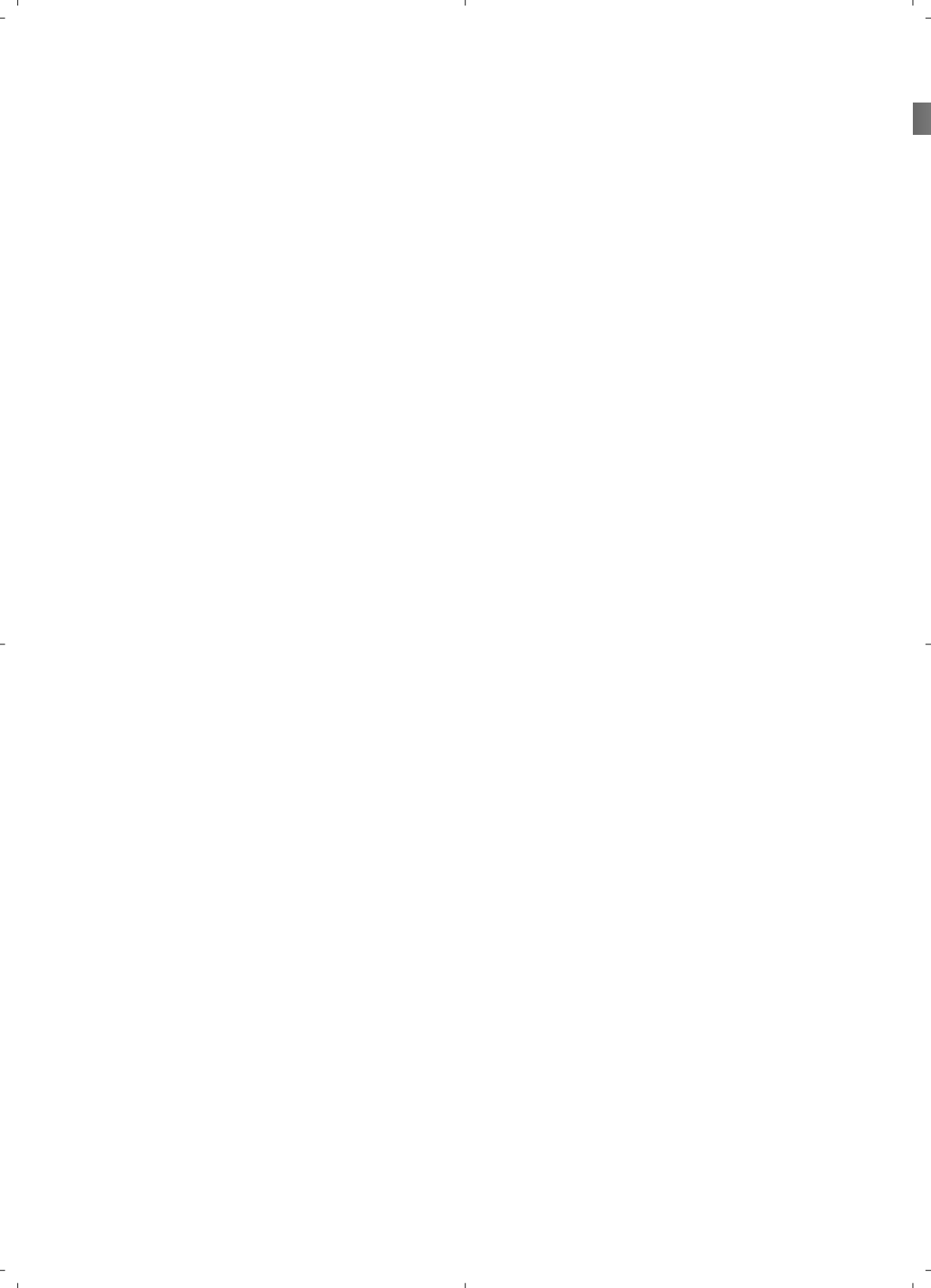
Además, el reconocimiento y la expresión de emociones son habilidades básicas para entrenar todas las demás habilidades sociales. Que no existe déficit en el reconocimiento de emociones ni en el sentimiento de las mismas en esta población puede servirnos como punto de partida para poder entrenar sus habilidades sociales realmente deficitarias. Podemos utilizar su mundo emocional para poder entrenar sus interacciones con los demás.

Otra implicación importante de estos resultados es que debemos poner especial énfasis en proporcionarles las experiencias propias de su edad cronológica pues estas tienen una importancia clave en su procesamiento emocional, hasta el punto en que podrían ayudar en sus limitaciones cognitivas, como hemos visto que ocurre en la población sin retraso. Como hemos comentado en apartados anteriores, la reciente definición de retraso mental de la AAMR habla de la ingenuidad en esta población. Son ingenuos desde el momento en que no han contado con las experiencias que les garantizan el aprendizaje. La integración en la comunidad y la desinstitucionalización bien realizada podrían jugar un importante papel en este aspecto.

Por último, en cuanto a las futuras investigaciones:

Uno podría pensar que si no hay diferencias entre las personas con retraso mental y las personas sin tal retraso en el reconocimiento y en la experiencia emocionales, no habría mucho más que investigar en este campo. Sin embargo, se alzan ante nosotros multitud de interrogantes, más aún que si hubiéramos encontrado un déficit específico. Descubrir esta similitud entre las personas con retraso y las personas sin tal retraso resulta aún más apasionante que haber constatado tal déficit. Se necesitan nuevas investigaciones para esclarecer muchos de los datos incipientes que pueden desprenderse de este estudio. Quedan multitud de interrogantes por resolver en cuanto a los procesos cognitivos que median en el procesamiento emocional de las personas con retraso mental. Estas aportaciones tendrían importantísimas repercusiones en el trabajo diario con esta población.

“Se alza ante nosotros un mundo paralelo al mundo cognitivo de las personas con retraso mental, su existente y aún desconocido mundo emocional”.



5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelson, R.P. y Sermat, V. (1962). *The multidimensional scaling of facial expressions*. Journal of Experimental Psychology, 63, 546-554.
- Adams, K y Markham, R. (1991). *Recognition of affective facial expressions by children and adolescents with and without mental retardation*. American Journal on Mental Retardation, 96, 21-28.
- Anderson, M. (1992). *Intelligence and development: A cognitive theory*. Oxford, UK: Blackwell.
- Anderson, M. y Miller, K.L. (1998). *Modularity, mental retardation and speed of processing*. Developmental Science, 1, 239-245.
- Averill, J.R. (1975). *A semantic atlas of emotional concepts*. Catalog of selected documents in psychology, 4, 83-102.
- Baron, R. M. (1980). *Contrasting approaches to social knowing: An ecological perspective*. Personality and Social Psychology Bulletin, 6, 591-600.
- Beck, L. y Feldman, R.S. (1989). *Enhancing children's decoding of facial expression*. Journal of Nonverbal Behavior, 13, 267-278.
- Bellack, A. S., Morrison, R. L., Mueser, K. T., y Wade, J. (1989). *Social competence in schizoaffective disorders, bipolar disorder, and negative and non-negative schizophrenia*. Schizophrenia Research, 2, 391-401.
- Bem, D.J. (1972). *Self-perception: An alternative interpretation to cognitive dissonance phenomena*. Psychological Review, 74, 183-200
- Bermejo, B. G. y Prieto, M. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales para personas con retraso mental*. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Bonnet, M. Bradley, M., Lang, P. y Requin, J. (1995). *Modulation of spinal reflexes : Arousal, pleasure, action*. Psychophysiology, 32, 367-372.
- Bouras, N., y Droummond, C. (1992). *Behaviour and psychiatric disorders of people with mental handicaps living in the community*. Journal of Intellectual Disability Research, 36, 349-357.
- Bradley, M y Lang, P. (1994). *Measuring emotion: the self-assessment manikin and the semantic differential*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25, 49-59.
- Bradley, M. M., Greenwald, M.K. y Hamm, A. O. (1993). *Affective picture processing*. En N. Birbaumer y A. Omán (Eds.) *The structure of emotion*. Psychophysiological, cognitive

and clinical aspects (págs. 48-68). Seattle: Hogrefe Huber publishers.

Bradley, M., Cuthbert, B. Y Lang, P. (1996). *Picture media and emotion: Effects of a sustained affective context*. *Psychophysiology*, 33, 662-670.

Brandley, M. Greenwald, M. Petry, M. Y lang, P. (1992). *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 18, 379-390.

Brandley, M. y Lang, P. (1999). *Fearfulness and affective evaluations of pictures*. *Motivation and Emotion*, 23, 1-13.

Brosigole, L., Gioia, J.V. y Zingmond, R. (1986). *Facial and postural affect recognition in the mentally handicapped and normal young children*. *International Journal of Neuroscience*, 30, 127-144.

Camras, L. A., Grow, J. C. y Ribordy, S. C. (1993). *Facial expression*. En M. Lewis y J. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*. Nueva York : Guilford Press

Cano-Vindel, A. (1995). *Orientaciones en el estudio de la emoción*. En Fernández-Abascal, E. *Manual de motivación y emoción*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.

Cano-Vindel A. Y Miguel-Tobal, J.J. (1989 b). *Implications of the multidimensional assessment of anxiety for the selection of treatment*. En R. Schwarzer, H. Vanderplaeg y C.D. Spielberger (Eds.): *Advances in Test Anxiety Research (Vol.7)*. Amsterdam:swets and Zeitlinger/LEA (paper presented at 10th International Conference Star. Amsterdam, 30jun-2jul)

Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense.

Cartledge, G. Y Kleefeld, J. (1991). *Taking Part. Introducing social skills to children*. Minnesota: American Guidance Service.

Chadsey-Rusch, J., DeStefano, L., O'Reilly, M., González, P. y Collet-Klinigenberg, L. (1992). *Assessing the loneliness of workers with mental retardation*. *Mental Retardation*, 30, 85-92.

Chóliz, M. (1995). *Expresión de las emociones*. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.): *Manual de motivación y emoción*. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces

Cichetti, D. y Sroufe, L.A. (1978). *An organizational view of affect : Illustrations from the study of Down's syndrome infants*. In M. Lewis y L. Rosenblum (Eds.), *The development of affect* (pp. 309-350). New York : Plenum Press.

Cole, P. (1998). *Developmental versus difference approaches to mental retardation: A theoretical extension to the present debate*. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 379-391.

Collier, G. (1985). *Emotional expression*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Cuthbert, B., Schupp, H., Bradley, M., McManis, M., Lang, P. (1998). *Probing affective startle and tone probes*. *Psychophysiology*, 35, 344-347.

Cuthbert, B., Bradley, M., Lang, P. (1996). *Probing picture perception: Activation and emotion*. *Psychophysiology*, 33, 103-111.

Cuthbert, B., Schupp, H., Bradley, M., Birbaumer, N., Lang, P. (2000). *Brain potentials in affective picture processing: covariation with autonomic arousal and affective report*. *Biological Psychology*, 52, 95-111.

D'Andrade, R.G. (1974). *Memory and the assessment of behavior*. En H.M. Blalock, (Ed.): *Measurement in the Social Sciences*. Chicago: Aldine

Darwin, C.R. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Dobson, E. y Rust, J. O. (1994). *Memory for objects and faces by mentally retarded and non retarded*. *Journal of psychology*, 128, 315-322.

Drobes, D., Miller, E., Hillman, Ch., Bradley, M., Cuthbert, B., Lang, P. (2001). *Food deprivation and emotional reactions to food cues: implications for eating disorders*. *Biological Psychology*, 57, 153-177.

Ekman, P. (1989) *The argument and evidence about universals in facial expressions of emotion*. In H. Wagner & A. Manstead (Eds.), *Handbook of psychophysiology: The biological psychology of emotions and social processes* (pp., 143-164). London: John Wiley Ltd.

Ekman, P. (1993). *Facial expression and emotion*. *American Psychologist*, 48, 384-392.

Ekman, P. y Friesen, W.V. (1986). *A new pan-cultural facial expression of emotion*. *Motivation and Emotion*, 10, 159-168.

Ekman, P. y Friesen, W. (1975). *Unmasking the face*. Englewood Cliff: Prentice Hall.

Ekman, P. y Rosenberg, E. (1997). *What the face reveals. Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)*. Oxford: Oxford University Press.

Ekman, P., Friesen, W. V. y Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face: guidelines for research and an integration of findings*. Elmsford, NY: Pergamon.

Fehr, B. y Russell, J.A. (1984). *Concept of emotion viewed from a prototype perspective*. *Journal of Experimental psychology: General*, 113, 464-486

- Fernández-Abascal, E. G. (1995). *Manual de motivación y emoción*. Madrid: Editorial centro de estudios Ramón Areces.
- Field, T. y Walden, T.A. (1982). *Production and perception of facial expression in infancy and early childhood*. En H. Reese y L. Lipsitt (Eds.): *Advances in child developmental and behavior*, 16. New York: Academic Press.
- Fodor, J.A. (1983). *The modularity of mind*. Cambridge: MIT Press.
- Fox, R. y Cross, S. (1990). *Mental retardation and perception of global motion*. *Perception and Psychophysics*, 48, 252-258.
- Fridja, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fridja, N.H. (1970). *Emotion and recognition of emotion*. En M.B. Arnold (Ed.): *Feelings and Emotions*. New York: Academic Press.
- García Villamizar, D. y Polaino-Lorente, A. (1999). *Nominación e identificación de emociones: un estudio comparativo entre autistas, deficientes mentales y población general*. *Estudios de Psicología*, 33-44.
- Gray, J. M. , Fraser W.L. y Ieudar, I. (1983). *Recognition of emotion from facial expression in mental handicap*. *British Journal of Psychiatry*, 142, 566-571.
- Greenspan, S. (1979). *Social intelligence in the retarded*. In N. R. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: psychological theory and research* (2nd ed., pp. 483-531). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Greenspan, S. y Schoultz, B. (1981). *Why mentally retarded adults lose their jobs: social competence as a factor in work adjustment*. *Applied Research in Mental Retardation*, 2, 33-38.
- Greenwald, M. K., Bradley, M. Cuthbert, B y Lang, P. (1998). *Startle potentiation: Shock Sensitization, Aversive learning, and Affective Picture modulation*. *Behavioral Neuroscience* 112, 1069-1079.
- Greenwald, M.K., Cook, E.K. y lang, P.J. (1989). *Affective judgment and psychophysiological response: Dimensional covariation in the evaluation of pictorial stimuli*. *Journal of Psychophysiology*, 3, 51-64.
- Gumpel, T., y Wilson, M. (1996). *Application of a rash analysis to the examination of the perception of facial affect among persons with mental retardation*. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 161-171.
- Hamm. A., Greenwald, M., Bradley, M. Y Lang, P. (1993). *Emotional learning, hedonic change, and the startle probe*. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 453-465.

Harrigan, J. (1984). *The effects of task order on children's identification of facial expressions*. *Motivation and Emotion*, 8, 157-169.

Harris, P.L. (1989). *Children and emotion: the development of psychological understanding*. Oxford: Basil Blackwell.

Hartup, W. W., y Sancilio, M.F. (1986). *Children's friendships*. In E. Schopler Mibov (Eds.), *Social behavior in autism* (pp. 61-80). New York: Plenum.

Harwood, N. K., may, L. J., y Schinkfield, A.J. (1999). *Recognition of facial emotional expressions from moving and static displays by individuals with mental retardation*. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 270-278.

Hobson, R. P. (1986). *The autistic child's appraisal of expressions of emotion*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 321-342.

Hobson, R. P., Houston, J., Lee, A. (1989). *Naming emotion in faces and voices: Abilities and disabilities in autism and mental retardation*. *British Journal of Developmental Psychology*, 7, 237-250.

Hobson, R. P., Houston, J., Lee, A. (1989). *Recognition of emotion by mentally retarded adolescents ad young adults*. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 434-443.

Hsee, K., Hartfield, E. Carlson, J.G. y Chemtob, C. (1990). *The effect of power on susceptibility to emotional contagion*. *Motivation and Emotion*, 4, 327-340.

Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York : Appleton-Century-Crofts.

Izard, C.E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.

Izard, C.E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press

Izard, C.E. (1993). *Organizational and motivational functions of discrete emotions*. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.): *Handbook of Emotions* (pp.643-641). New York: Guilford Press.

Jackendoff, R. (1987) *Consciousness and the computational mind*. Cambridge, Mass.: Bradford Books.

Katsikitis, M. (1997). *The classification of facial expression of emotion: A multidimensional-scaling approach*. *Perception*, 26, 613-626.

Kihlstrom, J.F. (1987) *The cognitive unconscious*. *Science*, 237, 1445-1452.

kurucz, J., Feldmar, G. y Werner, W. (1979). *Prosopo-affective agnosia associated with chronic organic brain syndrome*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 28, 475-478.

Lang, P.J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. In J. Schlien (Ed.), *Research in psychotherapy*, 3, 90-103. Washington, DC: American Psychological Association.

Lang, P. (1980). *El Maniquí de Autoevaluación SAM (Self-Assessment Manikin, SAM)*. Florida: NIH Center for the study of Emotion and Attention. University of Florida.

Lang, P., Greenwald, M. Y Bradley, M. (1993). *Looking at pictures: Affective, facial, visceral and behavioral reactions*. *Psychophysiology*, 30, 261-273.

Lang, P.J., Brandley, M.M., y Cuthbert, B.N. (1999) *International affective picture system (IAPS): instruction manual and affective ratings*. Technical Report A-4, the Center for Research in psychophysiology. University of Florida.

Lang, P., Brandley, M. y Cuthbert, B. (2001). *International Affective Picture System (IAPS): Technical Manual and Affective Ratings*. NIH Center for the study of Emotion and Attention. University of Florida.

Lazarus, R. S. (1982). *Thoughts on the relation between emotion and cognition*. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.

Lazarus, R. S. (1984). *On the primacy of cognition*. *American Psychologist*, 39, 124-129.

Ledoux, J. E. (1996). *The emotional brain: the interpenetrations of emotional life*. New York: Simonand Schuster.

LeDoux, J.E. (1989). *Cognitive-emotional interactions in the brain*. *Cognition and emotion*, 3, 267-289.

Levenson, R.W. (1992). *Autonomic nervous system differences among emotions*. *Psychological Science*, 3, 23-27.

Levy, L.H., Orr, T.B., y Rosenzweig, S. (1960). *Judgments of emotion from facial expressions by college students, mental retardates, and mental hospital patients*. *Journal of Personality*, 28, 342-349.

Lewis, M. y Michalson, L. (1983). *Children's emotions and moods*. New York: Plenum Press.

Lloyd, J. W., Kauffman, J. M. y Kupersmidt, J. B. (1990). *Integration of students with behavior disorders in regular education environments*. In K. D. Gadow (Ed.), *Advances in learning and behavioral disabilities*, 6, 225-264. Greenwich, CT : JAI.

Luckasson, R., Borthwith-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D. Spreat, S. Y Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: definition, classification, and systems of supports*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

Luckasson, R., Coulter, D.L., Poloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M. y Stark, J.A. (1992). *Mental Retardation: definition, classification, and systems of supports*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

Mandler, G. (1975). *Mind and emotion*. New York: Wiley

Marcell, M. M. y Jett, D.A. (1985). *Identification of vocally expressed emotions by mentally retarded and nonretarded individuals*. American Journal of Mental Deficiency, 89, 537-545.

Mateos, P. (1986). *Influencia de los estados afectivos en el comportamiento social. Efectos de la temperatura y del éxito y fracaso inducidos sobre la conducta de ayuda*. Tesis doctoral. No publicada. Universidad de Salamanca. Salamanca

Matson, J. L., Y Barret, R. P. (1982). *Psychopathology in the mentally retarded*. New York : Grune Y Stratton.

Maurer, H. y Neubrough, J. (1987). *Facial expressions of mentally retarded and nonretarded children: I. Recognition by mentally retarded and nonretarded adults*. American Journal of mental Deficiency, 91, 505-510.

Mc Alpine, C., Singh, N. N, Kendall, K. A. y Ellis, C. R. (1992). *Recognition of facial expressions of emotion by persons with mental retardation: A matched comparison study*. Behavior Modification, 16, 543-558.

McAlpine, C., Kendall, K. A., y Sighn, N. H. (1991). *Recognition of facial expressions of emotion by persons with mental retardation*. American Journal on Mental Retardation, 96, 29-36.

McClennen, S.E., Hoekstra, R.R. y Bryan, J.E. (1980). *Social skills for severely retarded adults*. Illinois: Research Press.

McManis, M., Bradley, M., Cuthbert, B. Y Lang, P. (1997). *Children looking at pictures: verbal, physiological and behavioral responses to affective pictures*. Manuscript submitted for publication.

Menoslascino, F. y Stark, J. A. (Eds.) (1984). *Handbook of mental illness in the mentally retarded*. New York: Plenum.

Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1986). *Manual del Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA.

Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1988). *Manual del Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*. (2ª edición) Madrid: TEA.

Moliner, M. (1998). *Diccionario de uso del español*. Madrid: editorial Gredos.

Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pastor, C., Tormo, P., Ramírez, S., Hernández, A., Sánchez, M., Fernández, C. Y Vila, J. (1999). *Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: El International Affective Picture System (IAPS)*. Adaptación española. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52, 55-87.

Monjas, I. (1993). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE

Moore, D. G. (2001). *Reassessing emotion recognition performance in people with mental retardation: A review*. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 481-502.

Moore, D. G., Hobson, R. P. y Lee, A. (1997). *Components of person-perception: an investigation with autistic, nonautistic retarded and typically developing children and adolescents*. *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 401-423.

Moore, D. G. (1994). *The nature of person perception: Experimental investigations with mentally retarded and non-retarded children*. Unpublished doctoral dissertation, University College, London.

Moore, D.G., Hobson, R.P. y Anderson, M. (1995). *Person perception does it involve IQ-independent perceptual processing?* *Intelligence*, 20, 65-86.

Osgood, C.E. (1955). *Fidelity and reliability*. En H. Quastler (Ed.) *Information theory in psychology*. Glencoe: Free Press.

Osgood, C.E. (1966). *Dimensionality of the semantic space for communication via facial expressions*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 7, 1-30.

Palmero, F. Fernández-Abascal, E. Martínez, F. Y Chóliz, M. (2002). *Psicología de la motivación y emoción*. Madrid: MacGraw-Hill.

Patrick, C., Bradley, M. Y Lang, P. (1993). *Emotion in the criminal psychopath: Startle reflex modulation*. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 82-92.

Power, M. J. (1999): *Sadness and its disorders*. En T. Dalgleish y M.J. Power (eds): *Handbook of cognition and emotion* (pp. 497-519). Cichester: Wiley.

Raven, J.C. (1968). *Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual (Series A, AB, B)*. Buenos Aires: Paidós (Original ingles, Progressive Matrices (Sets A, AB, B) publicado por H.K.Lewis & Co. Londres, 1960)

Raven, J.C. (1995). *Raven. Matrices progresivas. Escala SPM (Sets A, B, C, D & E)*. Madrid: TEA.(Original ingles, Progressive Matrices. Oxford 1938).

Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: MacGraw-Hill.

- Reiss, S. (1994). *Handbook of challenging behavior: Mental health aspects of mental retardation*. Worthington, OH: IDS Publication Corporation.
- Reiss, S., y Rojahn, J. (1993). *Joint occurrence of depression and aggression in children and adults with mental retardation*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 287-294.
- Rojahn, J., Rabold, D. E. y Schneider, E. (1995). *Emotion specificity in mental retardation*. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 477-486.
- Rosenthal, R. (1979). *Skill in nonverbal communication: individual differences*. Cambridge: Oelgeschlager, Gunn.
- Rozin, P.; Haidt, J. y McCauley, C. R. (2000). *Disgust*. En M. Lewis y J. Haviland (eds.): *Handbook of emotions, 2ª edition* (pp. 637-653). New York: Guilford Press.
- Russell, J. A. y Mehrabian, A. (1977). *Evidence for a three-factor theory of emotions*. *Journal of Research in Personality*, 11, 273-294.
- Sabatinelli, D., Bradley, M. Y Lang, P. (2001). *Affective startle modulation in anticipation and perception*. *Psychophysiology*, 38, 719-722.
- Schiffenbauer, A. (1974). *When will people use facial information to attribute emotion?: The effect of judge's emotional state and intensity of facial expression on attribution of emotion*. *Representative Research in Social Psychology*, 5, 47-53.
- Schlosberg, H. (1952). *The description of facial expressions in terms of two dimensions*. *Journal of Experimental Psychology*, 44, 229-237.
- Schmidt-Atzert, L. (1985). *Psicología de las emociones*. Barcelona: Editorial Herder.
- Schumaker, J.B., Hazel, J.S. y Pederson, C.(1988). *Social skills for daily living*. U.S.A.: American Guidance Service.
- Sigh, N. N., Deitz, D. E. D., Epstein, M. H., y Sighn, J. (1990). *Social behavior of students who are seriously emotionally disturbed: A quantitative analysis of intervention studies*. *Behavior Modification*, 15, 74-94.
- Simon, E. W. , Rosen, M., Grossman, E. y Oratowski, E. (1995). *Emotion specificity in mental retardation*. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 477-486.
- Simon, E.W., Rosen, M. Y Ponpipom, A. (1996) *Age and IQ as predictors of emotion identification in adults with mental retardation*. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 386-389.
- Smith, D. C., Valeti-Hein, D. y Heller, T. (1985). *Interpersonal competence and community adjustment of retarded adults*. In M. Sigman (Ed.), *Children with emotional disorders and developmental disabilities* (pp. 71-94). Orlando: Grune y Stratton.

Stewart, C. y Sighn, N. (1995). *Enhancing recognition and production of facial expressions of emotion by children with mental retardation*. Research in Developmental Disabilities, 16, 365-382.

Tantum, D., Monaghan, L., Nicholson, H., y Stirling, J. (1989). *Autistic children's ability to interpret faces: A research note*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39, 623-630.

Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Vol. I. The positive affects*. New York: Springer.

Verdugo, M.A y Jenaro, C. (1995). *La formación profesional y la transición a la vida adulta*. En Verdugo, M.A.(dir) Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Madrid: Siglo XXI

Verdugo, M.A. (1989a). *La integración personal, social y vocacional de los deficientes psíquicos adolescentes*. Elaboración y aplicación experimental de un programa conductual. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, CIDE.

Verdugo, M.A. (1989b). *Programas Conductuales Alternativos: I. Habilidades Sociales*. Madrid: MEPSA

Verdugo, M.A. (1996). *Programa de Orientación al Trabajo (POT)*. Programas Conductuales Alternativos. Salamanca: Amaru.

Verdugo, M.A. (1997). *Programa de Habilidades Sociales (PHS)*. Programas Conductuales Alternativos. Salamanca: Amaru.

Verdugo, M.A. y Bermejo, B.G. (1998). *Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Vrana, S. R., Spence, E. L., y Lang, P.J. (1988). *The startle probe response: A new measure of emotion?*. Journal of Abnormal Psychology, 97, 487-491.

Walker, E., Marwit, S. J., y Emory, E. (1980). *A cross-sectional study of emotion recognition in schizophrenics*. Journal of Abnormal Psychology, 89, 428-436.

Walker, E., McGuire, M., y Bettles, B. (1984). *Recognition and identification of facial stimuli by schizophrenics and patients with affective disorders*. British Journal of Clinical Psychology, 23, 37-44.

Wallbott, H.G. (1991). *Recognition of emotion from facial expression via imitation? Some indirect evidence for an old theory*. British journal of social psychology, 51, 690-699.

Weisman, J. y Brosigole, L. (1994). *Facial affect recognition in singly diagnosed mentally retarded people and normal young children: A methodological comparison*. International Journal of Neuroscience, 75, 45-55.

Weiss, B., Weisz, J. R. y Bromfield, R. (1986). *Performance of retarded and nonretarded persons on information-processing tasks: further tests of the similar structure hypothesis*. Psychological Bulletin, 100, 157-175.

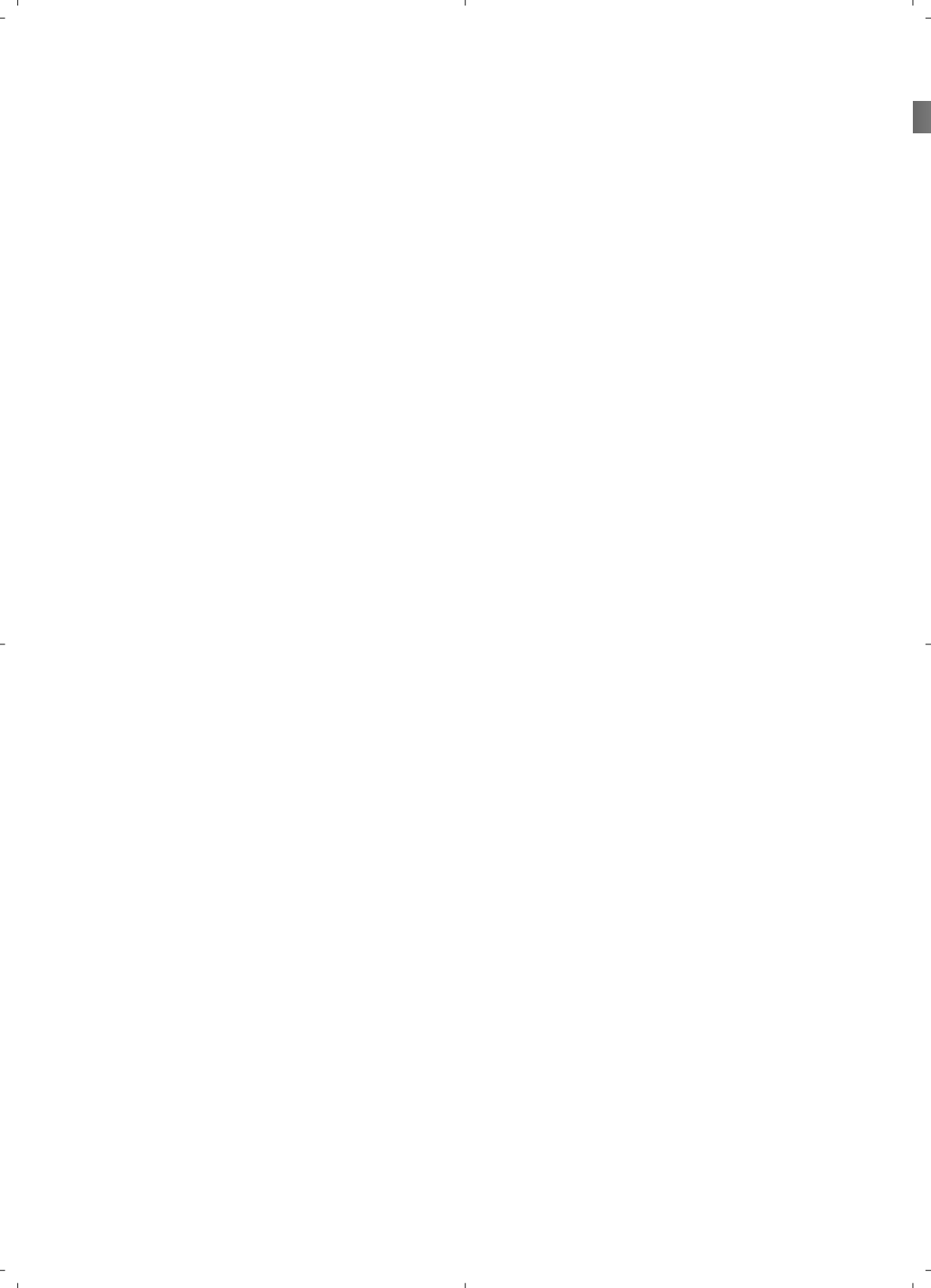
Whitman, T., Callaghan, M. Y Sommer, K. *Emotion and mental retardation*. In W. Mclean (Ed.) Handbook of Mental Deficiency: Psychological Theory and Research (3rd.Ed.). Hillsdale, H.J.: Erlbaum.

Wundt, W. (1910). *Grundzuge der physiologischen psychologie*, 2 vols., Engelmann, Leipzig.gy, 21, 338-349.

Xeromeritou, A. (1992). *The ability to encode facial and emotional expressions by educable mentally retarded and nonretarded children*. Journal of Psychology, 126, 571-584.

Zabel, R. H. (1979). *Recognition of emotions in facial expressions by emotionally disturbed and nondisturbed children*. Psychology in the Schools, 16, 119-126.

Zajonc, R. B. (1980). *Feeling and thinking: preferences need no inferences*. American Psychologist, 35, 151-175.



6. ANEXOS

Tabla 1. Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado de la Alegría

Tabla de contingencia ALEGRIA * GRUPO

		GRUPO				
		RM	Niños	Adultos	Total	
ALEGRIA	0,00	Recuento	38	41	42	121
		% de ALEGRIA	31,4%	33,9%	34,7%	100,0%
		% de GRUPO	82,6%	91,1%	93,3%	89,0%
		% del total	27,9%	30,1%	30,9%	89,0%
0,33		Recuento	7	2	3	12
		% de ALEGRIA	58,3%	16,7%	25,0%	100,0%
		% de GRUPO	15,2%	4,4%	6,7%	8,8%
		% del total	5,1%	1,5%	2,2%	8,8%
0,67		Recuento	1	1		2
		% de ALEGRIA	50,0%	50,0%		100,0%
		% de GRUPO	2,2%	2,2%		1,5%
		% del total	,7%	,7%		1,5%
1,00		Recuento		1		1
		% de ALEGRIA		100,0%		100,0%
		% de GRUPO		2,2%		,7%
		% del total		,7%		,7%
Total		Recuento	46	45	45	136
		% de ALEGRIA	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%
		% de GRUPO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%

Tabla 2. Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado de la Tristeza

Tabla de contingencia TRISTEZA * GRUPO

		GRUPO				Total
		RM	Niños	Adultos		
TRISTEZA	0,00	Recuento	8	16	16	40
		% de TRISTEZA	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
		% de GRUPO	17,4%	35,6%	35,6%	29,4%
		% del total	5,9%	11,8%	11,8%	29,4%
0,33		Recuento	15	13	23	51
		% de TRISTEZA	29,4%	25,5%	45,1%	100,0%
		% de GRUPO	32,6%	28,9%	51,1%	37,5%
		% del total	11,0%	9,6%	16,9%	37,5%
0,67		Recuento	11	9	4	24
		% de TRISTEZA	45,8%	37,5%	16,7%	100,0%
		% de GRUPO	23,9%	20,0%	8,9%	17,6%
		% del total	8,1%	6,6%	2,9%	17,6%
1,00		Recuento	12	7	2	21
		% de TRISTEZA	57,1%	33,3%	9,5%	100,0%
		% de GRUPO	26,1%	15,6%	4,4%	15,4%
		% del total	8,8%	5,1%	1,5%	15,4%
Total		Recuento	46	45	45	136
		% de TRISTEZA	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%
		% de GRUPO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%

Tabla 3. Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado del Asco

Tabla de contingencia ASCO * GRUPO

		GRUPO				
		RM	Niños	Adultos	Total	
ASCO	0,00	Recuento	8	26	32	66
		% de ASCO	12,1%	39,4%	48,5%	100,0%
		% de GRUPO	17,4%	57,8%	71,1%	48,5%
		% del total	5,9%	19,1%	23,5%	48,5%
0,50		Recuento	20	14	12	46
		% de ASCO	43,5%	30,4%	26,1%	100,0%
		% de GRUPO	43,5%	31,1%	26,7%	33,8%
		% del total	14,7%	10,3%	8,8%	33,8%
1,00		Recuento	18	5	1	24
		% de ASCO	75,0%	20,8%	4,2%	100,0%
		% de GRUPO	39,1%	11,1%	2,2%	17,6%
		% del total	13,2%	3,7%	,7%	17,6%
Total		Recuento	46	45	45	136
		% de ASCO	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%
		% de GRUPO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%

Tabla 4. Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado de la No Emoción o Expresión Neutra

Tabla de contingencia NEUTRAL * GRUPO

		GRUPO				
		RM	Niños	Adultos	Total	
NEUTRAL	0,00	Recuento	5	18	22	45
		% de NEUTRAL	11,1%	40,0%	48,9%	100,0%
		% de GRUPO	10,9%	40,0%	48,9%	33,1%
		% del total	3,7%	13,2%	16,2%	33,1%
	0,33	Recuento	8	19	18	45
		% de NEUTRAL	17,8%	42,2%	40,0%	100,0%
		% de GRUPO	17,4%	42,2%	40,0%	33,1%
		% del total	5,9%	14,0%	13,2%	33,1%
	0,67	Recuento	13	4	4	21
		% de NEUTRAL	61,9%	19,0%	19,0%	100,0%
		% de GRUPO	28,3%	8,9%	8,9%	15,4%
		% del total	9,6%	2,9%	2,9%	15,4%
1,00	Recuento	20	4	1	25	
	% de NEUTRAL	80,0%	16,0%	4,0%	100,0%	
	% de GRUPO	43,5%	8,9%	2,2%	18,4%	
	% del total	14,7%	2,9%	,7%	18,4%	
Total	Recuento	46	45	45	136	
	% de NEUTRAL	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%	
	% de GRUPO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%	

Tabla 5. Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado del Enfado

Tabla de contingencia ENFADO * GRUPO

		GRUPO				Total
		RM	Niños	Adultos		
ENFADO	0,00	Recuento	4	6	20	30
		% de ENFADO	13,3%	20,0%	66,7%	100,0%
		% de GRUPO	8,7%	13,3%	44,4%	22,1%
		% del total	2,9%	4,4%	14,7%	22,1%
0,25		Recuento	15	20	17	52
		% de ENFADO	28,8%	38,5%	32,7%	100,0%
		% de GRUPO	32,6%	44,4%	37,8%	38,2%
		% del total	11,0%	14,7%	12,5%	38,2%
0,50		Recuento	14	14	5	33
		% de ENFADO	42,4%	42,4%	15,2%	100,0%
		% de GRUPO	30,4%	31,1%	11,1%	24,3%
		% del total	10,3%	10,3%	3,7%	24,3%
0,75		Recuento	10	4	3	17
		% de ENFADO	58,8%	23,5%	17,6%	100,0%
		% de GRUPO	21,7%	8,9%	6,7%	12,5%
		% del total	7,4%	2,9%	2,2%	12,5%
1,00		Recuento	3	1		4
		% de ENFADO	75,0%	25,0%		100,0%
		% de GRUPO	6,5%	2,2%		2,9%
		% del total	2,2%	,7%		2,9%
Total		Recuento	46	45	45	136
		% de ENFADO	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%
		% de GRUPO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%

Tabla 6. Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado de la Sorpresa

Tabla de contingencia SORPRESA * GRUPO

		GRUPO			Total	
		RM	Niños	Adultos		
SORPRESA	0,00	Recuento	18	30	39	87
		% de SORPRESA	20,7%	34,5%	44,8%	100,0%
		% de GRUPO	39,1%	66,7%	86,7%	64,0%
		% del total	13,2%	22,1%	28,7%	64,0%
0,33		Recuento	14	11	4	29
		% de SORPRESA	48,3%	37,9%	13,8%	100,0%
		% de GRUPO	30,4%	24,4%	8,9%	21,3%
		% del total	10,3%	8,1%	2,9%	21,3%
0,67		Recuento	5	3	2	10
		% de SORPRESA	50,0%	30,0%	20,0%	100,0%
		% de GRUPO	10,9%	6,7%	4,4%	7,4%
		% del total	3,7%	2,2%	1,5%	7,4%
1,00		Recuento	9	1		10
		% de SORPRESA	90,0%	10,0%		100,0%
		% de GRUPO	19,6%	2,2%		7,4%
		% del total	6,6%	,7%		7,4%
Total		Recuento	46	45	45	136
		% de SORPRESA	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%
		% de GRUPO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%

Tabla 7. Frecuencia de participantes de cada uno de los grupos (R.M., Niños y Adultos) que comenten cada tipo de error en el etiquetado del Miedo

Tabla de contingencia MIEDO * GRUPO

		GRUPO				
		RM	Niños	Adultos	Total	
MIEDO	0,00	Recuento	24	28	37	89
		% de MIEDO	27,0%	31,5%	41,6%	100,0%
		% de GRUPO	52,2%	62,2%	82,2%	65,4%
		% del total	17,6%	20,6%	27,2%	65,4%
	1,00	Recuento	22	17	8	47
		% de MIEDO	46,8%	36,2%	17,0%	100,0%
		% de GRUPO	47,8%	37,8%	17,8%	34,6%
		% del total	16,2%	12,5%	5,9%	34,6%
Total		Recuento	46	45	45	136
		% de MIEDO	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%
		% de GRUPO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%

Estimación de los tres grupos en las medias en las dos dimensiones (agrado y activación) lámina a lámina.

Tabla. Medias en la dimensión de agrado y de tensión de cada uno de los tres grupos en cada una de las láminas de Ekman

RETRASO MENTAL			NIÑOS			ADULTOS		
LAMINAS	A	T	LÁMINAS	A	T	LÁMINAS	A	T
1	4,39	2,89	1	4,58	2,77	1	4,73	2,13
2	2,75	3,41	2	2,37	3,98	2	2,07	4,04
3	3,18	2,80	3	3,09	2,74	3	3,20	2,64
4	4,48	2,68	4	4,42	2,47	4	4,58	1,93
5	2,36	3,61	5	2,05	3,95	5	1,80	4,20
6	3,11	2,66	6	3,14	2,74	6	3,24	2,51
7	3,16	2,93	7	2,91	3,88	7	2,76	3,89
8	2,61	3,21	8	2,12	4,16	8	1,96	4,27
9	2,98	3,46	9	2,67	4,12	9	2,27	4,29
10	2,46	3,05	10	2,37	3,35	10	2,11	3,44
11	4,52	2,61	11	4,49	2,37	11	4,53	2,24
12	2,07	3,25	12	1,81	3,26	12	1,82	3,16
13	3,09	2,84	13	2,61	3,12	13	2,73	2,93
14	2,50	3,25	14	2,33	3,47	14	2,31	3,78
15	2,39	3,14	15	2,63	3,61	15	2,11	3,89
16	2,18	3,14	16	1,51	3,56	16	1,36	3,38
17	2,89	2,89	17	2,23	3,26	17	2,11	3,14
18	3,14	3,18	18	2,77	3,86	18	2,80	3,62
19	3,52	3,18	19	3,02	3,74	19	3,09	3,40
20	2,16	3,14	20	2,16	3,23	20	2,18	3,36
21	2,30	3,07	21	2,42	3,05	21	2,07	3,13

Figura 1.
Dispersión de medias por láminas de Ekman en el grupo con retraso mental

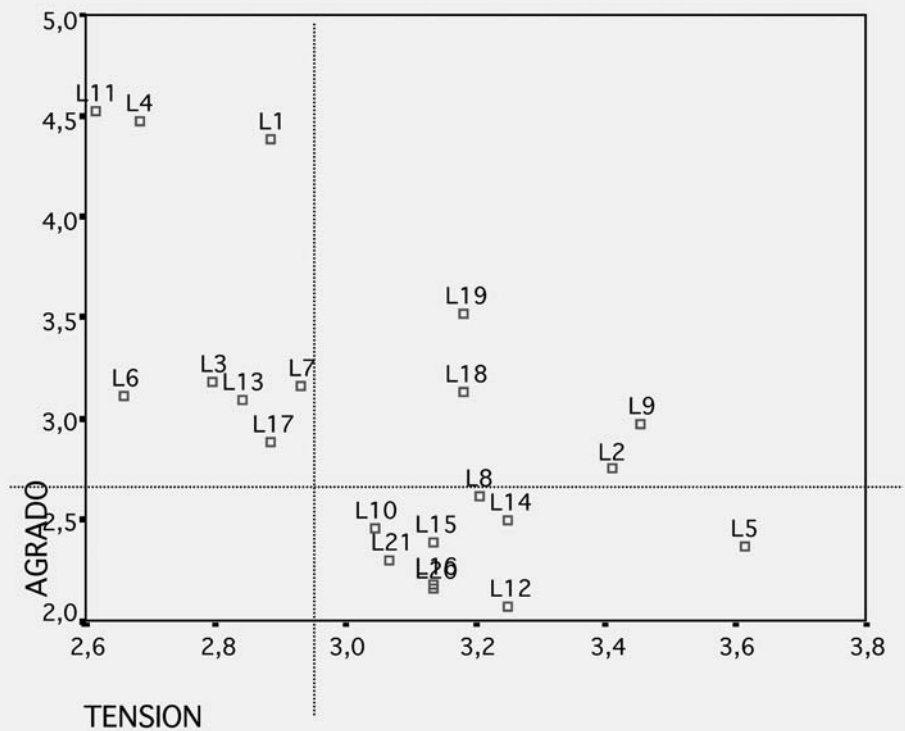


Figura 2.
Dispersión de medias por láminas de Ekman en el grupo sin retraso mental

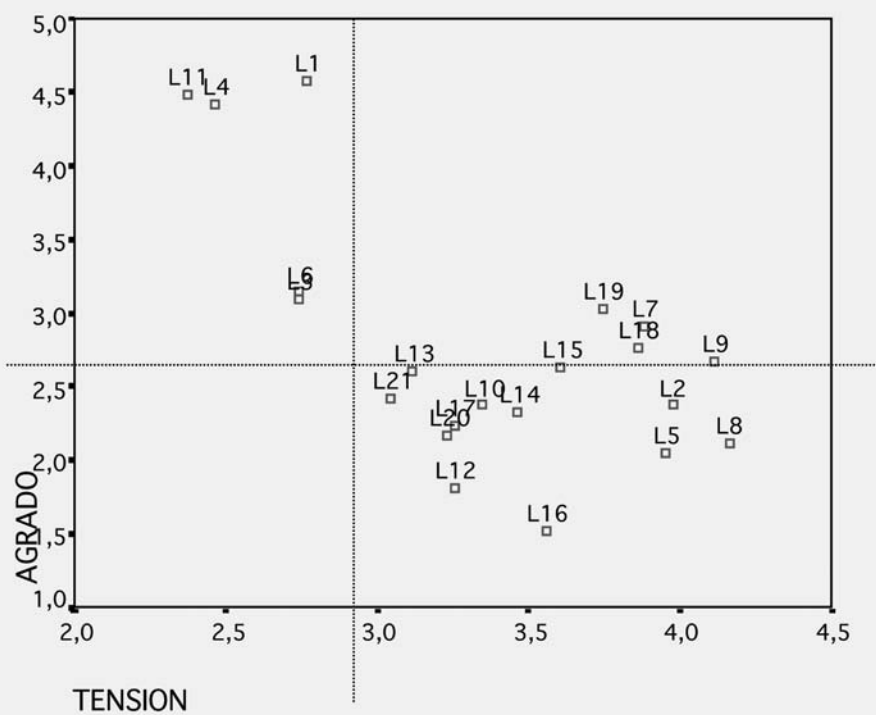
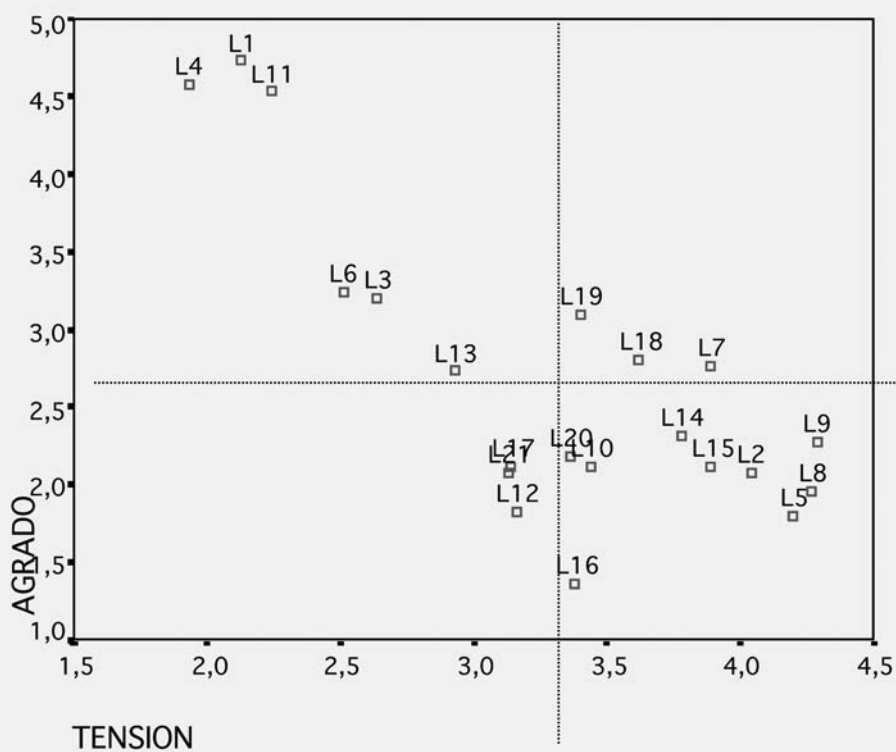


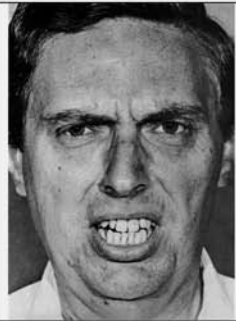
Figura 3.

Dispersión de medias por láminas de Ekman en el grupo de adultos sin retraso mental





L1. ALEGRIA



L2. ENFADO



L3. NEUTRAL



L4. ALEGRIA



L5. ENFADO



L6. NEUTRAL



L7. SORPRESA



L8. MIEDO



L9. MIEDO/SORPRESA



L10. ASCO/DESPRECIO



L11. ALEGRÍA



L12. TRISTEZA



L13. NEUTRAL



L14. ENFADO



L15. ENFADO



L16. TRISTEZA



L17. TRISTEZA



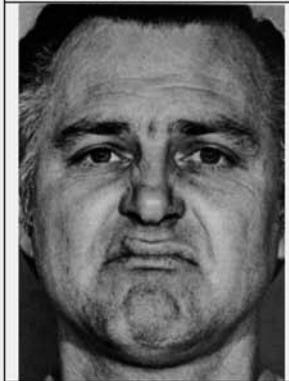
L18. SORPRESA



L19. SORPRESA



L20. ASCO



L21. ASCO

IAPS (INTERNATIONAL AFFECTIVE PICTURE SYSTEM) ADULTO



L1



L2



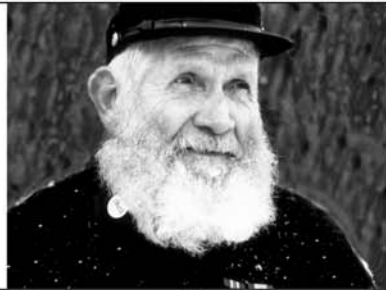
L3



L4



L5



L6



L7



L8



L9



L10



L11



L12



L13



L14



L15



L16



L17



L18



L19





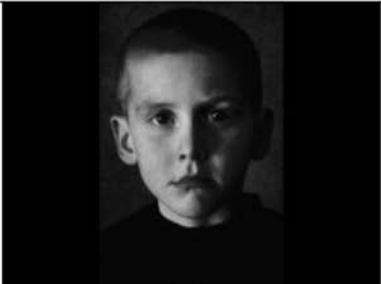





L20



L21



IAPS (INTERNATIONAL AFFECTIVE PICTURE SYSTEM) INFANTIL

	
L1	L2
	
L3	L4
	
L5	L6
	
L7	L8



L9



L10



L11



L12



L13



L14



L15



L16



L17



L18



L19



L20



L21



L22



L23

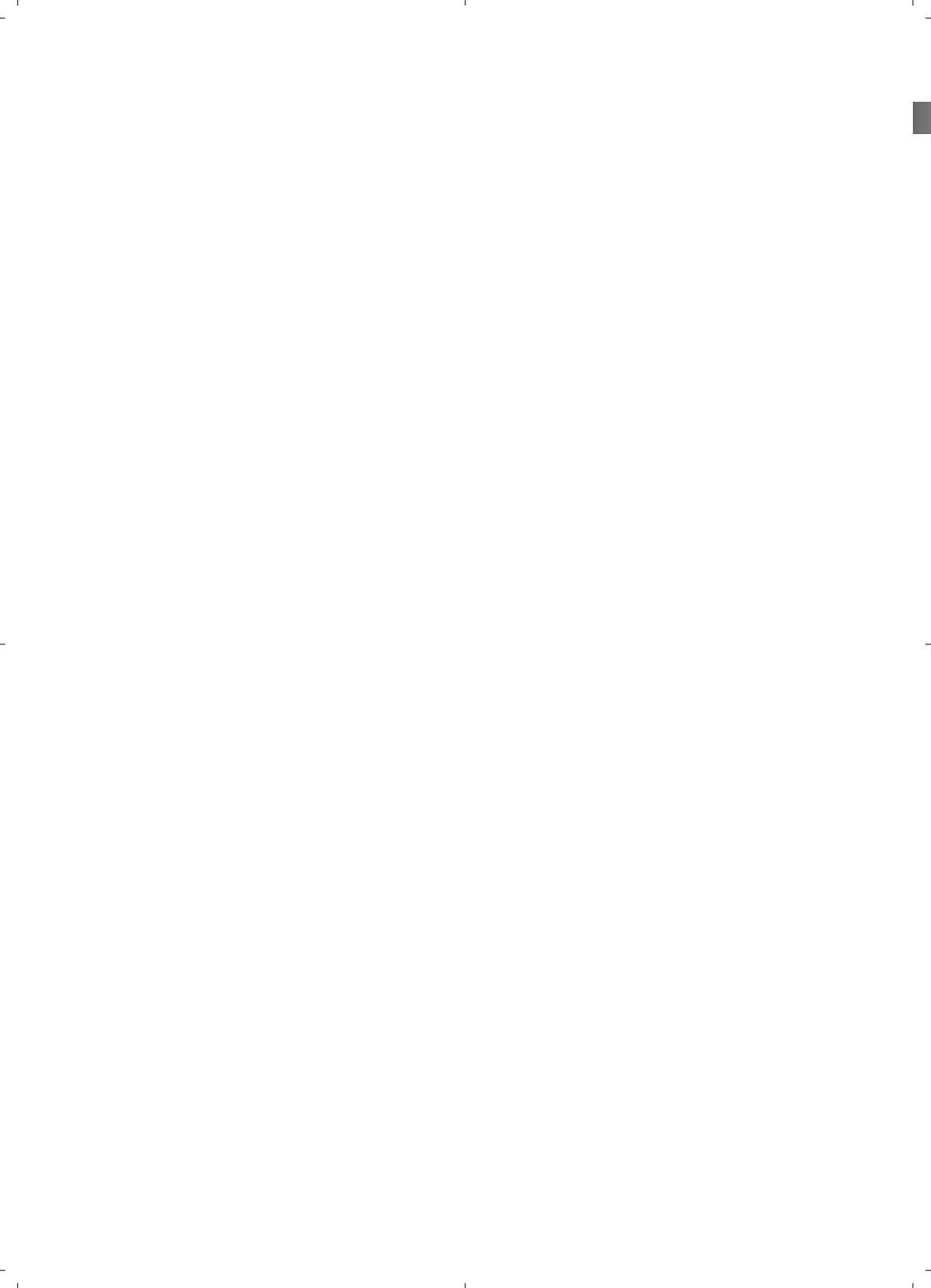
**CENTRE
OCUPACIONAL PER
A PERSONES AMB
DISCAPACITAT
INTEL·LECTUAL**

ORIOL GUIM MARZO

La realització d'aquest projecte, no hagués estat possible sense el suport rebut per part de nombroses persones i entitats del món de la discapacitat. Especialment voldria donar les gràcies per la seva col·laboració, al Centre Ocupacional Bogatell, a l'Associació Esclat, a l'Associació ASPA-SIM, al Centre Ocupacional 1981, Marina González i a professionals del TEB, del Centre Ocupacional Bellvitge i del Centre Ocupacional Pedralbes. Des d'aquestes ratlles també envio els meus agraïments a totes les persones que m'han ensenyat a estimar la professió: el Ricard, la Maria, l'Andrés, la Pilar, el Josep Maria, el Luis...

ÍNDEX

1. Abstract	127
2. Introducció	131
3. Aproximació a l'àmbit d'actuació	133
3.1 Marc teòric	133
3.1.1 Discapacitat intel·lectual	134
3.1.2 Model multidimensional	135
3.1.3. Avaluació i suports	137
3.1.4 Qualitat de vida	139
3.1.5 Educador acompanyant	140
3.1.6 Models actuals de Centre Ocupacional	142
3.2 Marc legal	147
3.2.1 Normativa relativa als centres ocupacionals	148
3.3 Destinataris	150
4. Justificació	151
5. Objectius	153
6. Trets d'identitat	155
7. Disseny del Centre Ocupacional	157
7.1 Model d'intervenció	157
7.1.1 Estil d'intervenció	158
7.1.2 Organització psicopedagògica	158
7.1.2.1 Programa d'intervenció	167
7.1.2.2 Metodologia	171
7.1.2.3 Avaluació dels usuaris	173
7.2 Organització del centre	175
7.2.1 Reglament de règim intern	175
7.2.1.1 Horari d'atenció	176
7.2.1.2 Criteris d'admissió de nous usuaris	176
7.2.1.3 Causes de baixa d'un usuari	177
7.2.1.4 Drets i obligacions dels usuaris	178
7.2.1.5 Normativa de convivència	179
7.2.2 Equip professional i funcions	180
7.2.2.1 Direcció tècnica	181
7.2.2.2 Assistent social	182
7.2.2.3 Educador	183
7.2.2.4 Auxiliari d'educador	184
7.2.3 Recursos necessaris	184
7.2.4 Avaluació del centre	185
8. Bibliografia	187
9. Annexes	189



1. ABSTRACT

El projecte redactat seguidament descriu de manera exhaustiva el funcionament intern d'un centre ocupacional.

El tipus de centres ocupacionals que fins ara s'han ofert a les persones amb discapacitat no s'ajusten a les propostes i enfocaments dels models teòrics actuals.

Aquest projecte pretén ser un acostament entre teoria i pràctica, oferint un model d'actuació concret, que apropa a la realitat dels centres, les investigacions teòriques més recents.

Els objectius d'aquest projecte són els següents:

- Proporcionar un model de centre ocupacional basat en les teories més modernes de l'acció social, respecte l'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual.
- Plantejar un funcionament psicopedagògic on les persones amb discapacitat realment siguin les protagonistes del propi projecte de vida.
- Proposar un funcionament intern que permeti treballar amb eficàcia i assolir els objectius marcats a nivell de centre.

ABSTRACT

CENTRO OCUPACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El proyecto redactado a continuación describe de manera exhaustiva el funcionamiento interno de un centro ocupacional.

El tipo de centros ocupacionales que hasta ahora se han ofrecido a las personas con discapacidad no se ajusta a las propuestas y enfoques de los modelos teóricos actuales.

Este proyecto pretende ser un acercamiento entre teoría y práctica, ofreciendo un modelo de actuación concreto, que acerca a la realidad de los centros, las investigaciones teóricas más recientes.

Los objetivos de este proyecto son los siguientes:

- Proporcionar un modelo de centro ocupacional basado en las teorías más modernas de la acción social, respecto a la atención a las personas con discapacidad intelectual.
- Plantear un funcionamiento psicopedagógico dónde las personas con discapacidad realmente sean las protagonistas del propio proyecto de vida.
- Proponer un funcionamiento interno que permita trabajar con eficacia i alcanzar los objetivos marcados a nivel del centro.

ABSTRACT

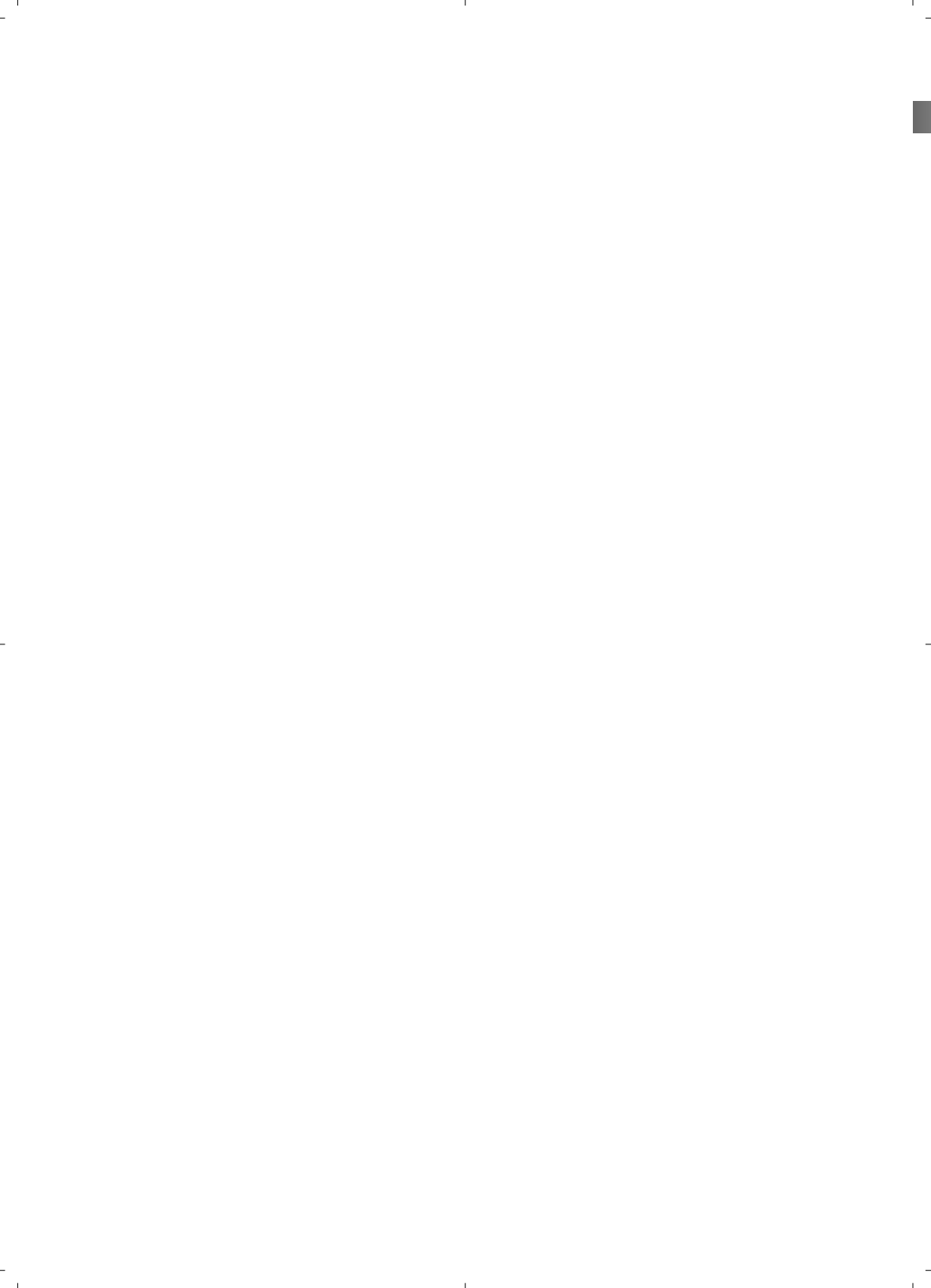
THE FOLLOWING PROJECT DRAFTED OFFERS AN IN-DEPTH DESCRIPTION OF THE INTERNAL WORKINGS OF AN OCCUPATIONAL CENTRE.

The type of occupation therapy centres which until now have been available to people with disabilities do not follow the proposals and focuses of current theoretical models.

The aim of this project is to form a bridge between theory and practice, offering a specific model of action that brings the reality of the centres more into line with the latest theoretical research.

The aims of this project are as follows:

- To provide an occupational centre model based on the most up to date social action theories in terms of caring for people with intellectual disabilities.
- To introduce a psycho-pedagogical operating plan where people with disabilities are the real protagonists of the life project.
- To propose an internal way of operating that makes working efficient and enables occupation therapy centre targets to be achieved.



2. INTRODUCCIÓ

El projecte que tot seguit es presenta, parteix des d'una perspectiva crítica, ja que a través de la teoria ofereix eines per transformar la realitat.

Sovint observem un gran buit entre allò que recomana i proposa la recerca i les pràctiques professionals existents en el camp de la discapacitat intel·lectual. El tipus de centres ocupacionals que fins ara s'han ofert a les persones amb discapacitat no s'ajusten a les propostes i enfocaments dels models teòrics actuals.

Aquest projecte pretén ser un acostament entre teoria i pràctica, oferint un model d'actuació concret, que apropa a la realitat dels centres, les investigacions teòriques més recents.

Els objectius d'aquest projecte són els següents:

- Proporcionar un model de centre ocupacional basat en les teories més modernes de l'acció social, respecte l'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual.
- Plantejar un funcionament psicopedagògic on les persones amb discapacitat realment siguin les protagonistes del propi projecte de vida.
- Proposar un funcionament intern que permeti treballar amb eficàcia i assolir els objectius marcats a nivell de centre.

El projecte redactat seguidament descriu de manera exhaustiva el funcionament intern d'un centre ocupacional. Per tal de definir bé el tipus de servei que es vol oferir, el redactat s'estructura en varies parts.

De principi i per tal d'orientar i situar al lector, trobem un apartat fonamentalment teòric, que primer ens ubica en el sector i ens fa una ressenya del servei que tractarem i després ens proporciona un marc teòric i un marc legal de referència a l'hora de treballar.

Posteriorment trobem un apartat on es justifica la importància i la necessitat d'aquest tipus de servei per les persones amb discapacitat i per la societat en general.

Seguidament hi ha descrits els objectius propis que el centre es planteja.

També trobem un apartat on es concreta la identitat del centre i on queda definida la tipologia de servei que s'ofereix.

Finalment té lloc l'apartat més extens, on es descriu el disseny del servei. En primer lloc s'hi troba la part més psicopedagògica d'aquest disseny, es a dir tots aquells aspectes referits a la intervenció socio-educativa. En segon lloc trobem la part organitzativa del disseny, a nivell de reglaments, protocols i normatives, a nivell de professionals i recursos i per acabar a nivell d'avaluació del propi servei.

Aquest disseny de centre ocupacional s'ha projectat amb la intenció que esdevingui d'utilitat a les institucions del sector, a les associacions de mares i pares i a les administracions públiques, per tal de modernitzar els servei que s'ofereix en centres ja existents o per posar en marxa nous serveis de qualitat.

3. APROXIMACIÓ A L'ÀMBIT D'ACTUACIÓ

A Catalunya un Centre Ocupacional (CO) s'entén com un servei social adreçat a persones, que tinguin la majoria d'edat, amb discapacitat intel·lectual justificada mitjançant un certificat de disminució igual o superior al 65% i que actualment no tinguin capacitat manifesta per gaudir d'un contracte laboral en una empresa ordinària o en un Centre Especial de Treball (CET). (Decret 279/1987, del 27 d'agost)

En el conjunt de l'estat espanyol, a causa de les diferències entre algunes comunitats autònomes, podríem constatar dos tipus de servei: el CO assistencial i el CO pre-laboral. A Catalunya, l'assistencial seria el CO que ofereix un Servei de Teràpia Ocupacional (STO) i el pre-laboral seria el CO que ofereix un Servei d'Orientació i Inserció (SOI). Aquest SOI té un funcionament similar al STO però per persones que mostren una major capacitat laboral i potencial per accedir al treball no protegit (per exemple a través del treball amb suport) o a un CET, dins l'àmbit del treball protegit, però amb condicions contractuals i salarials pel treballador. (FEAPS, 2001)

El disseny portat a terme en aquest projecte deixa de banda el SOI com a servei inclòs al CO i es centra en el STO, per tant en el CO entès a l'estat espanyol com a assistencial. A trets generals, la finalitat dels centres ocupacionals a Catalunya, és la de fomentar de manera global i permanent, mitjançant la teràpia ocupacional i l'ajustament personal i social, el desenvolupament físic, psicològic, social i cultural de les persones que reben atenció, dins d'un context determinat.

Aquest projecte, defineix un servei que pretén anar un xic més enllà, per tant, aquest CO ha d'esdevenir un espai d'organització i planificació de suports per les persones amb discapacitat intel·lectual. Aquests suports han de ser el màxim de naturals i han de contribuir plenament en el desenvolupament d'habilitats intel·lectuals, de la conducta adaptativa, de la participació social, de la salut personal i de la interacció de la persona amb el seu context real; dimensions de la persona que esdevenen de vital importància per tal de realitzar activitats del dia a dia i assolir una vida de qualitat.

3.1 Marc teòric

El CO que es projecta seguidament, es centra en portar a la pràctica una filosofia de treball recolzada per les investigacions de nombrosos experts en el camp de la discapacitat intel·lectual i de la qualitat de vida.

El centre que es pretén portar a terme; per treballar amb les persones usuàries, es basa en una definició concreta i vigent de discapacitat intel·lectual, que entén la persona a partir de cinc dimensions. També es tenen en compte, les teories i estudis més actuals sobre avaluació i qualitat de vida, assumint la importància metodològica que adquireix un professional acompanyant que faciliti els suports que necessita l'usuari.

3.1.1 Discapacitat intel·lectual

Segons l'Associació Americana del Retard Mental (AAMR):

"El retard mental és una discapacitat que es caracteritza per limitacions significatives tant en el funcionament intel·lectual com en la conducta adaptativa expressada en les habilitats adaptatives conceptuals, socials i pràctiques. Aquesta discapacitat s'origina abans dels 18 anys.

Cinc assumpcions essencials per l'aplicació de la definició:

- 1. *Les limitacions en el funcionament actual s'han de considerar dins del context dels entorns comunitaris típics dels companys de la mateixa edat i cultura de l'individu.*
- 2. *Una avaluació vàlida ha de considerar la diversitat lingüística i cultural i les diferències en els factors de comunicació, sensorials, motrius i conducta.*
- 3. *En un mateix individu, les limitacions sovint es donen juntament amb punts forts.*
- 4. *Un objectiu important a l'hora de descriure les limitacions es desenvolupar un perfil dels suports necessaris.*
- 5. *Generalment, el funcionament de vida de la persona amb retard mental millorarà si se li proporcionen els suports personalitzats adequats durant un període de temps continuat." (AAMR, 2002, p. 3)*

Aquesta és la definició que aquest CO, assumeix com a manera d'entendre la discapacitat intel·lectual i com a perspectiva vàlida per treballar amb els usuaris que acudeixen al servei.

La definició de l'AAMR, explica la discapacitat intel·lectual o retard mental com una discapacitat, per tant és la manifestació de limitacions en el funcionament individual dins del context real on interactua i es desenvolupa la persona. Aquestes limitacions representen un handicap important per l'individu.

L'entorn on viu i es relaciona la persona amb discapacitat intel·lectual (treball, escola, casa, barri...) és molt important ja que:

"El retard mental ha de definir-se en un context social, el retard mental no és un tret absolut expressat únicament per la persona, sinó que és una expressió de l'impacte funcional de la interacció entre la persona amb unes capacitats intel·lectuals i habilitats d'adaptació limitades i el seu ambient." (R.Schalock, 1999, p. 82)

"Una nova concepció de la discapacitat en la que la discapacitat d'una persona resulta de la interacció entre la persona i l'ambient en el que viu " (R.Schalock, 1999, p. 79)

La discapacitat intel·lectual es caracteritza per limitacions tant en el funcionament intel·lectual com en la conducta adaptativa.

El funcionament intel·lectual depèn de la intel·ligència, que és una capacitat mental general que inclou el raonament, la planificació, la resolució de problemes, el pensament abstracte, aspectes de comprensió i aspectes d'aprenentatge. Actualment, la millor manera per valorar la intel·ligència és a través de les puntuacions del coeficient intel·lectual (CI).

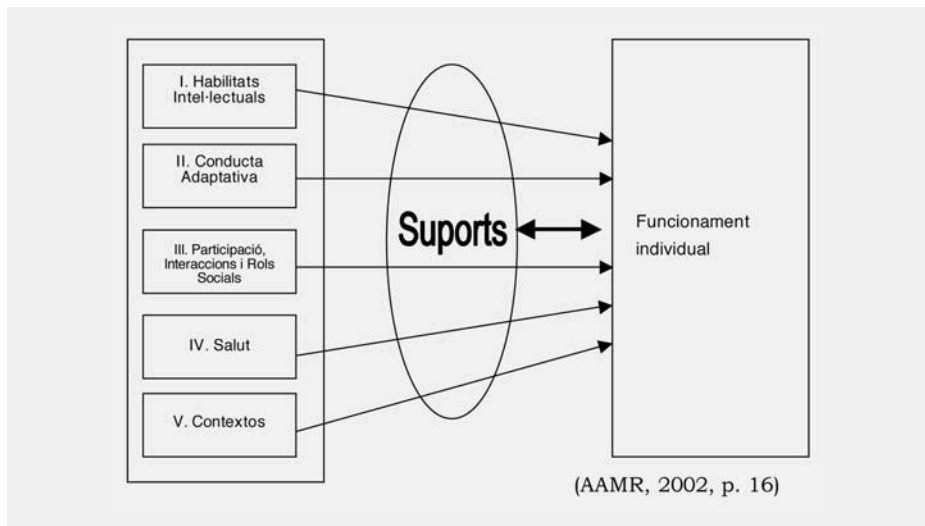
Parlem de limitacions significatives en el desenvolupament intel·lectual quan les puntuacions del CI son aproximadament dues desviacions estàndard per sota la mitjana. (AAMR, 2002)

La conducta adaptativa, és un grup d'habilitats conceptuals socials i pràctiques que totes les persones aprenem per tal de desenvolupar-nos i funcionar en les nostres vides diàries. Aquestes habilitats adaptatives ens capaciten per poder respondre a les circumstàncies canviants de la vida i a les exigències de l'entorn. (AAMR, 2002)

Tenint en compte la definició de l'AAMR, la discapacitat intel·lectual s'origina i es manifesta abans dels divuit anys, edat que, de manera aproximada, s'entén com el final del període de desenvolupament, moment en que les persones assumim un rol d'adults dins la societat.

3.1.2 Model multidimensional

La definició de discapacitat intel·lectual presentada i comentada anteriorment es basa en un model teòric multidimensional:



Aquest model ens proporciona una manera d'entendre la persona i el seu funcionament individual, aporta una descripció de l'individu utilitzant cinc dimensions personals que poden englobar tots els aspectes de la persona i del seu context.

El model contempla la discapacitat intel·lectual en tot l'ample de relacions i interaccions amb l'entorn que representa la vida d'una persona, ja que la persona amb discapacitat intel·lectual no és un individu aïllat, pertany a un context on s'ha de desenvolupar i assolir una vida de qualitat. Per interaccionar amb el propi entorn l'individu posa en joc el seu funcionament individual, per tant cal dotar-lo de suports en els diferents aspectes de les

cinc dimensions de la persona, per tal que pugui desenvolupar-se en el seu entorn d'una manera el màxim de profitosa, per ell i pel context.

“Aquest model fa servir tres elements clau: la persona, els entorns de la persona i els suports que es donen a la persona. Disposa de manera diferent aquests tres elements essencials en un model multidimensional en el que les cinc dimensions queden filtrades o augmentades pels suports per tal de determinar el funcionament individual de la persona. Amb altres paraules, el funcionament de l'individu es veu a través del prisma dels suports actuals. Els suports juguen un paper mediador en el funcionament de l'individu.” (AAMR, 2002, p. 15)

“Aquest nou enfocament porta a un concepte més ampli del retard mental, un reconeixement de les múltiples dimensions que constitueixen la conducta de cada un, i un èmfasi en la necessitat de suports de l'individu. Aquest enfocament exigeix una descripció comprensiva de les cinc dimensions del sistema que inclou:

- 1. *Existència del retard mental (en comparació amb altres condicions de discapacitat).*
- 2. *Una consideració de la participació, interaccions i rols socials de la persona (dins els entorns actuals) que ajuden o obstaculitzen el benestar persona.*
- 3. *Una consideració de l'estat de salut de la persona (física i mental) i l'etiologia rellevant.*
- 4. *Els entorns i suports òptims que faciliten la independència, les relacions, les contribucions, la participació i el benestar personal.*
- 5. *En perfil dels suports necessaris en base als factors abans esmentats.”* (AAMR, 2002, p. 16-17)

Per tal de comprendre a fons aquest model teòric multidimensional cal indagar en les seves cinc dimensions i en allò que impliquen cada una d'elles i també en relació unes amb les altres. A grans trets cal destacar el següent:

Dimensió I : Les habilitats intel·lectuals

La intel·ligència reflecteix una capacitat de la persona per adaptar-se i conviure en el seu entorn: entendre's, donar sentit a les coses i resoldre conflictes que puguin sorgir. Les limitacions de la intel·ligència, s'han de tenir en compte des de la perspectiva de les altres quatre dimensions.

Dimensió II : La conducta adaptativa

Les limitacions en la conducta adaptativa acostumen a donar-se en convivència amb punts forts en altres àrees d'habilitats adaptatives. Les fortaleses i les limitacions s'han de posar en joc en el context natural per establir així la necessitat individual de suports. Les limitacions en la conducta adaptativa afecten a la vida diària de la persona i a la capacitat de resposta davant d'un canvi, per tant les limitacions en la conducta adaptativa s'han de veure des de la perspectiva de les altres quatre dimensions.

Dimensió III : Participació, interacció i rols socials

La participació és la implicació i la realització de tasques per part de la persona en diferents situacions de la vida real, el fet de participar implica interaccionar amb l'entorn i assumir diversos rols socials valuosos, que ajuden a la persona a desenvolupar-se en el context. Si la persona amb discapacitat intel·lectual, es troba en un entorn natural per ell (amb gent de la seva edat, cultura, llengua...) li serà més fàcil participar, interaccionar i adquirir rols socials.

Dimensió IV : Salut

Evidentment l'estat de salut físic, fisiològic i mental influeix en el funcionament individual de la persona i per tant en les altres quatre dimensions. Com tothom, algunes persones amb discapacitat intel·lectual gaudeixen d'un bon estat de salut, però altres, pateixen alguna malaltia que pot influir en l'avaluació dels suports necessaris. Tant la patologia en si com la medicació administrada per tractar-la, poden comportar alteracions en el funcionament individual de la persona.

Dimensió V : Context

El context és l'escenari d'acció on les persones viuen i es desenvolupen diàriament. El context s'observa des d'una perspectiva ecològica que compren tres nivells: en primer lloc el microsistema que engloba la pròpia persona, la situació social immediata i la família i gent propera, també el mesosistema que compren el barri, la comunitat i les organitzacions o entitats socials i per últim el macrosistema que avarca els patrons socials i culturals bàsics i les influències socio-polítiques. Malgrat no ser possible actualment una avaluació estandarditzada del context, cal tenir-lo molt en compte, ja que son els entorns on viu la persona els que normalment condicionen que fa la persona.

3.1.3 Avaluació i suports

El sistema d'avaluació que proposa l'AAMR, emmarca l'avaluació de la persona amb discapacitat intel·lectual en torn de tres aspectes o funcions principals. Cada una d'aquestes funcions compta amb instruments mesures i consideracions per l'avaluació i té uns objectius diferents. Les tres funcions de l'avaluació són les següents: en primer lloc el diagnòstic que, entre d'altres, té per objectiu establir l'elegibilitat del tipus de servei, posteriorment la classificació, que la seva principal finalitat és la d'agrupar i organitzar la informació i per finalitzar la planificació dels suports, funció bàsicament centrada en delimitar el perfil de suports necessari per la persona amb discapacitat intel·lectual.

El model de CO que presenta aquest projecte, assigna un grau d'importància molt elevat a la tercera funció del marc d'avaluació proposat per l'AAMR. La planificació de suports de manera individual és un aspecte essencial i necessari per poder oferir recursos a les persones amb discapacitat intel·lectual per tal que millorin el seu funcionament intel·lectual, contribuint així en la millora de la seva qualitat de vida.

“Els suports són recursos i estratègies que tenen per finalitat promoure el desenvolupament, l'educació, els interessos i el benestar personal d'una persona i que milloren el funcionament individual. Els serveis són un tipus de suport que proporcionen els professionals i les institucions.

El funcionament individual és el resultat de la interacció dels suports amb les dimensions d'habilitats intel·lectuals, conducta adaptativa, participació, interaccions i rols socials, salut i context.” (J. Font, 2003, p. 6)

Per tal de confeccionar un perfil de suports adequat, l'AAMR proposa un procés d'avaluació que queda resumit en els següents quatre passos:

- *Pas 1: Identificar les àrees de suport rellevants.*
- *Pas 2: Identificar les activitats de suport rellevant per cada àrea de suport.*
- *Pas 3: Avaluar el nivell o intensitat dels suports necessaris.*
- *Pas 4: Escriure el pla de suports individualitzat que reflecteixi l'individu.” (J. Font i C. Giné, 2003, p. 7)*

A través de l'avaluació, sabem quins suports són els més necessaris i amb quina intensitat cal oferir-los. Primer de tot cal determinar les àrees de suport que es volen treballar d'entre les nou que es proposen al manual de l'AAMR. En el segon pas, tenint en compte els interessos, les preferències i la possibilitat de participació de la persona, es triaran les activitats de suport rellevants. Posteriorment, s'ha d'avaluar el nivell dels suports que calen, tenint en compte la intensitat, la duració, la freqüència i el tipus de suport. Finalment cal escriure el perfil individual de suports, que especificarà en quines àrees la persona necessita recolzament i de quin tipus ha de ser aquest.

El model d'avaluació proposat per l'AAMR no especifica quins han de ser els paràmetres o barems útils per desenvolupar plenament el pas tercer del procés d'avaluació. Es necessari comptar amb un ventall de nivells de suports que permeti la gradació i com ja s'ha dit anteriorment, tingui en compte la freqüència, la durada, la intensitat i el tipus de suport, per tant ens basarem en els nivells de suport proposats per la Federació Catalana pro Persones amb Retard Mental (APPS):

Suport Generalitzat

És un tipus de suport que la seva durada serà possiblement tota la vida. La freqüència és alta, continua i constant. Es dona en totes o quasi totes les situacions. Hi ha contacte i control constant per part dels professionals. Els suports es porten a terme en el centre i depenen dels altres.

Suport Extens

És un tipus de suport que la seva durada normalment és continuada. La freqüència és regular, anticipada i fins i tot, podria ser alta. Es dona en diverses situacions, normalment no en totes. Hi ha contacte regular i continuat, o control per part dels professionals. Hi ha barreja de suports naturals i del servei. Poc grau d'autonomia i elecció.

Suport Limitat

La durada és de temps limitat i ocasionalment continuat. La freqüència es regular, anticipada i fins i tot, podria ser alta. Es dona en diverses situacions, normalment no en totes. El contacte dels professionals és de temps limitat, regular, freqüent o de tant en tant. Hi ha barreja de suports naturals i del servei. Poc grau d'autonomia i elecció.

Suport Intermitent

La durada és sempre que sigui necessari. La freqüència és baixa. Es dona en poques situacions. L'ajuda del professional és de consulta i/o discussió ocasional, amb horari de cites, control de tant en tant, etc. Els suports seran naturals, amb alt grau d'elecció i autonomia." (APPS, 2003, p. 6)

3.1.4 Qualitat de vida

Les millores que experimenta la persona a través de la intervenció al centre, s'han de veure reflectides en la millora de la qualitat de vida d'aquesta persona o en l'adquisició d'eines per part d'aquesta persona, que li permetin progressivament anar millorant la seva qualitat de vida.

Com a mancances de la definició de discapacitat intel·lectual proposada per l'AAMR, cal observar la superficialitat amb que s'aborden certs aspectes de salut dins la dimensió IV, ja que únicament es centra en classificar els aspectes de salut física, salut mental i factors etiològics i es contempla poc el concepte de qualitat de vida. (M. Verdugo, 2003)

Cal tenir en compte que la qualitat de vida és un dels aspectes que més s'ha de potenciar des de qualsevol servei dedicat a l'atenció de persones amb discapacitat intel·lectual.

La qualitat de vida esdevé una concepció abstracte que engloba les condicions de vida desitjables per qualsevol persona, sempre s'ha de contemplar des del punt de vista de la pròpia persona, actua com a agent per millorar la vida de les persones. Per contribuir en l'augment de la qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual, cal entendre com a saludable i desitjable per aquestes, allò que en general, considerem desitjable i saludable per qualsevol persona. També cal comptar amb un entorn òptim per aconseguir progressos en la qualitat de vida: un entorn respectuós que permeti compartir llocs ordinaris dins la comunitat, prendre decisions i tenir experiències significatives. Es podria entendre qualitat de vida com un conjunt de factors o dimensions que concreten el benestar personal a través d'una sèrie d'indicadors objectius i subjectius. (R.Schalock i M.A. Verdugo, 2003)

"El concepte de qualitat de vida està utilitzat a tot el món com:

- *Una noció sensibilitzadora que ens ofereix referència i guia des de la perspectiva individual, centrada en les dimensions nuclears d'una vida de qualitat.*
- *Un constructe social que proporciona un model per avaluar les dimensions principals de la qualitat de vida.*
- *Un tema unificador que proporciona una estructura sistemàtica per aplicar polítiques i pràctiques orientades cap a la qualitat de vida".* (R.Schalock i M.A. Verdugo, 2003, p. 25)

"La qualitat de vida ha de:

- *Augmentar el benestar personal.*
- *Aplicar-se sota la llum de l'herència cultural i ètnica de l'individu.*
- *Col·laborar per promoure un canvi a nivell de la persona, el programa, la comunitat i a nivell nacional.*

- *Augmentar el grau de control personal i d'oportunitats individuals exercit per l'individu en relació a les seves activitats, intervencions i contextos.*
- *Ocupar un paper prominent en la recollida d'evidències, especialment per identificar predictors significatius d'una vida de qualitat, i per valorar el grau en que els recursos seleccionats milloren els efectes positius.” (R.Schalock i M.A. Verdugo, 2003, p. 41)*

El concepte de qualitat de vida es compon per diverses dimensions que per tal de poder-les valorar, cada una engloba una sèrie d'indicadors a tenir en compte, aquests indicadors poden ser subjectius (experiències subjectives, percepcions i valors de la persona, indicadors psicològics) i objectius (condicions objectives de la vida, aspectes de transformació de l'entorn, indicadors ecològics i socials).

Les dimensions de la qualitat de vida que es tindran en compte per atendre els usuaris del centre son les següents:

- *“Benestar emocional*
- *Relacions interpersonals*
- *Benestar material*
- *Desenvolupament personal*
- *Benestar físic*
- *Autodeterminació*
- *Inclusió social*
- *Drets” (R.Schalock, 1996, p. 125)*

La qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual, esdevé un dels pilars principals del treball a portar a terme en el model de CO dissenyat en aquest projecte.

3.1.5 Educador acompanyant

Els professionals d'aquest centre han de partir d'un enfocament basat en l'acompanyament socio-educatiu, ja que esdevé una manera d'entendre la relació entre el professional que intervé i la persona amb discapacitat, basada en el respecte i la confiança.

En el camp de l'acció social, l'educador acompanyant ha de descobrir a la persona com un ésser únic, irrepetible i posseïdor d'un projecte personal propi que cal respectar, recolzar i orientar. S'hauria de fugir de l'etiqueta estigmatitzadora que ens proporciona el diagnòstic i entendre a la persona com un ésser pluridimensional que se l'ha d'escoltar i mirar en particular ja que és diferent a totes les altres persones. La manera de potenciar el desenvolupament en les diferents dimensions de la persona (corporal, intel·lectual, emotiva, social i espiritual), és facilitant la participació de les persones en el seu context social, per tant cal oferir serveis oberts a l'entorn i situats dins la comunitat. (J.Planella, 2003)

- Guiar a la persona en la consecució de l'itinerari que aquesta ha escollit.
- Caminar al costat de...
- Aconsellar, orientar i donar opinions.
- Implicar a la comunitat en la consecució de l'itinerari de la persona.

- Possibilitar que la persona prengui decisions sobre la seva vida.
- Partir de les capacitats de la persona (i no solament de les seves limitacions).
- Possibilitar els espais en els quals la persona pot realitzar allò que necessita o desitja

L'educador acompanyant ajuda a la persona a traslladar els coneixements, els procediments i les actituds adquirits al centre, a l'entorn més proper d'aquest individu, intervenint en aquest entorn i creant una xarxa de relacions estables al voltant de la persona.

La persona que acompanya ha d'oferir a la persona amb discapacitat diferents opcions, que presentades a través del recurs més favorable per cada individu, permetin que aquest pugui decidir sobre el seu desenvolupament personal i els diferents aspectes de la seva vida. L'acompanyant ha d'escoltar les demandes de l'usuari, orientar-lo respecte aquestes, proporcionar-li els suports necessaris, en el moment adequat i en les situacions determinades, per tal de possibilitar la realització de les voluntats que manifesta la persona.

L'acompanyant ha d'evitar les converses amb educadors i familiars sobre la persona amb discapacitat en presència d'aquesta i tenir cura del llenguatge que usa quan s'hi refereix. També ha de saber respectar la seva intimitat i objectes personals com l'agenda, la roba...

Cal que es doni importància al fet de treballar per aconseguir superar desafiaments i aconseguir objectius personals, en lloc de tancar portes abans d'hora i centrar-se en les limitacions. L'educador acompanyant ha de confiar en les capacitats de la persona i ensenyar-la a opinar i a decidir respectant les seves decisions.

"Acompanyar:

- *No és acollir, si respondre a una demanda feta lliurement...*
- *No és arrossegar, ni carregar, si avançar al costat de la persona que aprèn....*
- *No és decidir l'itinerari a seguir, si aconsellar, orientar i emetre opinions...*
- *No és únicament oferir un servei en un lloc específic, sinó també en la pròpia comunitat on viu la persona....*
- *No és amagar a la persona a través d'una relació bilateral, si oferir i assegurar a la persona la capacitat de localitzar i mobilitzar recursos...*
- *No és portar un projecte i una acció cap a la persona, sí participar de la forma més subsidiària possible en el seu funcionament i en la consecució del projecte de la persona...."* (Auriol i Lebout, 1992, p. 3)

El centre que es presenta, treballarà per la igualtat de drets i oportunitats de les persones, entenent la discapacitat intel·lectual segons la concepció de l'AAMR. Per tant acompanyant a les persones en els propis projectes de vida, ensenyant-les a triar i oferint suports per que puguin respondre a les exigències de l'entorn, interaccionar-hi i desenvolupar-se plenament a tots nivells per aconseguir una vida de qualitat.

3.1.6 Models actuals de Centre Ocupacional

La majoria de centres que existeixen avui en dia a Catalunya, a nivell d'intervenció psico-pedagògica, es podrien agrupar segons si segueixen un model de funcionament tradicional, basat en la intervenció segons intuïcions sovint poc fonamentades; o un model més modern i eficaç basat en les teories de l'AAMR editades l'any 1992, tenint en compte la definició següent de discapacitat intel·lectual:

"El retard mental es refereix a limitacions substancials en el funcionament present dels individus. Es caracteritza per:

1. Un funcionament intel·lectual significativament per sota de la mitjana, que existeix concurrentment amb

*2. Limitacions en dos o més de les següents àrees d'habilitats adaptatives: comunicació
cura de sí mateix
vida a la llar
habilitats socials
ús dels serveis de la comunitat
autoregulació
salut i seguretat
habilitats acadèmiques funcionals
temps lliure
treball.*

3. Es manifesta abans dels 18 anys" (AAMR, 1992, p. 3)

Els models d'intervenció basats en aquesta concepció de la discapacitat intel·lectual, treballen i potencien d'una manera sistematitzada sovint a través de pràctics registres, la millora en cadascuna de les àrees d'habilitats adaptatives afavorint els punts forts i les capacitats de la persona.

Model tradicional de CO	Model modern de CO
<ul style="list-style-type: none"> - La persona s'ha de protegir en un entorn especial. - La persona ocupa una plaça en centre assistencial. - L'important és que la persona sigui feliç. - La persona ha d'adaptar-se als serveis del centre. No es tenen en compte els suports. - El tracte dels professionals amb la persona és de sobreprotecció. - Sent una persona incapaç, altres decideixen per ella. - La igualtat d'oportunitats és una utopia. - La persona es defineix per la seva discapacitat. Les limitacions són implícites en l'individu. - L'estructura organitzativa esdevé molt pràctica i senzilla, però no té en compte les necessitats i opinions dels usuaris. - Les activitats acostumen a resultar una ocupació temporal sense massa sentit i en molts casos no persegueixen cap objectiu si no és implícit en l'activitat. - El Programa Individual de Rehabilitació (PIR) s'estructura en àrees o dimensions de la persona definides sense massa fonamentació pel propi equip tècnic del centre. Cal dir que en alguns centres, els PIR no esdevenen una eina pràctica de treball. 	<ul style="list-style-type: none"> - La persona és un ciutadà amb tots els seus drets que ha de realitzar-se, participar i contribuir. - La persona rep suports en activitats d'ocupació terapèutica i d'ajust personal i social. - L'important és que tingui oportunitats i les aprofiti. - Els serveis responen a les necessitats de la persona. Es tenen en compte els suports. - El tracte és d'adult, d'igual a igual. - S'informa a la persona, per a que ella prengui les seves pròpies decisions, reforçant l'autodeterminació - La igualtat d'oportunitats pot ser una realitat i cal treballar per fer-la possible al màxim. - La persona és un ésser multidimensional amb punts forts i punts febles. Les limitacions sorgeixen de la interacció amb el context. - L'estructura organitzativa és pràctica però permet una certa flexibilitat: tenint en compte les necessitats i opinions dels usuaris i professionals del centre. - Les activitats que es realitzen treballen conceptes i procediments funcionals i persegueixen objectius d'utilitat per la vida de les persones. - Els plans de treball o PIR de cada usuari s'estructuren segons les àrees d'habilitats adaptatives i els objectius sorgeixen de cada una de les àrees per tal d'enfortir-les al màxim.

El centre modern desafia a l'usuari i el posa en situacions que són pròpies de la vida real per tal que aquest interaccioni i millori les seves habilitats en un context real, d'una manera funcional. El centre està obert al barri i l'usuari aprèn les coses del dia a dia, fent-les personalment: agafant l'autobús, comprant el pa, anant a ingressar diners al banc...

El centre tradicional considera per damunt de tot, que l'usuari ha d'estar bé i a gust al centre, per tant cal evitar forçar-lo a aprendre certes coses o a interaccionar en certs entorns que li puguin comportar frustració o que li puguin generar estats de tensió i nerviosisme. No es plantegen la necessitat que la persona millori les habilitats útils per viure, amb els suports adequats, en el context en el que li ha tocat viure, assumeixen que tota la vida serà dependent i que pretendre el contrari seria dedicar molt de temps per aconseguir pocs resultats.

El model d'intervenció psicopedagògica que es descriu en aquest projecte evidentment difereix molt del model tradicional i podríem dir que esdevindrà una versió actualitzada del model modern de CO. El model que es proposa tot seguit, tenint en compte les aportacions teòriques de l'AAMR editades al 2002, dona molta rellevància als suports, a la interacció de la persona amb l'entorn i a la participació activa d'aquesta.

Cal puntualitzar que normalment els models d'intervenció de molts serveis adreçats a les persones amb discapacitat es veuen supeditats a les creences, finalitats i missions de l'entitat o associació que gestiona el servei en qüestió. Normalment acostumen a ser associacions sense afany de lucre, de familiars directes o tutors legals de les persones amb discapacitat, que a través d'una junta directiva i assemblees col·lectives, decideixen quins passos han de seguir les accions de l'associació, quina missió s'ha de plantejar aquesta dins la societat i de manera més concreta decideixen quins serveis volen oferir i quina gerència els ha de gestionar.

Fonamentalment les finalitats que persegueixen aquestes associacions es centren en:

- Crear i gestionar amb qualitat els serveis i establiments necessaris per donar assistència integral als usuaris
- Detectar i atendre les persones amb discapacitat intel·lectual i donar suport i recolzament a les seves famílies.
- Fomentar la solidaritat, sensibilitzar i mentalitzar la societat vers la disminució i el respecte a les diferències.
- Vetllar perquè l'administració pública compleixi amb els deures que té vers aquest col·lectiu.
- Garantir una atenció adequada per cada persona en el servei que correspongui.

Algunes associacions, donen més importància a unes finalitats que a d'altres en funció de diferents factors i també cada associació enumeren una sèrie de principis o postulats d'actuació general vers les persones, aspectes que es creuen importants pels membres de l'associació i que tot el personal de l'associació ha de conèixer i respectar aquests principis o postulats sovint es centren en principis de normalització, vetllar perquè la persona amb discapacitat gaudeixi de tots els drets i deures que li corresponen, vetllar pel respecte a la integritat de cada persona sense discriminacions per raons de sexe, raça, religió o econòmiques, fomentar la implicació i el treball en equip, considerar que la comu-

nicació i la informació interna, ascendent i descendent i horitzontal, ha de ser clara, continuada i objectiva.

Generalment, les missions institucionals que es plantegen la majoria d'associacions d'aquest àmbit, acostumen a girar en torn de: l'educació, l'atenció i la millora de la qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual (a vegades, pertanyents al territori d'actuació de l'associació: barri, comarca...), en les diferents etapes de la vida (institucions amb serveis escolars, ocupacionals i residencials), potenciant la integració social d'aquestes persones i afavorint el desenvolupament personal.

L'observació de sis serveis de CO, que pertanyen a sis associacions diferents, dona a conèixer el fet que no sempre la feina d'atenció a l'usuari va en la mateixa direcció que els ideals de l'associació o que les opinions dels membres d'aquesta.

En el cas del centre A:

- Es treballen de manera sistematitzada activitats tant d'ajust personal i social com de teràpia ocupacional, però les d'ajust no estan integrades en el quotidià del centre, es treballen en grups a part a través d'un centre d'interès anual (l'euro, la ciutat...), que coordina un professional exclusiu.
- Es registra la informació.
- Es desafia a l'usuari i se li ofereixen els suports necessàries.
- Existeix un model d'intervenció del centre i es treballa basant-se realment en un fonament teòric modern.
- No sempre es té en compte la perspectiva de l'acompanyament.
- Es dona molta importància a la higiene.
- Hi ha 2 auxiliars i es compte amb monitors de menjador.
- Hi ha 42 usuaris.

En el cas del centre B:

- Es treballen activitats de teràpia ocupacional i algunes d'ajust personal i social, gairebé no hi ha activitats integrades en el quotidià del centre, no es treballa de manera sistematitzada. Quan hi ha feina es manipula i quan no es fan altres tasques que no queden definides.
- Es registra molt poca informació.
- No es desafia a l'usuari, se li ofereixen alguns suports però no es creu en els seus progressos.
- No existeix un model d'intervenció del centre i es treballa basant-se en la bona pràctica i les intuïcions dels educadors.
- Mai es té en compte la perspectiva de l'acompanyament.
- Es dona molta importància a la higiene.
- Hi ha 1 auxiliar.
- Hi ha 46 usuaris.

En el cas del centre C:

- Es treballen activitats tant d'ajust personal i social com de teràpia ocupacional, totes integrades en el quotidià del centre, però no es treballen de manera sistematitzada.
- Es registra irregularment la informació.
- Es desafia a l'usuari i se li ofereixen els suports necessàries.
- Existeix un model d'intervenció del centre però no es segueix en tots els aspectes.
- No es té en compte sempre la perspectiva de l'acompanyament.
- Es dóna molta importància a la higiene, degut a les discapacitats físiques dels usuaris.
- Hi ha 3 auxiliars.
- Hi ha 30 usuaris.

En el cas del centre D:

- Es treballen, de manera sistematitzada, activitats tant d'ajust personal i social com de teràpia ocupacional, totes estan integrades en el quotidià del centre i es desenvolupen en situacions de la vida real.
- Es registra la informació.
- Es desafia a l'usuari i se li ofereixen els suports necessàries.
- Existeix un model d'intervenció del centre i es treballa basant-se realment en un fonament teòric eficaç.
- Es procura tenir en compte sempre la perspectiva de l'acompanyament.
- Es dóna molta importància a l'autodeterminació.
- Hi ha 3 auxiliars.
- Hi ha 48 usuaris.

En el cas del centre E:

- Es treballen, de manera sistematitzada, activitats tant d'ajust personal i social com de teràpia ocupacional, la majoria estan integrades en el quotidià del centre, algunes activitats es treballen a través de situacions de la vida real.
- Es registra la informació.
- Es desafia a l'usuari i se li ofereixen els suports necessàries, sobretot a nivell físic.
- Existeix un model d'intervenció del centre i es treballa basant-se realment en un fonament teòric eficaç.
- S'acostuma a tenir en compte la perspectiva de l'acompanyament.
- Es dóna molta importància a la higiene, degut a les discapacitats físiques dels usuaris.
- Hi ha 5 auxiliars.
- Hi ha 34 usuaris.

En el cas del centre F:

- Es treballen de manera sistematitzada, activitats de teràpia ocupacional, les d'ajust gairebé no es treballen i en general les activitats no estan integrades en el quotidià del centre, es fa la feina que hi ha quan n'hi ha i quan no n'hi ha, s'ajuda als companys.
- Es registra únicament la informació laboral.

- No es desafia a l'usuari i se li ofereixen els suports sense esforç ni prèvia demanda.
- Existeix un model d'intervenció del centre, però en nombrosos aspectes no coincideix amb la pràctica diària.
- Poques vegades té en compte la perspectiva de l'acompanyament.
- Es dóna molta importància a l'aspecte laboral.
- Hi ha 4 auxiliars.
- Hi ha 61 usuaris.

Tots els centres observats estan considerats un STO i pertanyen al territori català.

3.2 Marc legal

Partint del marc legal que actualment tenim a Europa, a l'estat espanyol i a Catalunya és poden observar les diferents possibilitats de treball que s'ofereixen a les persones amb discapacitat.

En primer lloc cal comentar una sèrie de textos legals d'un caire bastant ampli, que ens donen a conèixer unes línies generals en la política actual d'integració de les persones amb discapacitat. Posteriorment centrarem la importància en els decrets, lleis i ordres que de manera concreta, regulen els CO.

Les disposicions legals que d'una manera més general han incidit en l'avanç de la integració social i laboral de les persones amb discapacitat, són les següents:

- Declaració Universal dels Drets Humans, 1948.
- Declaració dels Drets dels Disminuïts. Organització de les Nacions Unides (ONU), 1975
- Constitució Espanyola, 1978 article 35 i 49.
- Estatut de treballadors, Llei 8/1980, del 10 de març.
- Llei 13/1982, del 7 abril, Llei d'Integració Social dels Minusvàlids (LISMI)
- Llei 26/1985, 27 de desembre, de Serveis Socials de Catalunya.
- Recomanacions del Consell d'Europa sobre el treball dels minusvàlids, abril 1988.
- Conveni sobre la readaptació professional i l'ocupació de persones minusvàlides, conveni 159. Ginebra, 1989.
- Pla d'inserció socio-laboral de les persones amb disminució. Generalitat de Catalunya 1998.

- Reial decret 1971/1999, del 23 de desembre, de procediment per al reconeixement, la declaració i la qualificació del grau de minusvalia (amb les correccions del Butlletí Oficial de l'Estat núm. 62, del 13 de març del 2000)

Les línies generals en la política d'integració laboral es fonamenten en un seguit de principis i de drets, que també es troben recollits al Pla Interdepartamental d'Integració Socio-laboral de Persones Disminuïdes (1998). Els drets són els següents:

- Dret al treball: Tots els espanyols tenen el deure de treballar i el dret al treball, a la lliure elecció professional o ofici, a la promoció a través del treball i a una remuneració suficient per a satisfer les seves necessitats i les de la seva família, sense que en cap cas pugui fer-se discriminació per raó de sexe.
- Principi de normalització dels serveis: El principi de normalització estableix que un individu amb disminució haurà de ser considerat, tractat, atès, respectat i valorat com qualsevol altra persona, i té dret a rebre la resposta a les seves necessitats educatives, sanitàries, laborals, etc., a través dels serveis ordinaris de la comunitat.
- Principi de la igualtat d'oportunitats: El principi d'igualtat d'oportunitats entre els treballadors disminuïts i els treballadors en generals, pressuposa la necessitat de propiciar i arbitrar les mesures positives especials, orientades a compensar les dificultats específiques que en un lloc de treball, així com, també, aquelles mesures encaminades a l'adaptació el lloc de treball a les característiques del treballador disminuït. L'objectiu aconseguir per aquesta mesura és equilibrar la igualtat d'oportunitats, i mai s'ha de considerar com a discriminatòria respecte el col·lectiu general de treballadors.
- Dret a la integració social: El principi d'integració es basa en les premisses que les diferències humanes són elements importants a valorar i que cal considerar-les com quelcom positiu que contribueix al desenvolupament i organització de la societat. És dins aquesta societat que totes les persones tenen dret a formar-ne part i a no quedar-se excloses, siguin quines siguin les seves condicions o característiques.

3.2.1 Normativa relativa als centres ocupacionals

Aquesta normativa ens configura un marc legal d'actuació, creant una xarxa de drets, deures i condicions que cal complir per tal de projectar i posar en marxa un centre ocupacional. Les lleis, decrets i ordres que componen aquesta normativa són les següents:

- Decret 100/1984, del 10 d'abril, sobre supressió de barreres arquitectòniques. L'objectiu d'aquest decret és el d'establir una sèrie de normes essencials i criteris bàsics per eliminar les barreres arquitectòniques en el disseny i construcció de vies, espais urbanístics, mitjans de transport i edificis de serveis. En la qüestió d'edificacions, el decret ens diu que cal que hi hagi com a mínim un accés lliure de barreres arquitectòniques, que els espais interiors gaudeixin de la suficient ampli-

tud per fer possible la mobilitat o la maniobra d'una cadira de rodes i com a mínim un sanitari d'ús públic, haurà de ser adaptat per a la utilització de qualsevol persona amb mobilitat reduïda.

- Ordre del 15 de juliol de 1987, que desplega les normes d'autorització administrativa de serveis i establiments de serveis socials i de funcionament del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials, fixades als capítols 2 i 3 del Decret 27/1987, del 29 de gener. Aquesta ordre regula el procés d'autorització administrativa d'obertura, modificació o tancament d'un servei o establiment de serveis socials i fixa les condicions mínimes, a diversos nivells, que cal complir per tal que el servei o establiment pugui ser autoritzat i inscrit en el Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials de la Direcció General de Serveis Socials.
- Decret 279/1987, del 27 d'agost, pel qual es regulen els centres ocupacionals per a disminuïts. Aquest decret estableix el règim jurídic, econòmic i de relacions personals dels serveis i establiments de serveis socials classificables com a centres ocupacionals per a disminuïts. Es defineix el servei i els seus usuaris, s'acoten les funcions del servei, els instruments i recursos per a l'organització interna i diferents aspectes de finançament i relacions.
- Llei 20/1991, del 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques. Aquesta llei pretén garantir a les persones amb mobilitat reduïda o amb qualsevol altra limitació l'accessibilitat i la utilització dels bens i serveis de la societat i també promoure les ajudes tècniques adequades en cada cas per tal de millorar la qualitat de vida de les persones. De fet amplia les bases sentades en el Decret 100/1984.
- Ordre 06/1992, del 28 de juliol, que desplega el Decret 279/1987, especificant i detallant el procediment de certes funcions que segons el decret esmentat esdevenen responsabilitat del Departament de Benestar Social; per una banda la acreditació de centres ocupacionals, per la seva integració a la Xarxa Bàsica d'Utilització Pública, que està gestionada per l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) i té per objectiu garantir l'atenció terapèutica diürna gratuïta, i per altra banda establir un sistema d'assignació i concertació de places d'aquest servei.
- Decret 280/1993, del 28 de setembre, de modificació del Decret 279/1987. Aquest decret prorroga fins a finals de 1996 el termini, fixat a la disposició transitòria 1 del Decret 279/1987, per a l'adaptació gradual de tallers per a persones amb discapacitat.
- Decret 135/1995, del 24 de març, de desplegament de la Llei 20/1991, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques. Aquest decret també disposa que el Govern de la Generalitat haurà d'aprovar un codi d'accessibilitat que refongui totes les normes dictades en la matèria. El present decret deroga el decret 100/1984.

- Ordre del 21 de gener de 1999, de modificació de l'Ordre 06/1992 que desplega el Decret 279/1987. Aquesta ordre modifica els barems de valoració previstos a l'Ordre 06/1992, amb l'objectiu d'oferir una correcta atenció als usuaris per tal de promoure la millora de la seva qualitat de vida.

Ens trobem davant d'una legislació relativament antiga en alguns aspectes, ja que el decret que fonamentalment i en la seva essència regula un CO, data del 1987 i l'ordre que el desplega, del 1992, moment en que tot just començaven a emergir noves i modernes teories sobre la integració social i sobre la manera d'entendre la persona amb discapacitat intel·lectual. Aquestes teories i perspectives modernes han anat progressant i s'han consolidat, també n'han aparegut de noves, però la nostra legislació no ha progressat en aquest camp, per tant en alguns aspectes podríem dir que la legislació no respon a les necessitats del sector ni de la societat actual.

Cal dir que la llei en cap moment predetermina un procediment psicopedagògic concret a seguir, per tant el fet que sigui antiga no impedeix que es puguin adoptar postures modernes en l'atenció directe a l'usuari. Tenint en compte els canvis produïts al 1999 també hi ha aspectes legislatius que han experimentat un progrés per tal d'adaptar-se a la realitat.

3.3 Destinataris

En tot cas ens basarem amb el que promulga la legislació vigent per determinar si una persona amb discapacitat intel·lectual pot esdevenir usuària del STO en aquest CO.

“Els centres ocupacionals per a disminuïts són destinats a aquelles persones disminuïdes, que estan en edat laboral i han acabat el corresponent període de formació, el grau de disminució de les quals és igual o superior al 65%, segons la valoració feta per l'Equip de Valoració i Orientació (EVO) de l'ICASS aplicant les taules publicades per l'Ordre del Ministeri de Treball i Seguretat Social, de 8 de març de 1984.” (Decret 279/1987, del 27 d'agost, art. 3)

4. JUSTIFICACIÓ

Actualment a Catalunya, sembla que nombroses persones amb discapacitat intel·lectual amb valoracions de l'EVO que els permetrien gaudir de la prestació d'un STO, s'han d'enfrontar a llistes d'espera de més d'un any per poder acudir a un CO on rebre atenció. També sembla que no a tots els CO s'ofereix una atenció a l'usuari basada en l'acompanyament socio-educatiu i centrada en potenciar la participació, l'autodeterminació i la millora de la qualitat de vida dels usuaris.

D'aquesta manera s'intueix la necessitat d'un STO de les característiques del CO que planteja en aquest projecte.

La situació actual dels CO reflexa que les persones amb discapacitat intel·lectual de la societat catalana disposen, per norma general, de poques oportunitats per fer allò que saben o han après a fer ja que els manquen oportunitats, que es confii en elles i que se'ls doni responsabilitats. També disposen de poques oportunitats d'equivocar-se, necessiten assumir riscos i aprendre de les equivocacions. En ocasions no es respecten els seus drets com a persona, drets de participació, privacitat, elecció i autoregulació. En la majoria dels casos tenen opcions de crear, pensar i configurar el seu projecte de vida, és important que se'ls doni un reconeixement personal com a adults, que se'ls permeti autodeterminar allò que volen fer, ser protagonistes de la seva vida. Finalment, veiem també que tenen un ventall reduït d'oportunitats per posar en pràctica les seves il·lusions i fer el que fan les persones de la seva edat, per tant caldria programes d'acompanyament social a través d'intervencions individuals realitzades en entorns naturals propers a la persona. (S.Vert, 2004)

Atès a totes aquestes manques d'oportunitats que es perceben, es considera rellevant per la societat catalana la implementació d'un CO de les característiques que proposa el següent disseny.



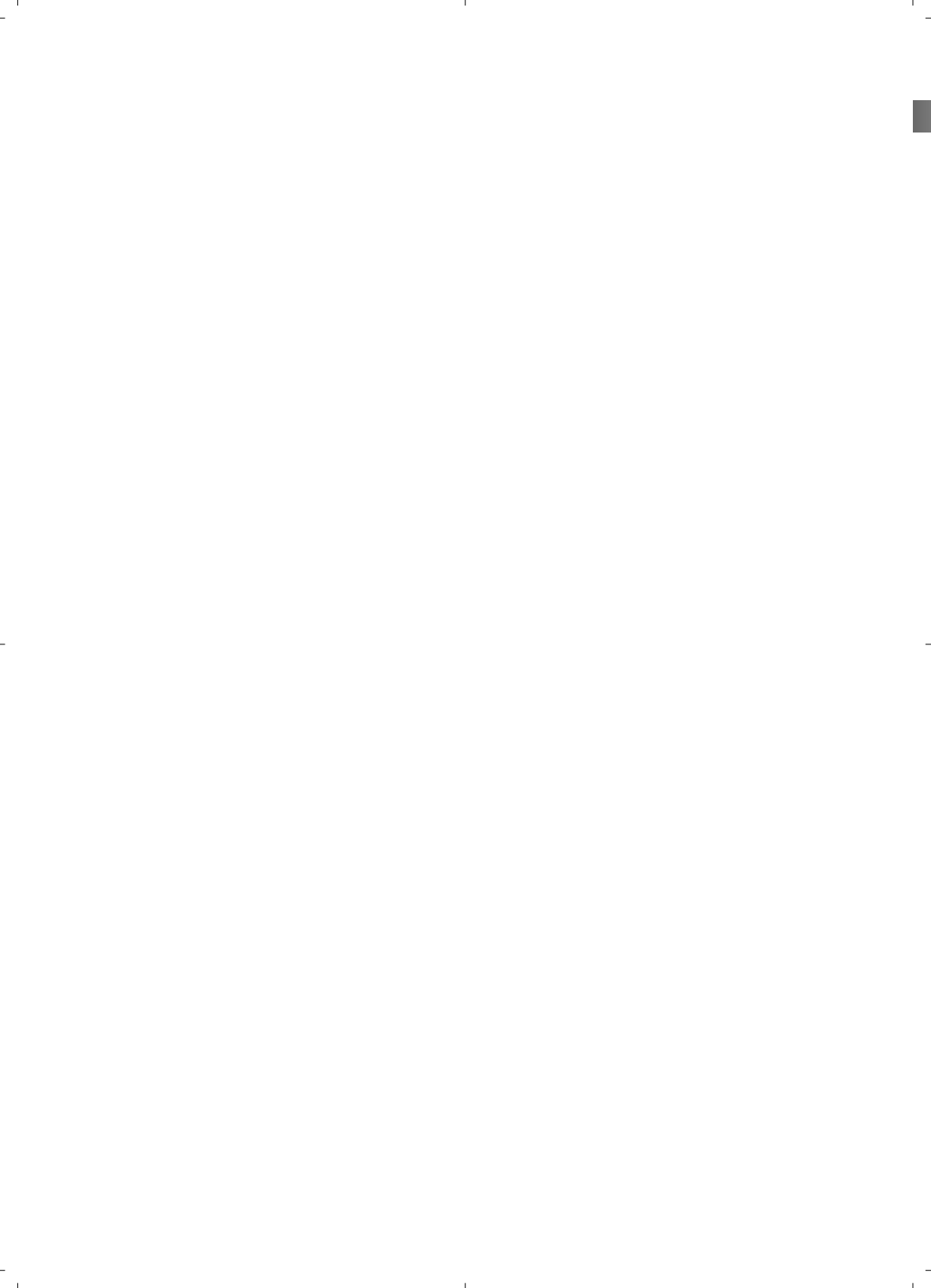
5. OBJECTIUS

Les finalitats del servei que tot seguit es presenta, pretenen reflectir la filosofia educativa i la tendència socio-integradora que té en compte el model d'intervenció d'aquest centre per atendre a l'usuari.

Evidentment, aquests objectius poden deixar entreveure uns punts de destí que en certs aspectes poden ser molt difícils d'assolir en plenitud. En tot cas penso que el nostre treball, a tots nivells, ha de tendir cap a fer possible al màxim, el desenvolupament dels potencials de l'individu en el major nombre de parcel·les de la vida d'aquest.

Els objectius d'aquest CO són els següents:

- Potenciar, des del lloc de treball, la capacitat d'elecció, les relacions interpersonals i el creixement personal, per tal d'assolir més autonomia i seguretat.
- Desenvolupar el màxim les capacitats de les persones per tal de facilitar la relació amb el propi entorn.
- Potenciar una millor qualitat de vida dels usuaris treballant en el desenvolupament de totes les dimensions.
- Oferir els suports necessaris per cada usuari, tant en l'ocupació terapèutica com en les activitats d'ajust personal i social.
- Buscar i potenciar els recursos naturals existents a l'entorn social.
- Poder establir un perfil de suport per cada usuari al llarg de la seva vida.



6. TRETS D'IDENTITAT

El centre que es presenta estarà catalogat com a Centre Ocupacional per a Disminuïts, dins dels Establiments de Dia, englobats en els Establiments d'Acolliment Diürn, com a Serveis Socials Especialitzats i entès generalment com un Servei o Establiment de Serveis Socials. Té per objecte facilitar als usuaris, mitjançant una atenció diürna de tipus rehabilitador integral, els serveis de teràpia ocupacional pertinents, a fi que puguin assolir, dins les possibilitats de cadascú, la seva màxima integració social. (Ordre del 15 de juliol de 1987)

El centre que es proposa en aquest projecte com molts altres de les mateixes característiques és un centre privat subvencionat. Privat ja que la gestió econòmica i de relació amb l'administració, pertany a una empresa de titularitat privada o a una associació de pares i mares i subvencionat ja que aquest tipus de servei es beneficia d'un concert econòmic amb l'administració, que es regula mitjançant els barems actuals (Ordre del 21 de gener del 1999) i el conveni laboral del sector.

La missió d'aquest CO és: "l'acompanyament i atenció de les persones adultes amb discapacitat intel·lectual amb l'objectiu d'aconseguir el major grau d'integració social i laboral, contribuint així a la millora de la seva qualitat de vida".

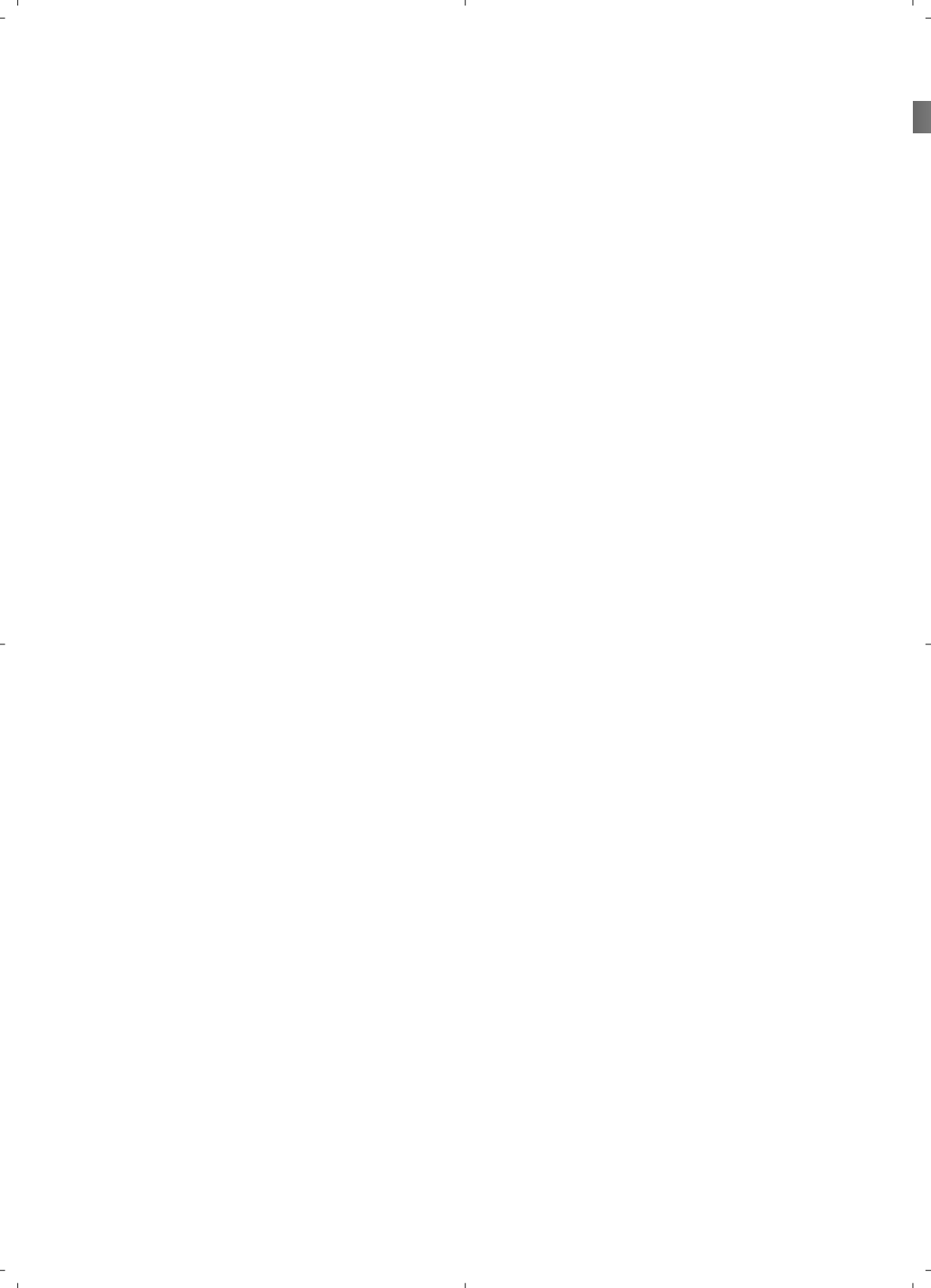
No existirà en cap moment ni per cap motiu, relació laboral entre els usuaris i el centre, la seva relació jurídica sempre és d'assistència i d'atenció terapèutica. (Decret 279/1987, del 27 d'agost)

Les funcions primordials del CO, segons consta en el reglament de règim intern ,seran les següents:

a) Ajustament personal i social, consistent en el conjunt d'activitats dirigides a l'usuari que, amb la participació directa d'aquest, tenen per objecte una habilitació estructural de la persona que ha de permetre la progressiva adquisició dels hàbits d'autonomia personal i habilitats socials, que han de contribuir en una millora de la relació de la persona amb l'entorn físic i social. Les activitats d'ajust personal i social ocuparan per norma general, un 50% del temps d'atenció a l'usuari.

b) Ocupació terapèutica, consistent en l'adquisició dels hàbits laborals, habilitats mínimes de treball i coneixements professionals que puguin permetre la futura integració de l'usuari en un SOI o un CET o bé fer que l'usuari es senti útil i necessari. No és objectiu de l'ocupació terapèutica aconseguir productes per ser objecte de la comercialització.

Tant les activitats d'ajustament personal com les d'ocupació terapèutica s'adequaran en cada moment a les necessitats personals dels usuaris, en un procés totalment dinàmic i flexible.



7. DISSENY DEL CENTRE OCUPACIONAL

El model de centre que es descriu seguidament està pensat per atendre a un número de quaranta usuaris, amb un equip professional de cinc educadors, un psicopedagog exercint de director tècnic, un assistent social efectuant mitja jornada de tasques pròpies i mitja jornada de tasques administratives i el nombre d'auxiliars que corresponguessin segons el nombre d'usuaris amb necessitat d'un suport auxiliar. Per tal de poder dissenyar un model d'intervenció basant-nos amb xifres reals, considerarem que corresponen dos auxiliars d'educador.

Per aconseguir el progrés dels usuaris es treballaran una sèrie d'objectius a partir de situacions pròpies de la vida quotidiana. Si el nombre d'usuaris incrementés només caldria afegir noves situacions de la vida quotidiana al programa d'intervenció, per tal de tenir més espais de treball i així poder atendre més gent amb la mateixa qualitat de servei.

7.1 Model d'intervenció

La intervenció que es portarà a terme en aquest CO pretén facilitar i millorar l'adaptació de les persones amb discapacitat intel·lectual en els diferents àmbits de la vida, tenint en compte l'àrea laboral i l'àrea social de l'individu. Això implica que les persones adquireixin unes habilitats que els siguin funcionals per les seves vides, per tant cal treballar a partir de les múltiples situacions que la vida real ens ofereix.

En aquestes situacions reals es posen en joc les habilitats de la persona per interaccionar amb l'entorn. Així doncs s'han seleccionat una sèrie de situacions reals, pròpies de la vida diària de les persones, que ens proporcionen un escenari d'intervenció idoni per millorar les competències dels usuaris i per detectar les àrees de suport amb més necessitat de recolzament.

Les àrees de suport amb les quals ens basarem, són les nou que proposa l'AAMR:

*“Desenvolupament humà
Educació i ensenyament
Vida a la llar
Vida comunitària
Treball
Salut i seguretat
Conductual
Social
Protecció i defensa”* (AAMR, 2002, p. 28)

El model d'intervenció recull aquestes àrees de suport, de les quals se'n deriven una sèrie d'objectius operatius molt concrets, a treballar amb cada individu, tenint en compte les característiques personals d'aquest: característiques com l'edat cronològica, el sexe, el context socio-cultural, les possibilitats econòmiques i les oportunitats a l'abast.

7.1.1 Estil d'intervenció

Considerem el centre com un context d'interacció de l'usuari amb els companys i professionals. Totes les persones del centre són persones adultes i les relacions que s'estableixin han de respondre a les pròpies d'aquesta etapa vital.

La relació de l'educador amb l'usuari ha d'estar presidida pel respecte a la seva persona i per tant, a les seves característiques, necessitats i interessos personals. Com un aspecte important cal tenir en compte el respecte a la intimitat de la persona, tant a nivell físic: oferint el suport a través d'una persona del mateix sexe en situacions de vestuari o aspectes de la higiene íntima; com a nivell del tracte de la informació personal: tractant-la en els espais i amb les persones adequades i amb la màxima confidencialitat i secret professional.

En l'atenció diària als usuaris, les intervencions dels professionals, malgrat siguin dirigides a un grup d'usuaris, han de treballar els objectius del Pla de Suports Individual (PSI) de cada persona. Per tant es imprescindible una atenció individualitzada per part de l'educador, que s'ha de posicionar com a acompanyant dels progressos de l'usuari. Això implica que l'usuari ha de ser el protagonista de les seves accions i amb el suport de l'educador ha de decidir en quins aspectes vol millorar, quins objectius vol treballar i quines tasques prefereix desenvolupar.

Per treballar d'aquesta manera, cal que l'usuari entengui la responsabilitat que representa decidir sobre els seus aprenentatges i el compromís que adquireix amb les seves decisions.

7.1.2 Organització psicopedagògica

Els quaranta usuaris del CO estaran distribuïts en cinc grups de vuit persones, per tal de confeccionar aquests grups es tindran en compte les necessitats de suports, el nivell d'autonomia i els interessos personals i demandes dels usuaris.

Cada educador tutoritzarà un dels cinc grups i els dos auxiliars donaran suport a la tutoria dels grups 1 i 2, on trobarem les persones amb més necessitat de suports. La tutoria del grup serà com a mínim per un any (de setembre a juliol).

Els espais de treball seran les situacions de la vida real seleccionades com a més importants pels usuaris i ubicades en una franja horària concreta dins l'organigrama general del centre. Les situacions de treball que s'han seleccionat són les següents:

Situació d'organització de la jornada

En l'organització del centre es trobarà la situació d'arribar al mateix i d'organitzar la feina que s'ha de realitzar durant tot el dia o tota la setmana. Igualment, per poder realitzar aquesta feina, és imprescindible vestir-se amb la roba de treball.

Així, quan els usuaris del CO arribin a primera hora del matí, el primer que faran és organitzar-se la setmana amb l'agenda personal (si és dilluns o el primer dia de treball) i la jornada laboral. Aquesta situació es desenvoluparà en dos espais: al vestuari i a la sala on hi

ha l'horari-plafó de cada grup.

Cada usuari es fixarà en cada una de les situacions que hi ha programades per a tota la jornada (si hi ha esport o no aquell dia, l'hora d'esmorzar o dinar, si hi ha alguna activitat extra...). D'aquesta manera, l'usuari, es planificarà el dia i sabrà què ha de fer en cada moment i a quina àrea del taller s'ha de dirigir. Després d'organitzar la jornada, cada usuari anirà al vestuari, localitzarà la seva taquilla, es vestirà o no en funció de la situació on hagi de treballar, penjarà la roba de carrer i desarà els seus estris personals dintre de la taquilla.

Aquesta situació, pròpia de l'ajustament personal i social, la portarà a terme cada educador amb el grup que tutoritza, en el cas dels grups 1 i 2 la situació es realitzarà amb l'educador tutor i l'auxiliar corresponent.

Situació de revisió de la jornada

En la programació i organització del centre, serà necessari el tancament i la finalització de la jornada laboral, per fer una valoració-resum del que s'ha realitzat durant tot el dia i perquè els usuaris del centre, es treguin la roba de treball i s'arreglin per sortir del taller. En aquesta situació s'utilitzaran tres espais: el lloc on hi ha l'horari-plafó de cada grup, els serveis i el vestuari.

Cada usuari anirà al vestuari i es canviarà, posteriorment passarà pels serveis, s'arreglarà per marxar al carrer i finalment el grup sencer es reunirà per comentar com ha anat la jornada i una vegada al mes es cobraran les gratificacions per la feina realitzada.

Aquesta situació, com l'anterior, la portarà a terme cada educador amb el grup que tutoritza i en el cas dels grups 1 i 2 la situació es realitzarà amb l'educador tutor i l'auxiliar corresponent. Les activitats que s'hi portaran a terme responen a un ajustament personal i social.

Situació de productes propis

Aquesta situació és pròpia de l'ocupació terapèutica dins un àmbit plenament laboral-artesanal on els usuaris confeccionaran productes i articles elaborats en la seva totalitat dins el centre (articles de paper, cuir, penjolls...). Es pretén elaborar un stock de productes que sigui competitiu i tingui sortida en fires i mercats d'artesanía. També es produiran productes de temporada en èpoques concretes de l'any (articles nadalencs a final d'any, articles de disfressa per Carnestoltes, roses i punts de llibre per Sant Jordi...).

Aquesta situació es desenvoluparà en una sala de teràpia ocupacional dotada de tots els materials necessaris per les tasques que s'hi portin a terme.

Els usuaris treballaran en aquest espai amb l'educador encarregat d'aquesta situació, excepte amb els grups 1 i 2 que l'encarregat de la situació rebrà el suport d'un dels dos auxiliars d'educador. L'encarregat de la situació ho serà al menys durant un any (de setembre a juliol) i únicament s'encarregarà de coordinar aquesta situació.

Situació de manipulats

Aquesta situació proporcionarà una sèrie d'activitats pròpies de l'ocupació terapèutica, on els usuaris treballaran manipulant de diferents maneres, segons la comanda, productes que arribin de l'exterior i que necessitin ser comptats, embossats, classificats, iniciats, acabats, empaquetats.... per tal que puguin sortir enllestits pel seu ús posterior.

Aquesta situació tindrà lloc en una sala de teràpia ocupacional dotada de tots els materials necessaris per les tasques que s'hi realitzin. Cada activitat inclosa en aquesta situació implicarà que s'hauran de preparar uns materials per poder treballar amb el manipulats i en acabar la feina, es guardaran tots els materials utilitzats al lloc corresponent, deixant tot preparat per poder treballar de nou amb altres tipus de manipulats procedents d'altres comandes.

Igual que en la situació anterior, els usuaris treballaran en aquest espai amb l'encarregat d'aquesta situació, excepte amb els grups 1 i 2 que l'educador de la situació rebrà el suport d'un dels dos auxiliars. L'encarregat de la situació ho serà al menys durant un any (de setembre a juliol) i únicament s'encarregarà de coordinar aquesta situació.

Situació d'higienització de fonts d'interior

Aquesta situació, igual que les dues anteriors, donarà resposta a la necessitat que els usuaris tenen, d'introduir-se en el món laboral mitjançant l'aprenentatge de la manipulació de diferents objectes, per tant les tasques a realitzar també són pròpies de la teràpia ocupacional.

En aquest cas, la feina a realitzar provindrà de manera permanent d'una empresa externa de distribució i manteniment de fonts d'interior i les activitats pròpies d'aquesta situació respondran als diferents passos que cal seguir per la neteja dels diferents tipus de fonts.

Aquesta situació es portarà a terme en una sala de teràpia ocupacional dotada de tots els materials, recipients i productes necessaris per les tasques que s'hagin de realitzar.

De la mateixa manera que en les dues situacions anteriors, els usuaris treballaran en aquest espai amb l'encarregat d'aquesta situació, exceptuant amb els grups 1 i 2 que l'educador responsable de la situació rebrà el suport d'un dels dos auxiliars. L'educador encarregat de la situació ho serà al menys durant un any (de setembre a juliol) i únicament es responsabilitzarà de coordinar aquesta situació.

Situació d'administració

La situació d'administració respondrà a la necessitat de resoldre un seguit de tasques necessàries pel funcionament diari del centre. Representarà un recull de totes aquelles tasques que corresponen a les funcions d'un secretari, que van apareixent en el desenvolupament del dia a dia del centre; també seran tasques que ajudin al desenvolupament personal, contribueixin a la millora d'habilitats d'organització, d'ordre i de les àrees acadèmiques instrumentals (llenguatge/comunicació i matemàtiques/nocions aritmètiques i espais funcionals). Per tant en aquesta situació hi ha activitats pròpies d'ajust personal i social i activitats pròpies de l'ocupació terapèutica.

Podran sorgir tasques com: recollir i repartir el correu, passar la llista dels usuaris del centre, ensobrar, tamponar, grapar, demanar els encàrrecs als diferents professionals del centre, fer fotocopies... Aquest llistat d'activitats podrà estar subjecte a modificacions en funció de l'ordre de prioritats o de les necessitats que vagin apareixent.

Aquesta situació es portarà a terme a la sala d'administració, que haurà d'estar dotada dels materials necessaris per desenvolupar-hi les activitats.

En aquest espai, els usuaris treballaran amb l'educador encarregat d'aquesta situació, exceptuant amb els grups 1 i 2 que el responsable de la situació rebrà el suport d'un dels dos auxiliars d'educador. L'educador encarregat de la situació es responsabilitzarà d'aquesta al menys durant un any (de setembre a juliol) i coordinarà aquesta situació i la situació d'encàrrecs i missatgeria.

Situació de cantina

Aquesta situació es crea a partir de la necessitat d'esmorzar per part dels usuaris del centre. Es realitzarà a primera hora de la jornada laboral, ja que a mig matí és quan els usuaris del centre tindran un descans per esmorzar.

En aquesta situació hi haurà activitats pròpies d'ajust personal i social i activitats pròpies de l'ocupació terapèutica, ja que es treballaran molts aspectes de la vida a la llar, com comprar allò que necessitem, pagar, cobrar, tornar canvi... i també es treballaran aspectes laborals, com tasques de cambrer o d'ajudant de cuina.

Els espais utilitzats en aquesta situació seran el carrer, els diferents establiments on es faran les compres i la cuina.

Per preparar l'esmorzar i la cantina, els usuaris treballaran amb l'encarregat d'aquesta situació, exceptuant amb els grups 1 i 2 que el responsable de la situació rebrà el suport d'un dels dos auxiliars d'educador. L'educador encarregat de la situació ho serà al menys durant un any (de setembre a juliol) i es responsabilitzarà de coordinar aquesta situació i la situació de manteniment.

Situació d'encàrrecs i missatgeria

Amb aquesta situació es pretén cobrir la necessitat del centre a nivell de compres de materials, de correu, d'operacions amb el banc, de correspondència amb altres establiments propers... Es realitzarà després del descans de l'esmorzar, quan ja hagin sorgit una sèrie de necessitats i s'hagin recollit els encàrrecs.

Aquesta situació treballarà l'ajust personal i social, a través de la consecució d'objectius de les àrees de suport de vida comunitària, vida a la llar i social, entre d'altres, mitjançant activitats com anar a comprar, pagar, fer recompte de les despeses, tractar a la gent amb correcció... i també es treballaran activitats pròpies de l'ocupació terapèutica, efectuant tasques de missatgeria..

En aquesta situació s'utilitzaran diferents espais: el carrer, els establiments (banc, papeteria, farmàcia...) i la sala d'administració.

En aquest espai, els usuaris treballaran amb l'educador d'aquesta situació, exceptuant amb els grups 1 i 2 que tindran el suport d'un dels dos auxiliars. L'educador encarregat de la situació es responsabilitzarà d'aquesta al menys durant un any (de setembre a juliol) i coordinarà aquesta situació i la situació d'administració.

Situació de manteniment

Aquesta situació respondrà a la necessitat que tots els espais del centre estiguin preparats per ser utilitzats (wc, sales, despatxos, vestuaris, cuina...) i que la roba que s'utilitzarà en el centre estigui neta (davantals, estovalles, tovalloles, draps...). Aquesta situació tindrà lloc després d'esmorzar, que és quan la zona de la cantina s'acabarà d'utilitzar i quan més necessitat tindrà de ser netejada. En aquesta situació hi haurà activitats pròpies d'ajust personal i social, com utilitzar una rentadora, canviar un fluorescent o reposar sabó i paper al wc, i també es comptarà amb activitats pròpies de l'ocupació terapèutica com poden ser les feines pròpies d'una bugaderia i d'un equip de manteniment o neteja.

Per desenvolupar les tasques de la situació s'utilitzaran diversos espais: la sala de manteniment, on s'organitzarà qui fa les diferents activitats i tots aquells espais que necessitin ordre, neteja o manteniment.

Per desenvolupar les activitats de la situació, els usuaris treballaran amb l'encarregat d'aquesta situació, exceptuant amb els grups 1 i 2 que el responsable de la situació rebrà el suport d'un dels dos auxiliars d'educador. L'educador encarregat de la situació ho serà al menys durant un any (de setembre a juliol) i es responsabilitzarà de coordinar aquesta situació i la situació de cantina.

Situació de menjador

Aquesta situació tindrà el seu espai temporal al migdia, per tal de dinar i descansar. S'utilitzaran tres espais, els serveis, el menjador i la sala d'oci. Les activitats que engloba aquesta situació (dinar, rentar-se les dents, veure la televisió...), són considerades d'ajustament personal i social.

Els encarregats d'aquesta situació seran els monitors de menjador.

Situació d'oci, temps lliure i aficions

Aquesta situació respon a la necessitat d'ocupar el temps lliure amb allò que més agrada fer. Es proposaran una sèrie de tallers o activitats que permetin desenvolupar la creativitat, el pensament, la manipulació, l'enginy... i que cada un dels nois esculli en funció de les seves habilitats, preferències, necessitats personals...

Les aficions seran variades i respondran a les demandes dels usuaris, per tal que els nois s'apunten a la que més els agradi: estètica i bellesa, ceràmica, pintura, veure una pel·lícula

la de dvd, sortir a donar un tomb, anar a prendre quelcom... El divendres a l'assemblea setmanal es presentaran les activitats que es proposen per la setmana següent, de manera que l'usuari es pugui apuntar a l'activitat que més li agradi.

Aquests activitats són pròpies de l'ajust personal i social i es realitzaran a les tardes de dilluns a dijous, a l'espai que sigui més adequat per a l'ocasió (sala d'oci, carrer...). Cada professional del centre es responsabilitzarà d'alguna activitat d'aquesta situació.

Situació de cursos formatius

Es tractarà d'un espai per a la formació teòrica i pràctica sobre temes que siguin d'interès pels usuaris. Aquesta formació optativa es farà a través de cursos que duraran un trimestre i es realitzaran una tarda a la setmana a l'espai físic més adequat. El ventall de cursos que s'oferirà es confeccionarà en funció de les idees dels professionals i de les demandes dels usuaris. Els cursos podran ser de cuina, de l'euro, de geografia, de relacions personals, de fotografia, d'aproximació a l'anglès, d'orientació...

Els cursos de formació optativa es consideren activitats d'ajust personal i social i cada professional del centre es responsabilitzarà de la coordinació d'algun curs.

Situació d'activitats esportives

Aquesta situació, igual que les dues anteriors, oferirà una altra possibilitat als usuaris, d'ocupar els seu temps lliure, a la vegada que es facilita el desenvolupament físic i psíquic. En aquesta situació també es treballaran diferents aspectes de la higiene íntima i de la cura diària del seu cos. Els divendres al matí, cada usuari practicarà l'esport que hagi escollit lliurement: bàsquet, futbol, natació... segons la oferta i sent obligatori que tots en practiquin algun.

Les activitats esportives, que es consideren d'ajust personal i social, es realitzaran en un pavelló esportiu fora del centre i els professionals d'atenció directe (educadors i auxiliars) seran els responsables de l'acompanyament dels usuaris en aquestes activitats.

Situació d'activitats extraordinàries

Aquesta situació contemplarà totes aquelles activitats que no estiguin incloses en la jornada laboral del taller, però s'entén que són situacions també importants, que responen a la necessitat de treballar en un context diferent.

Són activitats d'ajust personal i social que apareixeran en la programació de manera puntual. Amb elles es pretén que els usuaris del centre es desenvolupin més autònomament, que tinguin esperit de cooperació i de treball en equip, que coneguin altres entorns i cultures diferents a les que tenen al voltant, que facin noves amistats, que coneguin gent de diferents llocs... Alhora, els usuaris aprendran a modificar el seu comportament depenent de la situació en la que es trobin, integrant-se i participant de les tradicions i costums que són celebrades per tothom.

Aquestes activitats podran ser celebracions de diferents festes populars, organització de trobades, viatges, sortides, dinars de germanor... Però hauran de ser activitats que decidixin i preparin els nois amb el suport dels professionals.

Situació d'assemblea

L'assemblea es considera una activitat d'ajust personal i social i haurà d'esdevenir l'espai dedicat a l'organització del centre per part dels usuaris. S'informarà de les activitats de la setmana següent, es triaran les activitats optatives que cada persona voldrà realitzar, es faran propostes, es comentaran activitats ja realitzades, es parlarà d'aspectes més personal, es comentaran temes de la feina del taller...

L'activitat d'assemblea es realitzarà el divendres a la tarda i tindrà dues parts: durant la primera hora es portarà a terme l'assemblea general de tots els usuaris del CO i durant la hora restant tindrà lloc l'assemblea per grups on cada grup es reunirà amb el seu educador i auxiliars respectius als grups 1 i 2.

Els professionals d'atenció directa seran els encarregats de donar els suports necessaris en el moment de l'assemblea.

Evidentment, per tal de fer factible el funcionament del centre i la coordinació entre totes les situacions, aquestes estan ubicades cadascuna en una franja concreta de l'horari general del centre:

Franja horària	Situacions	Comentaris
9:00h 9:30h	- Situació d'organització de la jornada	Cada grup treballa amb el seu educador i els grups 1 i 2 amb l'educador i l'auxiliar corresponent del grup.
9:30h 11:00h	- Situació de productes propis - Situació de manipulats - Situació d'higienització de fonts d'interior - Situació d'administració - Situació de cantina - Situació d'activitats esportives (només divendres)	Cada grup treballa amb l'educador responsable de la situació on li toca, exceptuant els grups 1 i 2, que treballen amb l'educador encarregat de la situació i un l'auxiliar d'educador.
11:00h 11:30h	- Esmorzar	Tots els professionals d'atenció directa estan amb tots els nois a l'espai de la cantina.
11:30h 13:00h	- Situació de productes propis - Situació de manipulats - Situació d'higienització de fonts d'interior - Situació d'encàrrecs i missatgeria - Situació de manteniment - Situació d'activitats esportives (només divendres)	Cada grup treballa amb l'educador responsable de la situació on li toca, exceptuant els grups 1 i 2, que treballen amb l'educador encarregat de la situació i un l'auxiliar d'educador
13:00h 15:00h	- Situació de menjador	Tots els usuaris estan al menjador o a la sala d'oci i reben atenció per part dels monitors de menjador. L'equip tècnic dina i es reuneix.
15:00h 16:30h	- Situació d'oci, temps lliure i aficions - Situació de cursos formatius - Situació de productes propis - Situació de manipulats - Situació d'higienització de fonts d'interior - Situació d'assemblea (només divendres)	Cada tarda s'oferiran algunes activitats de la situació d'oci, temps lliure i aficions i els nois hauran triat a l'assemblea les que voldran realitzar. Algunes tardes tindran lloc les sessions pròpies de la situació de cursos formatius i els usuaris assistiran al curs que s'hagin apuntat a començament de trimestre. També en moments en que hi hagi molta feina d'alguna de les tres situacions purament laborals, es donarà la opció de treballar durant aquesta franja horària en el taller que es necessiti.
16:30h 17:00h	- Situació de revisió de la jornada	Cada grup treballa amb el seu educador i els grups 1 i 2 amb l'educador i l'auxiliar corresponent del grup.

Per tal de poder organitzar el funcionament del centre a través de totes aquestes situacions i fent que tots els grups d'usuaris treballin en cada situació al menys una vegada a l'any, ens caldrà partir la temporada en cinc períodes laborals. Durant un període laboral un grup d'usuaris treballarà en dues situacions diferents, en una abans d'esmorzar i en l'altra després i fins l'hora de dinar, i en canviar de període laboral canviaran les situacions de treball per aquest grup.

Generalment i tenint en compte les peculiaritats festives del calendari laboral de cada any, els períodes laborals del CO aniran distribuïts de la següent manera:

- Període de programació: setembre
- Primer període laboral: octubre i part de novembre
- Segon període laboral: part de novembre, desembre i gener
- Tercer període laboral: febrer i part de març
- Quart període laboral: part de març, abril i part de maig
- Cinquè període laboral: part de maig i juny
- Període d'avaluació: juliol

D'aquesta manera cada grup, en un any, haurà treballat, als matins, dues vegades a les situacions de productes propis, de manipulats i d'higienització de fonts d'interior; i una vegada a les situacions d'administració, d'encàrrecs i missatgeria, de cantina i de manteniment.

Per exemple, durant el primer període laboral:

Franja horària	Situacions del matí	Grups
9:30 - 11h	- Situació de productes propis	1
	- Situació de manipulats	2
	- Situació d'higienització de fonts d'interior	3
	- Situació d'administració	4
	- Situació de cantina	5
11:30 - 13h	- Situació de productes propis	5
	- Situació de manipulats	1
	- Situació d'higienització de fonts d'interior	2
	- Situació d'encàrrecs i missatgeria	3
	- Situació de manteniment	4

Seguint aquest exemple, durant el segon, tercer, quart i cinquè període laboral: cada grup treballarà, tant abans com després d'esmorzar, a les situacions on, durant l'anterior període treballava el grup per sobre d'ell.

Durant el període de programació i d'avaluació els nois triaran al llarg del dia en quines situacions volen treballar i treballaran on prefereixin amb un dels professionals d'atenció directe del centre, durant el més de juliol es procurarà treballar a través de la situació d'activitats extraordinàries, potenciant sortides, visites... Es tenen en compte aquests dos períodes, per poder guanyar temps per programar al setembre i per avaluar els progressos dels usuaris al juliol.

7.1.2.1 Programa d'intervenció

Aquest programa d'intervenció que es presenta tot seguit, es compon de dos parts, la primera, més general, on es pot veure la relació entre les fonts més teòriques i la pràctica del centre; i la segona, totalment pràctica, on es pot veure la descripció de les diferents activitats que es poden realitzar en cada situació del CO.

ÀREA D'ACCIÓ	ÀREA D'AVALUACIÓ		
<ul style="list-style-type: none"> *Situació d'organització de la jornada *Situació de revisió de la jornada *Situació de productes propis *Situació de manipulats *Situació d'higienització de fonts d'interior *Situació d'administració *Situació de cantina *Situació d'encàrrecs i missatgeria *Situació de manteniment *Situació de menjador *Situació d'oci, temps lliure i aficions *Situació de cursos formatius *Situació d'activitats esportives *Situació d'activitats extraordinàries *Situació d'assemblea 	<p>Activitats de les diferents situacions, que treballen...</p>	<p>Objectius, de...</p>	<p>Les nou àrees de suport de la persona</p>

SITUACIONS	ACTIVITATS
Situació d'organització de la jornada	<ul style="list-style-type: none"> - Entrada i comentaris / anècdotes - Revisió de calendari - Revisió de l'agenda - Revisió de l'horari-plafó - Vestuari
Situació de revisió de la jornada	<ul style="list-style-type: none"> - Vestuari - Neteja i cura personal - Cobrament (un dia al mes) - Revisió del dia - Comentaris / anècdotes i sortida
Situació de productes propis	<ul style="list-style-type: none"> - Rebuda i entrega de comandes - Creació de collars, braçalets, arracades... - Treball del cuir - Costura i derivats - Treball del vímet - Treball del paper - Paper reciclat i derivats - Elaboració de vitralls - Confecció d'articles de disfressa (per Carnestoltes)
Situació de manipulats	<ul style="list-style-type: none"> - Rebuda i entrega de comandes - Preparació de la feina i materials - Recollida del taller <p>(Les activitats concretes de cada manipulats, vindran donades en funció de les característiques de la comanda a realitzar)</p>

Situació d'higienització de fonts d'interior	<ul style="list-style-type: none"> - Rebuda i entrega de comandes - Classificació i recompte de la comanda - Desmuntatge de fonts de tres models diferents - Neteja de les parts de les fonts - Muntatge de tres models diferents de fonts
Situació d'administració	<ul style="list-style-type: none"> - Passació de llista d'usuaris - Recollida i repartiment del correu - Fotocòpies - Manipulació de documents i cartes - Atenció telefònica - Recollida d'encàrrecs - Exposició del menú diari a un plafó - Compra del diari - Preparació de fulls de cobrament - Treball a l'ordenador
Situació de cantina	<ul style="list-style-type: none"> - Confecció d'un menú - Revisió del rebost - Confecció de la llista de compra - Realització de compres - Recompte de les despeses - Preparació de l'esmorzar - Preparació de diferents begudes - Preparació de la barra - Preparació de les taules i cadires - Compra-venda de l'esmorzar a la cantina - Recompte dels ingressos. - Recollida i neteja de la cantina
Situació d'encàrrecs i missatgeria	<ul style="list-style-type: none"> - Anàlisi dels encàrrecs i missatges - Preparació del que es necessita per realitzar encàrrecs - Realització dels encàrrecs pel barri - Recompte de despeses - Repartició de cada encàrrec a la persona que l'ha demanat.
Situació de manteniment	<ul style="list-style-type: none"> - Revisió d'espais - Neteja de vidres - Reciclatge - Revisió farmaciola - Revisió extintors - Revisió escombraries - Rentat de roba - Plegat de roba - Planxat de roba

	<ul style="list-style-type: none"> - Canvi de fluorescents i bombetes - Reparació de petits desperfectes del centre - Pintat de parets o mobiliari
Situació de menjador	<ul style="list-style-type: none"> - Dinar - Higiene dental i personal - Temps lliure
Situació d'oci, temps lliure i aficions	<ul style="list-style-type: none"> - Sortides variades, segons les demandes dels nois - Estètica i bellesa - Relaxació - Pintura i dibuix - Construcció de maquetes - Ceràmica - Audició de música - Televisió o dvd - Jocs de taula
Situació de cursos formatius	<ul style="list-style-type: none"> - Fotografia - Geografia - Educació sexual i afectiva - Aproximació a l'anglès - Informàtica - Relacions personals - Cultures - Animals - Cuina - Balls de saló - Orientació i recursos als nuclis urbans - Teatre - Us de l'euro
Situació d'activitats esportives	<ul style="list-style-type: none"> - Futbol - Bàsquet - Natació - Gimnàs - Variat d'esports
Situació d'activitats extraordinàries	<ul style="list-style-type: none"> - Celebració del Nadal - Celebració de Carnestoltes - Confecció de mones - Celebració de Sant Jordi - Revetlla de Sant Joan - Participació en festes patronals i locals - Organització de viatges i excursions - Organització de sopars i festes

	(Absolutament totes les activitats d'aquesta situació, són exemples, ja que la proposta i organització d'aquestes corre a càrrec dels usuaris)
Situació d'assemblea	<ul style="list-style-type: none"> - Preparació de l'assemblea general - Informació i elecció de les diferents activitats opcionals de la propera setmana - Manifestació d'informacions, comentaris, opinions... sobre el tema que s'estigui tractant - Preparació de l'assemblea per grups - Planificació setmanal a l'agenda personal - Tertúlia intergrup

Cal dir que aquest programa d'intervenció gaudeix de notable flexibilitat, ja que en totes les situacions es poden afegir noves activitats. Les activitats que es mostren, no són les úniques que es poden realitzar, ni tampoc les que s'han de realitzar sempre, en realitzarem unes o altres en funció de la població d'usuaris que atenguem. Per tant seran els usuaris del centre que a través de les seves demandes, necessitats o peculiaritats, aniran configurant els últims nivells de concreció d'aquest programa d'intervenció.

7.1.2.2 Metodologia

La filosofia del centre ens obliga a treballar d'una manera en que la persona amb discapacitat ha d'esdevenir protagonista de les seves accions i n'ha de viure les conseqüències. Per tant un punt essencial de l'acompanyament educatiu haurà de ser fomentar l'autodeterminació, a tots nivells i ensenyar a la persona a decidir sobre els aspectes de la seva vida, del seu temps, de la feina... Com a professional acompanyant, caldrà també orientar en les decisions i oferir suports en la consecució d'aquestes.

En conseqüència, la metodologia que es portarà a terme al CO permetrà i tindrà en compte la presa de decisions i la opcionalitat, en nombrosos moments del desenvolupament del dia a dia del centre. Les tries, tindran lloc en diferents moments del quotidià del centre i els usuaris les faran lliurement o a través de diferents opcions presentades com a suport. Per tal de facilitar la comprensió de l'elecció, es presentaran les diferents opcions a triar en format visual o en el més adequat per cada l'individu.

Per tant, caldrà tenir a punt la informació en tots els formats necessaris, segons les necessitats dels usuaris. Fonamentalment utilitzarem els formats auditiu i visual (imatges o escriptura) però en casos de dèficits visuals, si cal, es canviarà el format visual per un format tàctil.

Les imatges o formats de comunicació adaptats tindran utilitat en nombrosos moments de les activitats del centre. A través d'aquests recursos es treballaran aspectes d'autode-

terminació, d'aprenentatge de procediments de diferents tasques i de formació, de localització de materials, d'organització personal...

En aspectes d'autodeterminació, com a usuari del centre l'individu podrà triar:

- A l'assemblea, les activitats opcionals a realitzar a les tardes de la setmana següent, a través de plafons visuals i també podrà formular noves propostes.
- Durant el desenvolupament les diferents situacions del matí, hi haurà un plafó on es veuran exposades totes les feines a realitzar i un dia a la setmana o a la quinzena, cada usuari podrà decidir quina feina vol fer, tenint en compte els objectius que figuren en el seu PSI.
- A les situacions d'organització de la jornada i de revisió de la jornada, la persona amb discapacitat intel·lectual, decidirà i revisarà amb el suport del seu educador acompanyant els objectius que vol que figurin en el seu PSI anual, assumirà compromisos referits a aspectes personals que vulgui millorar i cap a final de temporada tindrà dret a omplir un qüestionari de preferències i propostes a nivell de relacions i d'activitats. Aquest qüestionari, l'equip tècnic el tindrà en compte en la mesura del possible, a l'hora de configurar els grups i la organització de la següent temporada.

En aspectes d'aprenentatge de procediments de diferents tasques i de formació, s'utilitzarà el format visual per elaborar manuals de guia per tal de seguir i aprendre els procediments de les diferents activitats.

En aspectes de localització de materials, mitjançant un suport visual a les portes dels armaris o calaixos, podrem saber més ràpidament on es troba el que busquem.

En aspectes d'organització personal, les imatges i l'escriptura, serviran a l'usuari per saber a on ha de treballar en els diferents moments del dia o de la setmana:

- A l'horari general del CO, a través d'una targeta amb el número i el color de cada grup, es veuran reflectides les tasques que fa cada grup en un període laboral.
- A l'horari-plafó grupal, del color corresponent al grup, cada usuari es podrà organitzar la seva jornada dins el centre, a través de targetes amb imatges de les activitats i situacions on treballar.
- L'agenda, a part de ser una eina organitzativa, esdevindrà un mitjà de comunicació entre la llar de l'usuari i el centre. A l'agenda la persona es distribuirà i s'anotará (amb imatges o redactat) les activitats que realitzarà dins i fora del centre, durant tota la setmana.

Per poder transmetre la informació en un format visual ens caldrà tenir a disposició les imatges necessàries; les podem confeccionar a través de fotografies digitals o buscar-les en programes informàtics (clip art) i posteriorment imprimir-les amb la mida adequada sobre paper adhesiu o normal segons la necessitat.

Un altre aspecte metodològic, són els protocols a seguir en casos de conflictivitat o incompliment de la normativa de convivència del centre. En aquests casos es contempla l'aplicació del reglament de règim intern i en el moment del conflicte s'envia a la persona o persones al despatx, per tal que el director els faci firmar una falta greu o lleu segons el conflicte. Posteriorment l'equip tècnic revalorarà la sanció a imposar.

Fonamentalment els conflictes vindran produïts per actes d'agressivitat o falta de respecte i pel reiterat incompliment de compromisos, normes de convivència o tasques a realitzar.

Aquesta metodologia pretén fer més responsables i protagonistes de les seves vides a les persones amb discapacitat intel·lectual, potenciant que cada individu decideixi el que prefereix per si mateix, tenint en compte les possibilitats a l'abast i utilitzant els suports necessaris proporcionats per una figura acompanyant.

7.1.2.3 Avaluació dels usuaris

Quan un usuari entri al centre cal elaborar el seu PSI. Per fer-ho caldrà, observar molt les seves accions i passar-li un qüestionari ABS-RC:2 (AAMR, 1993) per tal d'identificar les àrees de suport amb més necessitat de recolzament i les activitats de cada àrea, amb objectius més rellevants. Posteriorment, a través del treball a les situacions s'avaluaran els objectius tenint en compte el nivell i la intensitat de suport.

En els primers contactes d'ingrés al centre, la família o tutors hauran de mantenir almenys una trobada amb el director tècnic on s'efectuarà una entrevista i s'omplirà el qüestionari del nou usuari, per tal de recollir les dades de la persona, a nivell d'habilitats, a nivell de diagnòstic de la discapacitat intel·lectual, a nivell de vivenda, família i condicions de vida, a nivell conductual i a nivell físic i de salut. Cada document i cada dada recollida en aquesta entrevista restarà localitzable per l'equip tècnic en el lloc més adequat pel bon funcionament del centre.

Per tal de determinar quins objectius o activitats vol fer un usuari durant l'any en cada situació, a principi de temporada es reunirà cada usuari amb el seu educador per definir el seu PSI que esdevé un pla de treball anual individualitzat.

El PSI en la seva primera part, permet mostrar quins objectius s'estan treballant durant l'any, repartits per àrees de suport i determinant a quina situació es treballarà cada un d'ells. Aquest pla de treball també permet avaluar al final de cada període laboral, els objectius que s'hagin estat treballant, de tal manera que al final del cinquè període laboral quedaran avaluats tots els objectius treballats. Per treballar un objectiu cal saber quin nivell de suport es necessita, per realitzar la tasca que comporta aquest; i la finalitat del nostre treball ha de contribuir a dotar a la persona de recursos per tal que es redueixi la necessitat de suport actual. Per tant en aquest instrument d'avaluació, queda reflectit per cada objectiu, el nivell de suport del que es parteix i el que es pretén aconseguir, també s'hi veu de forma clara, quins objectius estan assolits i quins no.

En la segona part, el PSI contempla un espai que esdevé un registre d'incidències, informacions psicopedagògiques, vivències i informacions de la persona.

Un altre instrument fonamental del centre són les graelles d'avaluació de situacions , que recullen per àrees de suport, tots els objectius treballables en cada situació. Aquestes graelles les utilitza l'educador responsable de situació per marcar-se, tenint en compte els PSI, quins són els objectius a treballar amb cada persona i poder consultar-los ràpidament, només mirant la graella corresponent a la situació. Aquesta graella permet avaluar el progressos de cada persona, quan acaba el treball del grup a la situació, al final d'un període laboral i posteriorment traspasar la informació al PSI i determinar quins objectius personals de l'individu s'han assolit i quins no.

Les graelles d'avaluació de situacions aniran en un paquet igual per cada grup, això no implica que tots els grups treballin els mateixos objectius, ja que no es treballen tots els objectius de la graella, es treballen els que es marquen, provinents dels PSI de cada noi. En el paquet de graelles de situació, trobem la graella de grup a través de la qual es treballen i s'avaluen les situacions d'organització de la jornada, de revisió de la jornada i d'assemblea i també s'avaluen de manera més superficial, les situacions de cursos formatius, d'activitats extraordinàries i d'oci, temps lliure i aficions. Al paquet trobem set graelles més corresponents a les situacions de productes propis, de manipulats, d'higienització de fonts d'interior, d'administració, d'encàrrecs i missatgeria, de cantina i de manteniment. La graella d'avaluació de la situació de menjador i les graelles d'avaluació de la situació d'activitats esportives , estaran excloses del paquet de graelles de situació per la seva diferència de format i perquè avaluen el treball de situacions que no es realitzen amb el grup propi.

Per tal de poder trobar claus per millorar certes conductes desadaptatives i conflictives que puguin sorgir en la vida diària del centre o en el treball de les situacions, utilitzarem instruments de registre com l'Scatter Plot , l'ABC , enregistrament videogràfic o altres que s'elaborin segons les necessitats.







Atès que, hem establert la necessitat de delimitar un perfil de suport individualitzat per cada usuari del centre, aplicarem un modern instrument anomenat Escala d'Intensitat de Suports (AAMR, 2004), instrument que actualment està en procés d'adaptació i validació a la població amb discapacitat intel·lectual de Catalunya, per part del grup de recerca Discapacitat i Qualitat de Vida: Aspectes Educatius. Aquest instrument d'avaluació ens proporcionarà informació que ajudarà a l'equip tècnic a entendre les necessitats de suport de les persones amb discapacitat intel·lectual. La passació d'aquesta escala ens dona directament el perfil de suports individuals de cada persona, que ens permet avaluar les necessitats de suports, determinar la intensitat d'aquests, controlar el progrés i avaluar els resultats.

Les nomenclatures que s'utilitzaran en el PSI i en les graelles d'avaluació de situacions són les següents:

- SG+** suport generalitzat alt
- SG** suport generalitzat
- SG-** suport generalitzat baix
- SE+** suport extens alt
- SE** suport extens

SE- suport extens baix
SL+ suport limitat alt
SL suport limitat
SL- suport limitat baix
SI+ suport intermitent alt
SI suport intermitent
SI- suport intermitent baix
SS sense suport
(apareixen endreçats de més a menys necessitat de suport)

SS / SL- / SE ... objectiu treballat fa més de tres anys

 objectiu treballat fa tres anys
 objectiu treballat fa dos anys
 objectiu treballat l'any anterior
 objectiu treballat actualment
 objectiu que no es treballa
 objectiu avaluat segons el general

(a les graelles d'avaluació de situacions, en alguns casos hi ha objectius més concrets que estan englobats per un de més general, aquests més concrets, quan tots requereixen el mateix nivell de suport que el general al que pertanyen, es poden avaluar segons aquest)

(A la graella de grup, dins el paquet de les graelles d'avaluació de situacions, trobarem exemples de com utilitzar aquesta nomenclatura)

7.2 Organització del centre

L'organització d'aquest CO, a nivell normatiu i a nivell de distribució de professionals i recursos, esdevé molt important per fer possible l'optimització del temps, l'eficàcia en el servei, la convivència al centre.

Primerament s'exposen els diferents punts del reglament de règim intern del centre, posteriorment s'acoten les àrees d'acció i les funcions dels diferents professionals i també es fa un aclariment sobre els recursos necessaris pel funcionament adequat del centre. Finalment es presenta un mètode d'avaluació del propi servei com a recurs de millora constant en l'organització d'aquest.

7.2.1 Reglament de règim intern

El present reglament afecte a tot el personal que presta els seus serveis al centre, així com els usuaris del mateix i els seus representants legals o de fet. Regula el funcionament general del CO, així com els drets i deures de les persones que hi intervenen.

7.2.1.1 Horari d'atenció

L'horari d'atenció als usuaris serà de quaranta hores setmanals, vint d'aquestes seran destinades a activitats d'ocupació terapèutica i les altres vint es destinaran a activitats d'ajust personal i social. (Decret 279/1987, del 27 d'agost) Les quaranta hores totals d'atenció aniran repartides de 9:00 a 17:00 hores de dilluns a divendres.

Dintre d'aquest horari, els usuaris tenen una hora per dinar, de 13:00 a 14:00 hores, i una hora de descans i oci, de 14:00 a 15:00 hores. Durant aquestes dues hores els usuaris queden atesos per un equip de monitors de menjador i l'equip tècnic queda alliberat d'atenció directa per dinar, per reunir-se, per programar i per avaluar. L'hora de dinar i l'hora de descans, així com l'estona d'esmorzar, entre d'altres activitats, seran considerades hores d'ajust personal i social. El servei de menjador serà prestat pel CO com a servei complementari, concertant els serveis a l'empresa especialitzada més adient. En tot cas els costos del càtering i del monitoratge de suport de les hores de dinar i de descans aniran a càrrec de l'usuari o del seu representant legal o de fet.

El CO restarà tancat per vacances, en funció del conveni de tallers de Catalunya, els següents dies:

- 30 dies naturals a l'any. I si no es diu el contrari, sempre serà a l'agost.
- 15 dies laborables que es regularan a principis d'any. I si no es diu el contrari, quedaran repartits entre els dies no festius de Nadal, Setmana Santa i els pons que ocasionen els dies de festa patronal i estatal.

L'horari d'atenció podrà modificar-se excepcionalment si les activitats ho requereixen (festes, sortides, viatges...). Sempre respectant les quaranta hores setmanals.

7.2.1.2 Criteris d'admissió de nous usuaris

Els requisits d'admissió d'un usuari al centre, tenint en compte la legislació vigent (Ordre 06/1992, del 28 de juliol) i afegint certs criteris i matisacions considerades oportunes pel centre, seran els següents:

1. Les places concertades seran ocupades únicament per les persones que hagin estat valorades i declarades per l'EVO.
2. Que l'usuari o el seu representant legal o de fet signi un contracte d'assistència amb l'entitat titular del centre.
3. Les sol·licituds es podran presentar pels interessats, però en tot cas haurà de figurar la conformitat del seu representant legal o de fet i per la pròpia entitat titular de la qual en depèn, les quals seran transmeses als òrgans de govern del centre.
4. L'equip tècnic del CO s'ha de comprometre a elaborar el PSI, anomenat PIR a la legislació, en un termini de trenta dies des de l'assignació de l'usuari. El PSI

fixarà les actuacions en les àrees d'ajustament personal i d'ocupació terapèutica, tenint en compte la personalitat de cada usuari i les seves capacitats, i serà supervisat pel Centre d'Atenció al Discapacitat (CAD) de la zona. Així mateix cada PSI haurà d'indicar la data de la seva revisió.

5. Facilitar tota la documentació i dades que el centre demana:

- a) DNI dels pares o tutor de l'usuari.
- b) Llibre de família.
- c) Targeta de la Seguretat Social.
- d) Certificat de discapacitat del CAD.
- e) Historial mèdic.
- f) Targeta rosa.
- g) Informació de les subvencions o beques que rebin.

6. Compromís per part de les famílies o els representants, en col·laborar amb el centre de cara a millorar la qualitat de vida de la persona. Es demana col·laboració, en l'entrevista d'ingrés de l'usuari al centre, en la complementació dels diferents informes i documents del centre, necessaris pel bon funcionament d'aquest i en les reunions anuals amb cada família que com a mínim, se'n farà una per temporada. També es demana participació i dinamització dins el procés de desenvolupament permanent de la persona, prenent part en certes activitats del centre i creant situacions riques en aprenentatges funcionals, alienes als límits infraestructurals i temporals del CO.

7. Abonament per part de l'usuari o els representants legals o de fet, de les quotes corresponents a serveis complementaris, activitats extraordinàries i vestuari de treball.

En tot cas, les places del CO son concertades per l'administració competent i a Catalunya queden a disposició de l'ICASS i únicament seran ocupades per les persones valorades per l'EVO i declarades com usuaris adequats per un CO. Les famílies, representants legals o interessats en l'ocupació d'una plaça hauran de presentar la seva sol·licitud a l'administració competent en l'assignació de places.

En el moment en que un usuari sigui admès al CO se li facilitarà el vestuari o roba de treball: tres jocs de pantalons i bata, per tal de no malmetre ni tacar la roba personal en realitzar les diferents tasques dins el centre.

7.2.1.3 Causes de baixa d'un usuari

Les baixes dels usuaris del centre es poden produir per una de les causes següents:

- Per trasllat definitiu de l'usuari a un altre centre de diferent tipologia: un centre d'atenció especialitzada o un CET.
- Per canvi de CO, amb l'informe favorable previ de l'EVO.
- Per baixa voluntària amb renúncia a la plaça.

- Per incompliment greu i reiterat de la normativa de convivència que s'exposarà posteriorment.
- Per la manca absoluta de col·laboració per part de la família o els representants legals amb el centre en aspectes primordials del desenvolupament de la qualitat de vida de l'usuari.

7.2.1.4 Drets i obligacions dels usuaris

És important que l'usuari conegui els drets i deures que té dins el centre. Els seus drets són els següents:

- A ser respectat en la seva intimitat, en la seva integritat física i moral i en les seves diferències com a ésser humà en els seus drets.
- A utilitzar les instal·lacions i material del centre, que haurà d'adaptar-se tant com sigui possible a les condicions personals amb les màximes garanties de seguretat.
- A rebre informació sobre els aspectes organitzatius i de funcionament del centre i conèixer el reglament de règim intern.
- A rebre una gratificació econòmica, entre 0? i 40?, en funció del propi rendiment de treball i dels incentius assolits per bona conducta o bona predisposició de treball.
- A conèixer i participar de l'elaboració del propi PSI.
- Els altres previstos segons la legislació vigent. (Decret 279/1987, del 27 d'agost)

Les seves obligacions són les següents:

- Respectar la dignitat i les funcions del personal d'atenció i de suport del centre, de la resta d'usuaris i dels seus representants legals o de fet, així com respectar les normes de convivència.
- Assistir regularment i de forma puntual a les activitats establertes, tot justificant les possibles absències.
- Participar i col·laborar en l'elaboració, el seguiment i la consecució del seu PSI, seguint les pautes que es puguin establir dins i fora del centre.
- Respectar el calendari de festes i vacances establert pel centre.
- Contribuir a finançar les despeses de les activitats extraordinàries, tant si es realitzen dins o fora del horari normal d'atenció, en el supòsit de que no estiguin subvencionades, o en la part que no ho estiguin.

7.2.1.5 Normativa de convivència

Aquesta normativa requereix ser adaptada en certes situacions, tenint en compte les necessitats de la persona, però cal que sigui coneguda i acceptada per les famílies i els usuaris del centre. La normativa es compon dels següents punts:

- Cal que tothom conegui i respecti l'horari.
- En el centre tots els nois i noies han d'anar amb la roba de treball.
- Mantenir sempre el respecte i les bones maneres amb les persones amb les que s'interactua.
- Respectar el mobiliari, material i espais del centre.
- Mostrar predisposició i col·laboració de cara a la feina i a les diferents tasques del centre.
- Actitud compromesa i oberta per part dels usuaris en prendre decisions i opinar per tal d'anar assolint els propis objectius i millorar així la seva qualitat de vida.

Evidentment l'equip tècnic del centre, facilitarà els suports i actuarà de manera adequada i conseqüent per tal que els usuaris coneguin la importància de respectar la normativa. Les faltes seran considerades com a lleus o greus:

- Faltes lleus:
 - De 5 a 10 faltes de puntualitat sense justificar durant un període d'un mes.
 - Incorrecció amb els companys.
 - La falta d'assistència al treball sense causa justificada més de 5 dies a l'any.
 - Negativa o indiferència davant del treball a realitzar.
- Faltes greus:
 - Més de 10 faltes de puntualitat en el període d'un mes.
 - La reincidència repetitiva de faltes lleus.
 - La falta d'assistència al lloc de treball, sense justificar, en un període superior a 20 dies de treball.
 - L'agressió física, verbal i material.

Les sancions seran imposades després d'una valoració de l'equip tècnic, però en un primer moment la persona haurà d'acudir al despatx, on firmarà amb el director tècnic la conformitat de falta greu o lleu. Les sancions màximes que es podran imposar, seran les següents:

- Per falta lleu:
Amonestació per escrit i que s'haurà de retornar signada pels pares o tutors i una sanció econòmica de 40 cèntims d'euro, que s'aplicarà a la gratificació mensual que percep l'usuari.

- Per falta greu:

Amonestació per escrit a retornar signada pels pares o tutors, suspensió de les activitats que es cregui convenient durant un màxim de cinc dies i una sanció econòmica de 60 cèntims d'euro, que s'aplicarà a la gratificació mensual que percep l'usuari.

Per la reincidència continuada de faltes greus es proposarà a l'ICASS la baixa en el centre. En tots els casos la comunicació amb els pares o tutors serà immediata i continuada.

7.2.2 Equip professional i funcions

L'equip tècnic del centre està format per tots els professionals del centre que atenen als usuaris de forma directa o indirecta. En concret el formen:

- Director tècnic
- Psicòleg, Pedagóg o Psicopedagóg
- Assistent social
- Educadors
- Auxiliars d'educador

Es reuneix una vegada a la setmana de forma ordinària i quan ho determini el director tècnic, en caràcter extraordinari. Les seves funcions són:

- Confecció, avaluació i seguiment dels PSI.
- Seguiment del funcionament general de centre detectant incidències i fent propostes de millora.
- Elaboració de les propostes d'actuació en cadascuna de les dues àrees que preveu l'STO.
- Programació, seguiment i avaluació de les activitats que es realitzen al centre.
- Analitzar i establir criteris i acords de funcionament en la dinàmica diària.
- Vetllar per la coordinació entre els diferents professionals.

A part de l'equip tècnic també cal comptar amb un mínim de personal de suport, ja sigui permanent o de contractació temporal: personal d'administració, de manteniment, de neteja i personal especialitzat en atenció directa quan es consideri necessari.

Tenint en compte que el disseny d'aquest servei s'estructura per atendre un nombre de quaranta usuaris, el concert econòmic que ofereix l'administració segons els barems actuals, permet formar un equip tècnic amb: un psicòleg, pedagog o psicopedagóg contractat a jornada completa i assumint les tasques de director tècnic, un assistent social contractat a mitja jornada, cinc educadors contractats a jornada completa i el nombre d'auxiliars aniria en funció del nombre d'usuaris amb necessitat d'un recolzament auxiliar. (Ordre del 21 de gener de 1999)

7.2.2.1 Direcció tècnica

El director tècnic és la persona que té la màxima responsabilitat tècnica i qui ha de vetllar, principalment, pel bon funcionament global en coherència amb l'estil definit en el projecte de centre. Serà el responsable de l'organització de les actuacions tècniques de conformitat amb els objectius del centre.

Les funcions del director en relació a l'equip tècnic seran les següents:

- Executar els programes i/o indicacions rebudes des de gerència o els òrgans gestors de l'associació.
- Vetllar perquè la circulació d'informació entre els diferents components de l'equip tècnic es produeixi de forma fluida i pels canals adequats.
- Detectar les necessitats físiques i de manteniment del centre cursant les sol·licituds pertinents.
- Participar en la gestió dels recursos humans.
- Coordinar i supervisar l'actuació del personal d'atenció directa.
- Dirigir la dinàmica de les reunions de l'equip tècnic.
- Dirigir les sessions amb l'equip tècnic per a l'estudi, confecció, seguiment i avaluació dels PSI.
- Supervisar l'execució dels programes, així com comprovar l'eficàcia i qualitat en la prestació dels serveis tècnics.
- Col·laborar amb tots els professionals del centre per tal que l'atenció als usuaris es realitzi d'una manera integral. Assegurant el desenvolupament d'un PSI adequat a les característiques i necessitats de cada usuari.
- Determinar les altes dels usuaris d'acord amb les condicions d'admissió.
- Confeccionar i modificar, si és necessari, l'horari setmanal dels professionals

Les funcions del director en relació a les famílies seran:

- Vetllar perquè les famílies tinguin una informació suficient del funcionament general del centre i atendre les seves demandes.
- Assegurar la informació a les famílies sobre el seguiment i evolució dels usuaris en el centre en relació al seu PSI.
- Assegurar que s'acordi i consensui, en la mesura del possible, una línia d'actuació educativa comuna envers la persona.

Les funcions del director en relació als especialistes i professionals externs seran:

- Assegurar que rebin la informació necessària per dur a terme les seves funcions i tasques amb eficàcia.
- Obtenir la informació que es derivi de la seva especialitat i fer-la arribar a la resta de professionals que correspongui.
- Mantenir relacions amb algun possible CET per tal d'afavorir la integració dels usuaris:
 - * Indicant les feines mes adients.
 - * Estudiant les possibilitats de pas al CET i coordinant l'adaptació de l'usuari a aquest servei.
 - * Buscant la participació dels usuaris del CO, en les activitats complementàries.

ries realitzades pel programa del CET, amb els usuaris d'aquest servei (esport, lleure, etc.).

- Establir una dinàmica de treball coordinat amb altres serveis on estigui atès l'usuari (habitatge, centre d'oci i lleure...).
- Establir una comunicació eficaç amb altres serveis en casos de derivacions en un sentit o altre.
- Mantenir el contacte amb altres professionals o institucions del sector, per tasques de coordinació, investigació, formació, intercanvi d'experiències, etc.

Les funcions del director com a psicòleg, pedagog o psicopedagog seran:

- Orientar i supervisar als membres de l'equip en l'elaboració, el seguiment i la avaluació dels PSI.
- Orientar als educadors respecte a l'aplicació dels programes: determinació dels horaris, activitats, material i metodologia.
- Donar assessorament i suport als educadors, facilitar els recursos tècnics a l'abast, així com fomentar la seva formació i reciclatge.
- Mantenir reunions, amb la periodicitat establerta, amb els membres de l'equip, per tal de:
 - * Valorar el seguiment dels programes.
 - * Intercanviar informació dels incidents rellevants que puguin haver hi.
- Mantenir reunions amb l'assistent social per tal de:
 - * Preparar les entrevistes familiars, a fer conjuntament o per separat.
 - * Col·laborar conjuntament en l'organització de xerrades o activitats interessants per el col·lectiu de famílies.
 - * Estudiar les possibilitats de realitzar activitats d'ajust personal i social, externes al centre (lleure, esport, culturals...).
- Mantenir entrevistes amb les famílies dels usuaris per tal de:
 - * Recollir informació de l'usuari i del seu entorn.
 - * Orientar i donar suport.
 - * Donar pautes per a treballar aspectes del PSI: informar de l'evolució dels usuaris i del funcionament del centre.
- Elaborar els informes psicopedagògics dels usuaris que puguin demanar altres professionals.

7.2.2.2 Assistent social

L'assistent social és el professional de referència en els aspectes i recursos socials en relació als usuaris i famílies.

Les seves funcions són les següents:

- Fer l'entrevista d'ingrés de l'usuari amb les famílies (amb el suport del director tècnic):
 - * Recollir les demandes d'ingrés.
 - * Passar el qüestionari del nou usuari, a la persona i a la família.
 - * Explicar el funcionament general i característiques del centre (aquesta informació pot ser ampliada per altres professionals en posteriors entrevistes).

- Recopilar dades de l'entorn socio-familiar del subjecte i la documentació necessària tenint en compte el reglament de règim intern.
- Elaborar un dossier amb la història social del individu, on s'hi guardaran: la documentació sol·licitada, el qüestionari del nou usuari i altres aspectes de seguiment.
- Aportar a l'equip tota aquella informació de caire socio-familiar d'interès per tal d'oferir una bona atenció als usuaris.
- Col·laborar i coordinar-se amb la resta de l'equip, per tal de donar una atenció adequada a les famílies dels usuaris.
- Atendre les famílies dels usuaris oferint la informació i suport que necessitin.
- Atendre les derivacions que l'equip li pugui fer en relació a demandes familiars que impliquin la utilització de recursos socials.
- Tenir coneixement dels recursos socials, institucionals, econòmics d'altres professionals, etc., del sector per poder assessorar, informar i orientar socialment les famílies.
- Buscar i potenciar els recursos necessaris pel benestar social dels usuaris.
- Fer estudis de previsió de necessitats futures d'atenció a les persones amb discapacitat.
- Mantenir reunions amb el psicòleg, pedagog o psicopedagog per tal de:
 - Preparar entrevistes familiars, a fer conjuntament o per separat.
 - Col·laborar conjuntament a l'organització de xerrades o activitats interessants pel col·lectiu de famílies.
 - Estudiar les possibilitats de realitzar activitats d'ajust personal i social (de lleure, esportives, culturals, residencials, etc.) i planificar les.
- Participació en les reunions setmanals de l'equip tècnic i elaboració de les actes.

7.2.2.3 Educador

L'educador és el professional que treballa la major part del temps en l'atenció directa de l'usuari i du a la pràctica el PSI establert.

Les seves funcions són les següents:

- Contribuir a la recollida de dades per completar la valoració, amb l'observació directa dels usuaris.
- Col·laborar amb la resta de l'equip en l'elaboració dels PSI.
- Portar a la pràctica els programes, sota la supervisió del director tècnic del centre, respectant els horaris marcats i realitzant les activitats establertes. Els canvis que es puguin produir en les programacions s'hauran de consultar amb el director tècnic.
- Planificar, organitzar i realitzar les activitats per tal de desenvolupar els programes.
- Realitzar un control i seguiment de l'aprofitament d'aquestes activitats, així com de l'assoliment dels objectius i informar dels resultats a la resta de l'equip.
- Reunir-se amb la resta de l'equip, assistir i participar en les reunions a les que sigui convocat pel director tècnic.
- Seguir les pautes que s'hagin determinat conjuntament amb el director tècnic en quant a la relació diària amb els usuaris.
- Donar a conèixer a l'usuari el reglament de règim intern
- Vetllar pel funcionament del grup d'usuaris al seu càrrec, procurant la màxima

integració i adaptació de cadascun, essent el responsable directe d'ells.

- Atendre les primeres cures dels usuaris al seu càrrec, en cas de petits accidents i determinar d'immediat quan és necessari portar-lo a un centre, ambulatori o hospitalari.
- Fer el control de les tasques i activitats pròpies de la situació de la qual n'és responsable.
- Mantenir l'espai de treball en les condicions òptimes per a la correcta execució dels PSI i responsabilitzar-se de tot tipus de material al seu càrrec.
- Coordinar-se amb el director tècnic per estructurar les reunions de seguiment amb la família de l'usuari.

7.2.2.4 Auxiliar d'educador

L'auxiliar d'educador és la persona que dona suport a l'educador en les diferents situacions, exerceix funcions d'ajut i control. L'auxiliar dona suport sobretot en aquelles situacions que desenvolupen aquells grups on hi ha els usuaris que tenen assignat un recolzament auxiliar, però la seva intervenció s'ha d'incloure en la dinàmica de tot el grup que participa de l'activitat i en el marc més ampli de tot el centre.

Les funcions de l'auxiliar són les següents:

- Col·laborar en les tasques que impliquen les funcions que té assignades l'educador al qual dona suport en cada moment.
- Coresponsabilitzar-se d'un grup donant suport amb les tasques de grup a l'educador responsable del grup.

7.2.3 Recursos necessaris

Quan a recursos materials, l'edifici on s'ubiqués el CO hauria de comptar amb tres tallers o sales de teràpia ocupacional (una per treballs de manipulats, una per higienització de fonts d'oficina i una per elaboració de productes propis), una sala de manteniment, una sala d'administració amb el material corresponent, un despatx-sala d'educadors, una cuina amb barra de bar, un menjador, una sala d'oci (amb televisió, dvd, jocs, premsa, revistes, algun ordenador per jugar...) dos vestuaris amb les taquilles personals i tres lavabos, un d'ells adaptat. La distribució ha de complir tots els requisits de condicionament acústic i d'il·luminació.

Els professionals del centre seran els encarregats de sol·licitar o confeccionar el mobiliari adequat, així com aquells recursos materials pertinents (tacs a les superfícies de treball per posar el registre recte, manuals de guia per les activitats, formació en algunes situacions, adaptacions en el mobiliari per millorar l'ergonomia en casos necessaris, adaptació de materials en casos de dèficits sensorials...).

Quan a recursos humans cal dir que la ràtio del centre és de 1/8, per tant, com ja s'ha comentat anteriorment, per atendre a un col·lectiu de quaranta usuaris hi ha cinc educadors, un psicopedagog que també assumeix la direcció del centre, l'assistent social vint hores setmanals i els auxiliars assignats segons el número d'usuaris atesos que requereixi-

xin un recolzament auxiliar. També es tenen en compte vint hores setmanals d'administració. (Ordre del 21 de gener de 1999)

Els professionals d'atenció directa del centre (auxiliars i educadors) es guien per un horari setmanal que determina on han d'estar a cada moment del dia. Es procurarà sempre, per una millor atenció als usuaris, que entre els professionals d'atenció directe es respecti la paritat educador/educadora.

Com a recurs funcional, a final de temporada s'elabora una memòria anual que avalua el rendiment del centre a nivell econòmic, psicopedagògic, laboral i de serveis que s'ofereixen.

Aquesta memòria ha d'esdevenir un recurs fonamental com a instrument de millora d'una temporada a la següent, per tal de millorar revisant la feina ja realitzada i així cada vegada donar més qualitat de servei, afavorint la qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual.

7.2.4 Avaluació del centre

Per tal d'intentar millorar any rera any en l'acció socio-educativa i en la qualitat del servei, l'equip tècnic, a la reunió de finalització de temporada, elaborarà i valorarà la memòria anual, per tal d'avaluar el rendiment del centre i tenir en compte les conclusions extretes de cara a la reunió d'inici de temporada, moment en que es programa l'any.

La part econòmica de la memòria correrà a càrrec del director tècnic o del gerent. Els serveis que s'ofereixen i els nivells psicopedagògic i laboral, per la seva correcta avaluació, fan necessària la participació de tot l'equip tècnic.

La revisió del marc teòric la portarà a terme el director tècnic, per analitzar els fonaments del servei a través del sedàs de la temporada viscuda i per relacionar els postulats teòrics amb noves publicacions. Posteriorment a la reunió de finalització de temporada el director exposarà les conclusions extretes i es debatran aspectes a modificar.

Per avaluar els objectius del CO es portarà a terme una reflexió en equip sobre l'efectivitat del servei en la consecució d'aquests. Prèviament el director haurà elaborat un recull d'alguns objectius pertanyents als plans de treball de la temporada acabada, objectius concrets dels diferents nois, que responguin directament a la consecució dels objectius més generals de centre. Posteriorment es dialogarà sobre com poder millorar en el treball d'aquests objectius operatius recollits, per tal d'anar assolint, cada vegada en més aspectes, les finalitats del centre

Per avaluar el marc pràctic del centre cal tenir en compte les situacions, les activitats, les accions dels educadors, els suports cap a l'usuari, el programa d'intervenció, el reglament de règim intern i la seva aplicació. El model d'intervenció està pensat per contribuir en la millora de la qualitat de vida dels usuaris, per tant una manera d'avaluar aquests aspectes, seria l'aplicació d'un model mixt d'avaluació de la qualitat de vida en CO (FEAPS, pen-

dent de publicació), un instrument molt complert que implica la participació d'usuaris i professionals. A posteriori l'equip tècnic comentarà els punts forts i febles de l'avaluació del marc pràctic i es sentaran noves bases per tal d'iniciar processos de canvi i millora.

L'avaluació de l'equip tècnic, a nivell psicopedagògic, quedarà resolta amb la passació i posterior reflexió, dels resultats del model mixt d'avaluació de la qualitat de vida esmentat anteriorment; per altra banda, a nivell de relacions de feina i clima social, cada educador omplirà el qüestionari Filmon, per posar a sobre la taula possibles conflictes i poder-ne parlar.

A les reunions de finalització i inici de temporada, es tindran en compte les valoracions que fan els nois: de les situacions, al final de cada període laboral i del centre, a final de temporada, a través de diversos qüestionaris adaptats.

L'enriquiment professional, fruit de la confecció comuna i reflexió dels diferents aspectes de la memòria anual, ha de servir per efectuar millores rellevants en les noves aportacions que es realitzin i programin en la reunió d'inici de temporada, on es distribuiran els grups, les situacions i les activitats i es redefinirà el model d'intervenció en funció de les noves necessitats. Les ganes constants de millorar faran autoqüestionar-nos el funcionament del centre i arrodonir-ne els majors aspectes possibles, oferint més bon servei fent així, que millori la qualitat de vida de les persones.

8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Bibliografia de referència

AAMR American Association on Mental Retardation. (1992). *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports*. (9^a ed.)

AAMR American Association on Mental Retardation. (1993). *Adaptive Behavior Scale-Residential and Community*. (2^a ed.). Austin: Pro-ed

AAMR American Association on Mental Retardation. (2002). *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports*. (10^a ed.).

AAMR American Association on Mental Retardation. (2004). *Support Intensity Scale*.

AAMR American Association on Mental Retardation. *Conceptualization and measurement*, (pp. 123-139).

Auriol i Lebout. (1992). *Resum i apunts sobre l'acompanyament social. Curs de formació sobre l'educador acompanyant*. Organitzat a Barcelona pel CO Bogatell

Font, J. (2003). *Resum i apunts sobre el manual '02. Curs de formació sobre la nova definició del retard mental*. Organitzat a Barcelona per APPS

Font, J. i Giné, C. (2003). *Aportacions de la nova definició del retard mental. Manuales de Buena Práctica FEAPS [CD ROM]*. (2001). Versió per Windows. Madrid: FEAPS

Model d'atenció diürna per a persones amb discapacitat intel·lectual [CD ROM]. (2003). Versió per Windows. Barcelona: APPS

Planella, J. (2003). *Acompañamiento social de la persona: reflexiones sobre un proceso*. Revista de Treball Social, (n. 169), pp. 3-16

Schalock, R. (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*. Washington: American Association on Mental Retardation

Schalock, R. (1996). *Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. Quality of life: Vol. 1*. En Schalock, R. (ed.)

Schalock, R. i Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial

Servicios i Calidad de vida para las Personas con Discapacidad Intelectual [CD ROM]. (Pendent de publicació). Versió per Windows. Madrid: FEAPS

Verdugo, M.A. (2003). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la AAMR de 2002*. Siglo Cero, vol. 34(1) (n. 205), pp. 5-19

Vert, S. (cord.) (2004). *Il·lusiona't! T'ajudarem*. Barcelona: Icària Editorial

Bibliografia de consulta

Castresana, H. (2001). *El proceso de mejora de un Centro Ocupacional (una práctica de investigación-acción)*. Siglo Cero, vol. 32(5) (n. 197), pp. 15-33

Codi deontològic dels professionals de centres i serveis de la federació APPS [CD ROM]. (2003). Versió per Windows. Barcelona: APPS

Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya (1998). *Pla d'inserció socio-laboral de les persones amb discapacitat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya

Font, J. (2003). *Autodeterminació i aprenentatge en alumnes amb discapacitat intel·lectual*.

Curs de formació sobre la nova definició del retard mental, organitzat a Barcelona per APPS

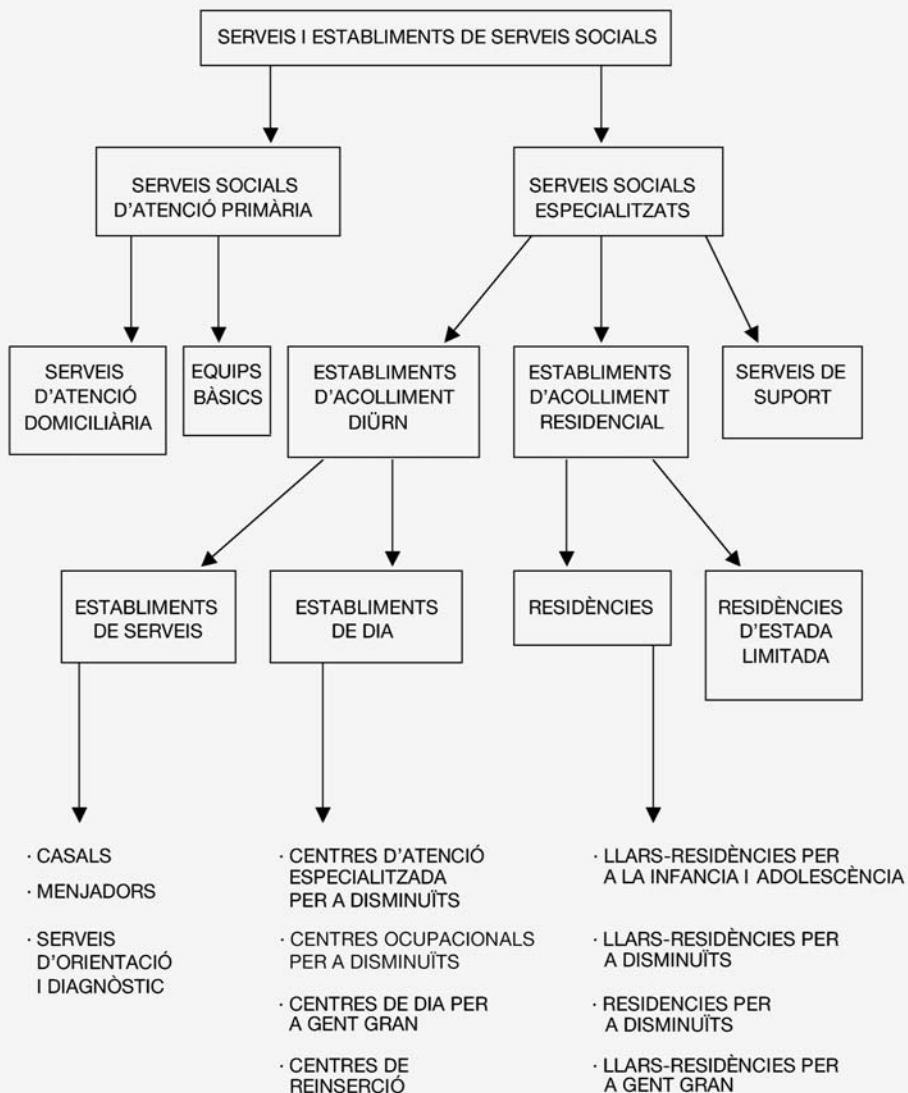
Giné, C. (2002). *Proposta d'una nova definició de retard mental: definició, classificació i sistemes de suport*. Suports, vol. 6 (n. 1), pp. 92-96

Jornada de reflexió: Vers un model d'atenció diürna. (2003). *Present i futur dels serveis de CAE, CO i SCAPS [CD ROM]*. Versió per Windows. Barcelona: APPS

Vert, S. (cord.) (1999). *Programa d'intervenció en habilitats adaptatives del Centre Ocupacional Bogatell*. Barcelona: Icària Editorial

9. ANNEXES

Annex 1



Annex 2

Nombre:

Año:

	7-11-00	8-11-00	9-11-00	10-11-00	11-11-00	12-11-00	13-11-00	14-11-00	15-11-00	16-11-00	17-11-00	18-11-00	19-11-00	20-11-00	21-11-00	22-11-00	23-11-00	24-11-00	25-11-00	26-11-00	27-11-00	28-11-00	29-11-00	30-11-00	1-12-00	2-12-00	3-12-00	4-12-00	5-12-00	6-12-00	7-12-00	
	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	
0:00																																
0:30																																
1:00																																
1:30																																
2:00																																
2:30																																
3:00																																
3:30																																
4:00																																
4:30																																
5:00																																
5:30																																
6:00																																
6:30																																
7:00																																
7:30																																
8:00																																
8:30																																
9:00																																
9:30																																
10:00																																
10:30																																
11:00																																
11:30																																
12:00																																
12:30																																
13:00																																
13:30																																
14:00																																
14:30																																
15:00																																
15:30																																
16:00																																
16:30																																
17:00																																
17:30																																
18:00																																
18:30																																
19:00																																
19:30																																
20:00																																
20:30																																
21:00																																
21:30																																
22:00																																
22:30																																
23:00																																
23:30																																

Annex 3

ABC

ANOTAR DETALLADAMENT EL QUE HA PASSAT:

DIA I HORA	ABANS DE LA CONDUCTA	DURANT LA CONDUCTA	DESPRÉS DE LA CONDUCTA

Annex 4

QÜESTIONARI "FILMON" SOBRE EL NIVELL DE DESENVOLUPAMENT DE L'EQUIP

MISIÓ		
Poc coneguda	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Coneguda i assumida per tothom
Es perd temps i energia en diferents direccions	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Les energies de tots es dirigeixen a aconseguir la missió
CONFLICTE DE ROLS		
No es coneix qui fa que	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tot el món sap que ha de fer
COMPARTIR LA INFORMACIÓ		
Crec que hi ha persones que es guarden la informació	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tots comparteixen informació amb tots
LIDERATGE		
Imposa en tot moment	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Compartit i participatiu
PRESA DE DECISSIONS		
Si no s'espitja les decisions no es realitzen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Es posa en pràctica i tots es recolzen
COMUNICACIÓ		
Tancada, no es pot expressar	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tots poden expressar la seva opinió lliurement
No s'escolta habitualment als membres	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Totes les opinions són escoltades i es tenen en compte
CONFLICTES		
Es passen per alt, se'ls hi treu importància o s'amaguen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Es confronten i serveixen pel creixement de l'equip
RECURSOS		
No s'utilitzen les capacitats i energies	1 2 3 4 5 6 7 8 9	S'utilitzen i es potencien les capacitats i energies
RECOLÇAMENT		
Cadascun va al seu aire	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Hi ha recolçament i alentament mutu entre els membres
CONFIANÇA		
Molta confiança	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Molta confiança

Annex 5

QÜESTIONARI DEL NOU USUARI

Data de l'entrevista:
Persones que intervenen:
Centre de procedència:

DADES PERSONALS	
Nom:	
1r Cognom:	
2n Cognom:	
Població:	Codi postal:
Província:	Data naixement:
Nom del pare:	D.N.I.:
Nom de la mare:	Nº Seguretat Social:
Té germans ? (noms per ordre cronològic):	
Telèfon domicili:	
Altres telèfons d'urgència:	

ANTECEDENTS EDUCATIUS I EVOLUCIÓ PERSONAL
Quines són les expectatives educatives o laborals?

DIMENSÍO I: HABILITATS INTEL·LECTUALS			
Valoració actual: %	Test utilitzat:	Data:	
Diagnòstic: (tenir en compte nivell i patologies associades)			

DIMENSÍO II: CONDUCTA ADAPTATIVA			
ÀREES DE SUPORT			
DESENVOLUPAMENT HUMÀ	Capacitats	Limitacions	Observacions
És hàbil manipulant objectes petits			
És hàbil manipulant objectes grans			
Identifica icones (WC, prohibit fumar..)			
Raona sobre fets concrets			
Raona sobre fets abstractes			
Sap planificar-se el temps			
És capaç de memoritzar petits conceptes			
Té iniciativa			
Expressa experiències personals			
Manifesta si està alegre o trist			
ENSENYAMENT I EDUCACIÓ	Capacitats	Limitacions	Observacions
Sap llegir			
Sap escriure			
Coneix la numeració			
Coneix el valor dels diners			
Sap utilitzar els diners			
Participa en les decisions educatives			
Resol problemes reals estratègicament			

VIDA A LA LLAR	Capacitats	Limitacions	Observacions
Sap utilitzar el WC			
Sap rentar-se les mans, la cara			
Es dutxa correctament			
Té cura de la seva imatge personal			
Es vesteix i es despulla			
Sap preparar-se menjars senzills			
Realitza petites tasques domèstiques			
Sap fer funcionar electrodomèstics			
VIDA COMUNITÀRIA	Capacitats	Limitacions	Observacions
Coneix el barri o poble on viu			
Utilització dels transports públics			
Participar en activitats a la comunitat			
Utilitzar els serveis públics			
Coneix les normes de seguretat vial			
TREBALL	Capacitats	Limitacions	Observacions
Segueix instruccions			
Sap organitzar-se la feina			
Aprèn amb facilitat petites rutines laborals			
És constant			
Té cura del material que utilitza			
Demana ajuda si li cal			
SALUT I SEGURETAT	Capacitats	Limitacions	Observacions
Expressa necessitats bàsiques			
Reacciona davant pèrdua			
Reacciona davant dificultats			
És prudent			
Coneix les seves necessitats de salut			
CONDUCTUAL	Capacitats	Limitacions	Observacions
Es comporta adequadament (lloc, persona)			
Controla els seus impulsos			
Té un comportament socioefectiu adequat			
Respecte els altres i l'entorn			
Respecte normatives			
Resol els conflictes adequadament			
Sap acceptar els errors			
SOCIAL	Capacitats	Limitacions	Observacions
Manté relacions d'amistat			
Manté converses			
Inicia i manté interaccions amb els altres			
Té aficions			
És educat			
Ajuda i s'interessa pels altres			
PROTECCIÓ I DEFENSA	Capacitats	Limitacions	Observacions
Realitza eleccions i pren decisions			
Sap gestionar la seva economia			
Coneix els seus drets			
Manté la seva privacitat			

DIMENSIÓ III: PARTICIPACIÓ, INTERACCIONS I ROLS SOCIALS

Tipus de comunicació:

- cap
 gestos
 signes
 símbols
 parla
 altres: _____

Llengua:

- Català
 Castellà
 Altres: _____

Sistemes alternatius de comunicació:

Participa en activitats d'oci dins la comunitat?
Quines? I quins rols assumeix?

Té amics?
Quins?

DIMENSIÓ IV: SALUT**SALUT FÍSICA**

Limitacions físiques i sensorials:

- Visió:
 Audició:
 Mobilitat:
 Epilèpsia:

Malalties:

- cor:
 ronyó:
 estómac:
 fetge:
 pulmons:
 circulació:
 altres:

Al·lèrgies:

Diètes:

- hiposòdica
 hipocalòrica
 diabètica
 altres

Aspectes a tenir en compte en l'alimentació (aliments permesos i no permesos):

SALUT MENTAL

Trastorns associats a la discapacitat:

Com és el seu caràcter:

- sociable
 aïllat
 amable
 content
 trist
 empàtic

Com és la seva conducta:

- col·laboradora
 fuguista
 cleptòmana
 agressiva
- amb objectes
 amb les persones
 amb ell mateix

Accepta els canvis?

Quines són les seves expressions emocionals?

Controla les seves emocions?

És capaç de relaxar-se i manifestar-se correctament?

Se'l veu satisfet? És feliç? Ho demostra?

MEDICACIÓ

Nom del medicament	Mati	Migdia	Tarda	Nit	Observació
--------------------	------	--------	-------	-----	------------

MEDICACIÓ					
Nom del medicament	Mati	Migdia	Tarda	Nit	Observació
Altres aspectes a tenir en compte:					
ALTRES OBSERVACIONS DE SALUT					

DIMENSIÓ V: CONTEXTOS	
MICROSISTEMA	
Genograma:	Aspectes familiars a destacar:
Residència:	
<input type="checkbox"/> nucli familiar	<input type="checkbox"/> serveis residencials: _____
Condicions econòmiques:	
<input type="checkbox"/> bones	<input type="checkbox"/> suficients <input type="checkbox"/> difícils
MESOSISTEMA	
L'entorn laboral o ocupacional és favorable per la persona?	
L'entorn veïnal i de barri és favorable per la persona?	
Les activitats d'oci on participa són favorables per la persona?	
MACROSISTEMA	
Ajuts econòmics rebuts	
Incapacitació i tutela:	

ALTRES ASPECTE IMPORTANTS A DESTACAR

Annex 6

PLA DE SUPORTS INDIVIDUAL

Nom usuari:	Data naixement:
Data entrada centre:	Servei:
Data de fe laboració:	Temporada:
Data de revisió:	Persona que ho revisa:
Relació persones que intervenen:	

DIAGNÒSTIC:	Grau de discapacitat:
INTERESSOS PERSONALS EXPRESSATS PER L'USUARI:	

ÀREES AMB MÉS NECESSITAT DE SUPORT: <input type="checkbox"/> Desenvolupament humà <input type="checkbox"/> Educació i ensenyament <input type="checkbox"/> Vida a la llar <input type="checkbox"/> Vida comunitària	<input type="checkbox"/> Treball <input type="checkbox"/> Salut i Seguretat <input type="checkbox"/> Conductual <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Protecció i defensa
---	--

TIPUS DE COMUNICACIÓ:	Llengua parlada:
-----------------------	------------------

LIMITACIONS FÍSQUES I SENSORIALS:

MALALTIES:

ESTRUCTURA FAMILIAR:	ASPECTES SOCIALS I/O COMUNITARIS:
----------------------	-----------------------------------

PLA DE TREBALL ANUAL

Àrees de suport	Descripció de objectiu	Situacions i /o activitats de suport	Necessitat actual	Objectiu a assolir	Període laboral					Obj ok	
					1	2	3	4	5		
Desenvolupament humà											
Educació i Ensenyament											
Vida a la llar											
Vida comunitària											
Treball											

Annex 7

ÀREES DE SUPORT	GRAELLA DE GRUP	període laboral:		temporada:		grup:				
	Professionals que intervenen en la situació:									
	AVALUACIÓ USUARIS									
OBJECTIUS OPERATIUS										
	s	i	u	v	w	x	y	z		
Desenvolupament humà	1- Conèixer el seu propi cos	SE	SG-	SS	SS	SE	SE+	SS	SE-	
	2- Mantenir la postura adient en activitats orals	SE-	SE	SI-	SS	SL+	SE	SS	SI	
	a- Parlar amb el to de veu correcte	SE+	U,U	SS	U,U	SE	U,U	U,U	SI-	
	b- Mantenir la distància adient	SL	U,U	SS	U,U	SL+	U,U	U,U	SI-	
	c- Mirar a l'interlocutor	SL+	U,U	SI+	U,U	SL	U,U	U,U	SS	
	3- Expressar experiències personals (aspectes propis)	SL-	SG+	SI	SS	SS		SS	SI+	
	4- Expressar l'estat emocional	SI+	SG	SL-	SS	SI+	SG	SS	SL-	
	a- Alegria	U,U	SG+	U,U	U,U	SS	SG+	U,U	SI+	
	b- Tristesa	U,U	SG-	U,U	U,U	SL	SG-	U,U	SL	
	5- Tenir sentit de l'humor	SG-	SE	SI+	SS	SS	SL	SS	SE	
	6- Tenir iniciativa pròpia	SI	SE+	SI	SS	SL-	SG	SS	SL-	
	7- Reconèixer sentiments	SL-	SE	SL-	SI	SI	SE+	SS	SL+	
	8- Sentir-se necessari i útil	SI+	SE-	SS	SS	SL	SE	SS	SL-	
	9- Saber la importància d'allò que fa	SI	SE	SS	SS	SL	SE	SI	SL-	
	10- Ser autònom en l'activitat a realitzar	SI-		SS	SS	SE+		SS	SL	
	11- Memoritzar									
a- L'horari o una part de l'horari										
b- La quantitat d'activitats incloses en les situacions										
12- Seguir un horari										
13- Utilitzar el calendari										
14- Utilitzar el rellotge										
15- Utilitzar l'agenda										
16- Tenir previsió i planificar-se										
Educació i ensenyament	1- Expressar eleccions i preferències									
	a- D'activitats a realitzar									
	b- D'objectius a treballar									
	c- D'interessos personals									
	2- Participar en l'elaboració del seu PSI									
	AVALUACIÓ USUARIS									
	OBJECTIUS OPERATIUS									
	3- Conèixer i plantejar temes									
	a- D'interès personal									
	b- D'actualitat									
	c- D'interès per tot el grup									
	4- Demanar opinions									
	5- Opinar									
	6- Respondre preguntes									
	7- Llegir									
a- Nom propi										
b- Paraules conegudes										
c- Frases curtes										
d- Llegir cartes i notificacions										
e- Llegir una carta o notícia en veu alta										
f- Comprensió del text										
8- Escriure										
a- Nom propi										
b- Paraules conegudes										
c- Petites frases										
d- Textos i redaccions										
e- Anotacions a l'agenda										
9- Utilitzar la numeració										
a- Reconeixement										
b- Lectura										
c- Concepte i utilització										
10- Utilitzar la calculadora per l'economia personal										
11- Reconèixer imatges										
12- Utilitzar recursos										
13- Seguir instruccions escrites										
14- Utilitzar registres en comunicació escrita										
15- Coneixer el medi natural i fenòmens										

	15- Coneixer el medi natural i tenòmens																			
	16- Apuntar-se als cursos formatius																			
	OBJECTIUS OPERATIUS																			
Vida a la llar	1-Rentar-se																			
	a- Les mans																			
	-Abans de començar a treballar si és necessari																			
	-Després de treballar																			
	-Després d'anar al wc																			
	b- La cara																			
	-Abans de començar a treballar si és necessari																			
	-Després de treballar si és necessari																			
	2-Dutxar-se si és necessari																			
	a-Respectar l'espai al fer-ho																			
	b-Preservar la intimitat																			
	3-Pantinar-se si és necessari																			
	4-Controlar els esfinters																			
	5-Fer un ús adequat del wc																			
	a-Tancar la porta																			
	b-Obrir la llum																			
	c-Baixar-se els pantalons i les calces o els calçotets																			
d-Seure adequadament al wc																				
e-Fer les necessitats dins el wc																				
f-Agarar el paper higiènic necessari i doblegar-lo bé																				
g-Eixugar-se																				
h-Tirar el paper higiènic dins el wc																				
i-Pujar-se les calces o els calçotets i els pantalons																				
j-Tirar la cadena																				
k-Netejar el wc si es necessari																				
l-Baixar la tapa del wc																				
m-Tancar el llum i la porta																				
6-Tenir cura de la higiene intima																				
a-Canviar-se la compresa abans de posar-se a treballar																				
b-Utilització de desodorants																				
OBJECTIUS OPERATIUS																				
7-Posar-se i treure's la roba de treballar																				
a-Al començar la jornada																				
b-Al finalitzar la jornada																				
8-Tenir consciència de la pròpia imatge																				
9-Ser conscient de l'estat de la muda de treball																				
a-Si està mullat, posar-lo a eixugar																				
b-Si està brut o tacat, posar-lo en una bossa per portar a casa o netejar-lo																				
10-Vestir-se en funció de les circumstàncies																				
a-Segons l'activitat a realitzar (esport, quedar amb els amics...)																				
b-Segons el temps (si fa fred, calor, si plou...)																				
Vida comunitària	1-Utilitzar els transports públics																			
	a-Metro																			
	b-Autobús																			
	c-Taxi																			
	2-Adoptar un comportament adequat al carrer																			
a-Respectar els semàfors																				
b-Respectar els passos per a vianants																				
3-Participar en les activitats del barri o carrer																				
4-Utilitzar els serveis i els establiments comunitaris																				
5-Apuntar-se a les activitats extraordinàries																				
a-Dins del centre																				
b-Fora del centre																				
Treball	1-Seguir instruccions																			
	a-Individuals																			
	b-Grupals																			
	2-Tenir esperit de superació																			
	3-Arribar puntual al centre																			
4-Anar al vestuari																				
5-Guardar les pertinences a la taquilla																				

	10-Utilitzar recursos		
Vida a la llar	1-Rentar-se		
	a-Les mans		
	-Abans de començar a dinar		
	-Després de dinar		
	-Després d'anar al wc		
	-Agafar sabó (quantitat adequada)		
	-Fregar-se les mans		
	-Fregar-se entre els dits		
	-Esvaldir-se		
	-Eixugar-se les mans		
	b-La cara		
	-Abans de començar a dinar si és necessari		
	-Després de dinar		
	2-Raspallar-se les dents		
	a-Agafar el raspall, la pasta i un got		
	b-Omplir el got d'aigua		
	-Obrir l'aixeta		
	-Aconseguir la pressió de l'aigua adequada		
	-Tancar l'aixeta		
	c-Posar pasta al raspall		
	-Obrir el tub de pasta		
	-Estendre la pasta sobre el raspall		
	-Tancar el tub de pasta		
	d-Raspallar-se les dents		
	-Per davant (incisives)		
	-Pels dos laterals		
-Mandibula superior			
-Mandibula inferior			
-Exterior dentadura			
-Interior dentadura			
-Llengua			
-Paladar			
e-Glopear aigua			
f-Mirar que la boca hagi quedat esvaldida			
g-Rentar el raspall			
h-Eixugar-se els llavis			
i-Desar el raspall i la pasta			
j-Rentar-se les dents per iniciativa pròpia en el moment adequat			
3-Controlar els esfínters			
Vida comunitària	1-Adoptar un comportament adequat si es va a dinar fora del centre		
	a-Picnic		
	b-Bar/Restaurat		
Treball	1-Seguir instruccions		
	a-Individuals		
	b-Grupals		
2-Arribar puntual al menjador			
Salut i seguretat	1-Detectar malaltia		
	2-Prendre medicació		
	3-Utilitzar amb prudència		
	a-Els coberts		
	b-L'aigua calenta		
	c-Electricitat		
	4-Expressar necessitats bàsiques		
a-Ganes d'anar al wc			
b-Trobar-se malament			
c-Son			

6	a-Ganes d'anar al wc		
	b-Trobar-se malament		
	c-Son		
Conductual	1-Resoldre problemes adequadament		
	a-En situacions habituals		
	b-En situacions novedoses		
	2-Prendre decisions per a la solució de problemes		
	3-Reconèixer quan s'equivoca		
	4-Controlar els impulsos		
	a-A nivell de menjar		
	b-A nivell de relacions		
	5-Adoptar un comportament correcte a la taula		
6-Mostrar un comportament sociosexual adequat			
7-Calibrar el tipus d'interacció amb els altres			
8-Respectar la normativa del menjador			
Social	1-Comunicar-se, comprendre, transmetre informació		
	a-Comportaments no verbals		
	b-Comportaments verbals		
	2-Participar i mantenir converses		
	a-Mentres es dina		
	b-Durant al temps d'oci		
	3-Realitzar, mantenir i finalitzar una interacció amb els altres		
	4-Interessar-se pels altres		
	5-Utilitzar fórmules de cortesia		
	a-Saludar al arribar		
	b-Acomiadar-se		
	c-Expressar-se amb educació (gràcies, si us plau, bon profit...)		
	6-Conèixer, respectar i estimar		
	a-A sí mateix		
b-Als companys			
c-Als monitors de menjador			
d-Al centre			
7-Calibrar la quantitat d'interacció amb els altres			
8-Seguir les normes de comportament social			
9-Mantenir amistats			
10-Tenir empatia amb els altres			
11-Escollir música			
a-Connectar o desconnectar l'aparell de música			
b-Seleccionar el que vol sentir			
c-Posar en funcionament:			
-Ràdio			
-Cassette			
-CD			
12-Mirar la tv o dvd			
a-Encendre i apagar l'aparell			
b-Selecciona el que es vol veure			
13-Jugar a jocs de taula			
a-Domino			
b-Parxis			
c-Oca			
d-Cartes			
e-Memori			
14-Llegir o mirar revistes, diaris, llibres, fotos...			
Protecció i defensa	1-Realitzar eleccions i prendre decisions		
	a-Entre diferents opcions		
	b-Sense opcions		
	c-Ser responsable i conseqüent amb les decisions preses		
	2-Conèixer els seus drets i obligacions dins al menjador		

Annex 9

ÀREES DE SUPORT	GRAELLA DE FUTBOL NOIES	Temporada:				
	Professionals que intervenen en la situació:	AVALUACIÓ USUARIS				
	OBJECTIUS OPERATIUS					
Desenvolupament humà	1- Conèixer el seu propi cos					
	2- Mantenir la postura adient en activitats orals					
	a- Parlar amb el to de veu correcte					
	b- Mantenir la distància adient					
	c- Mirar a l'interlocutor					
	3- Practicar l'esport de futbol					
	a- Carrera					
	- Trot					
	- Aixecant cames					
	- Talonant					
	- D'esquena					
	- Amb pilota					
	b- Xutar la pilota					
	c- Fa dribblings					
	d- Tirar a porteria					
	e- Fer passes					
4- Expressar experiències personals (aspectes propis)						
5- Expressar l'estat emocional						
a- Alegria						
b- Tristesa						
6- Tenir sentit de l'humor						
7- Tenir iniciativa pròpia						
8- Reconèixer sentiments						
9- Ser autònom en l'activitat a realitzar						
10- Memoritzar						
a- Les regles del joc						
b- La seqüència de l'activitat						
11- Seguir un horari						
Educació i ensenyament	OBJECTIUS OPERATIUS					
	1- Expressar eleccions i preferències					
	a- D'activitats a realitzar					
	b- D'interessos personals					
	2- Demanar opinions					
	3- Opinar					
	4- Respondre preguntes					
	5- Llegir					
	a- El nom dels carrers					
	b- Cartells del centre esportiu					
6- Utilitzar la numeració						
a- Identificar el número de vestuari o taquilla						
b- Puntuació del joc						
c- Temps						
7- Reconèixer imatges						
8- Utilitzar recursos						
	1- Tenir consciència de la pròpia imatge					
	2- Vestir-se en funció de les circumstàncies					
	a- Segons l'activitat a realitzar (esport, quedar amb els amics...)					
	b- Segons el temps (si fa fred, calor, pluja...)					

Vida a la llar	1- Tenir consciència de la pròpia imatge						
	2- Vestir-se en funció de les circumstàncies						
	a- Segons l'activitat a realitzar (esport, quedar amb els amics...)						
	b- Segons el temps (si fa fred, calor, si plou...)						
	3- Dutar-se						
	a- Posar-se les xancles						
	b- Encendre la dutxa						
	c- Regular la temperatura de l'aigua						
	d- Mullar-se						
	e- Ensabonar-se						
	- El cos						
	- El cabell						
	f- Desensabonar-se						
- El cos							
- El cabell							
OBJECTIUS OPERATIUS							AVALUACIÓ USUARIS
g- Assecar-se							
- El cos							
- El cabell							
4- Vestir-se							
a- Amb la roba adequada de futbol							
- Pantalons							
- Samarreta de màniga curta							
- Mitjons d'esport							
- Bambes (calçat esportiu)							
b- Amb la roba de carrer							
- Posar-se la samarreta o camisa							
- Posar-se els pantalons o la faldilla							
- Posar-se el jersei							
- Posar-se les sabates							
- Cordar-se les sabates							
5- Despullar-se							
a- Treure's l'abric							
b- Treure's el jersei							
c- Treure's la samarreta o camisa							
d- Treure's els mitjons							
e- Treure's les sabates							
f- Treure's el pantaló o la faldilla							
6- Pentinar-se si és necessari							
7- Controlar els esfínters							
8- Fer un ús adequat de wc							
a- Tancar la porta							
b- Obrir la llum							
c- Seure adequadament al wc							
d- Fer les necessitats dins el wc							
e- Utilitzar el paper i netejar-se correctament							
f- Tirar la cadena							
OBJECTIUS OPERATIUS							AVALUACIÓ USUARIS
g- Netejar el wc si es necessari							
h- Tancar el llum							
9- Tenir cura de la higiene íntima							
a- Canviar-se la compresa si cal							
b- Utilització de desodorants							
Vida a la llar							

Vida comunitària	1- Utilitzar els transports públics						
	a- Metro						
	b- Autobús						
	2- Utilitzar i conèixer						
	a- Carrers						
b- Itineraris							
3- Adoptar un comportament adequat al carrer	a- Respectar els semàfors						
	b- Respectar els passos per a vianants						
	4- Utilitzar els espais esportius adequadament						
Treball	1- Seguir instruccions						
	a- Individuals						
	b- Al grup						
	2- Tenir esperit de superació						
	3- Arribar puntual a l'activitat						
4- Agafar els materials necessaris							
	5- Recollir els materials utilitzats						
Salut i seguretat	1- Detectar malaltia						
	2- Practicar esport preventiu						
	a- Com a millora de l'aspecte del nostre cos						
	b- Com a millora de la nostra salut						
	3- Expressar necessitats bàsiques						
	a- Ganes d'anar al wc						
Salut i seguretat	OBJECTIUS OPERATIUS						
	b- Trobar-se malament						
	c- Son						
	4- Corregir mals hàbits de postures						
	5- Utilitzar amb prudència						
	a- Aigua calenta						
	b- Electricitat						
	c- Productes nocius: sabó, desodorant...						
	6- Reaccionar davant pèrdua						
	a- Adonar-se que s'ha perdut						
b- Demanar ajuda							
- Preguntar a algú que passa pel carrer							
- Entrar en una botiga i dirigir-se a algú							
c- Trucar per telèfon							
7- Reaccionar davant dificultats topogràfiques							
a- Vorejar obstacles							
b- Apartar-se quan es creua amb una persona pel carrer							
c- Demanar ajuda per vorejar els diferents obstacles							
Conductual	1- Resoldre problemes adequadament						
	a- En situacions habituals						
	b- En situacions novedoses						
	2- Prendre decisions per a la solució de problemes						
	3- Reconèixer quan s'equivoca						
	4- Controlar els impulsos						
	5- Adoptar un comportament correcte en llocs públics						
	6- Mostrar un comportament sociosexual adequat						
7- Calibrar el tipus d'interacció amb els altres							
8- Respectar la normativa del centre esportiu							

	- Entrar en una botiga i dirigir-se a algú						
	c- Trucar per telèfon						
	7- Reaccionar davant dificultats topogràfiques						
	a- Vorejar obstacles						
	b- Apartar-se quan es creua amb una persona pel carrer						
	c- Demanar ajuda per vorejar els diferents obstacles						
Conductual	1- Resoldre problemes adequadament						
	a- En situacions habituals						
	b- En situacions novedoses						
	2- Prendre decisions per a la solució de problemes						
	3- Reconèixer quan s'equivoca						
	4- Controlar els impulsos						
	5- Adoptar un comportament correcte en llocs públics						
	6- Mostrar un comportament sociosexual adequat						
7- Calibrar el tipus d'interacció amb els altres							
8- Respectar la normativa del centre esportiu							
Social	1- Comunicar-se, comprendre i transmetre informació						
	a- Comportaments no verbals						
	OBJECTIUS OPERATIUS						
	b- Comportaments verbals						
	2- Participar i mantenir converses						
	a- En el trajecte cap al poliesportiu						
	b- Durant l'activitat						
	c- Mentre es canvia al vestuari						
	3- Realitzar, mantenir i finalitzar una interacció amb els altres						
	4- Interessar-se pels altres						
	5- Utilitzar fórmules de cortesia						
	a- Saludar al arribar						
	b- Acomiadar-se						
	c- Expressar-se amb educació (gràcies, si us plau...)						
	6- Ser solidari amb els companys						
	7- Conèixer i respectar						
	a- A si mateix						
b- Als companys							
c- Als professionals							
d- Als monitors d'esport							
e- Al centre esportiu							
f- L'entorn i les persones que l'habiten							
8- Calibrar la quantitat d'interacció amb els altres							
9- Seguir les normes de comportament social							
10- Mantenir amistats							
11- Tenir empatia amb els altres							
Protecció i defensa	1- Realitza eleccions i prendre decisions						
	a- Entre diferents opcions						
	b- Sense opcions						
	c- Ser responsable i conseqüent amb les decisions preses						
	2- Mantenir la privacitat al vestuari						
	a- Canviar-se amb la porta tancada						
	b- Canviar-se amb les finestres tancades						
OBJECTIUS OPERATIUS							
3- Conèixer els seus drets i obligacions dins el centre esportiu							
4- Conèixer els seus drets i obligacions dins la societat							

CANDID-S, UNA NUEVA APORTACIÓN

UN NUEVO RETO EN LA DETECCIÓN
DE LAS NECESIDADES DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD
INTELECTUAL.

Validación de un nuevo instrumento de screening para la identificación de las necesidades en usuarios con D.I. y trastornos mentales/conductuales.

Punto de partida para la mejora de las intervenciones y la correcta admisión de los soportes.

AUTORES:

Núria Ribas i Vidal (a),
Esther Busquets i Fernández (a),
Susanna Esteba i Castillo(a),
Ramon Novell i Alsina (a),
Carme Mariscot i Bas (a)
Grupo de trabajo CANDID-S (b).

(a) SESM-DI Parc Hospitalari Martí i Julià (Girona)

(b) GRUPO DE TRABAJO CANDID-S

COIET (Banyoles)

Pilar Planas i Campistol
Miquel Casanovas i Sánchez

FUNDACIÓ MAP (Ripoll)

Anna Pastoret i Busquets
Victòria Mora i Ruiz
Eva Córdoba i López
Mònica Jiménez Tallón

CENTRE OCUPACIONAL I ESPECIAL DE TREBALL TRAMUNTANA (Palafrugell)

Josep Maria Prunell i Llenas
Maria del Mar Saló i Aguilar

PRO-DIS (Terrassa)

Marta Feliu i Agulló
Rosa Collado i Llorach
Antònia Vilaseca i Torrella
Mercè Miró i Sancho

FUNDACIÓ RAMON NOGUERA (Girona)

Carme Sabatés i Vancells
Teresa Cornet i Martí

INDICE

1. ABSTRACT	217
2. INTRODUCCIÓN	223
2.1 CAN, CANE y CANDID	229
2.2 Características del CANDID-S	231
2.3 Administración del CANDID-S	233
2.4 Planteamiento del estudio	234
3. MATERIAL Y MÉTODO	235
4. RESULTADOS	243
4.1 Estadística descriptiva	243
4.2 Estudio de validez / fiabilidad	247
5. DISCUSIÓN	251
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	259
7. FUTURO	259
8. BIBLIOGRAFÍA	261
8.1 Artículos referenciados en el trabajo	261
8.2 Referencia de los tests utilizados	263
8.3 Otra bibliografía de interés y no referenciada	263
ANEXO 1. Dudas más frecuentes en la administración del CANDID-S	265
ANEXO 2. Materiales de las carpetas para cada participante	267
Carta de presentación	267
Ejemplos de algunos de los ítems del CANDID-S	268
Muestra del EIS	271
Escala HAD	272
Escala de sobrecarga del cuidador	274
ANEXO 3. Conversión de las tablas de las variables numéricas	275
AGRADECIMIENTOS	277



1. ABSTRACT

• **Introducción:** No existe en nuestro medio un instrumento específicamente validado en lengua castellana para medir de forma general las necesidades de personas con Discapacidad Intelectual (DI). La Camberwell Assessment of Need for Adults with Developmental and Intellectual Disabilities (CANDID) es una escala de identificación de necesidades para personas adultas con discapacidad intelectual derivada de la Camberwell Assessment of Need (CAN).

• **Objetivo:** El objetivo del estudio fue realizar la traducción, adaptación transcultural y la validación al español de la escala CANDID en su versión para el uso clínico.

• **Método:** Estudio transversal y multicéntrico. La adaptación transcultural se realizó mediante un proceso de traducción-retrotraducción. Se calculó la fiabilidad test-retest y la fiabilidad interexaminador. Se determinó la validez de criterio y la validez de constructo (convergente y discriminante).

• **Resultados:** La muestra estuvo formada por 92 usuarios con discapacidad intelectual. La fiabilidad test-retest para el usuario fue superior a 0,75 (coeficiente de correlación intra-clase-CCI-) para todas las necesidades evaluadas. La fiabilidad interexaminador fue superior a 0,73 (CCI) para todas las necesidades a excepción de las necesidades no detectadas cuando la fuente de información fue el profesional (CCI=0,45). La validez de constructo convergente presentó coeficientes de correlación (CC) moderados y significativos entre la puntuación de la escala de sobrecarga del cuidador y el número de necesidades según la CANDID (CC entre 0,31 y 0,53). La validez de constructo discriminante mostró diferencias entre el número de necesidades de la CANDID y el origen de la información (usuario<cuidador<profesional; $p < 0,05$). La validez de criterio concurrente mostró coeficientes de correlación moderados y significativos con la escala de intensidad de soportes (CC entre 0,37 y 0,53). La estratificación según el percentil (≤ 10 y > 10) mostró diferencias en cuanto al número de necesidades ($p < 0,05$).

• **Conclusiones:** La adaptación y validación de la CANDID al español muestra que se trata de un instrumento breve, aplicable y con adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez.

La aplicación en personas con DI i trastornos de salud mental i/o conductas desafiantes ha demostrado su eficacia en la identificación y definición de las necesidades derivadas de tales estados.

La valoración de las necesidades individuales debe figurar en el Plan Individual y ser un paso previo a la evaluación y asignación de soportes, mejorando, en definitiva, la Atención Centrada en la Persona.

ABSTRACT

CANDID-S:

UNA NOVA APORTACIÓ, UN NOU REPTE EN LA DETECCIÓ DE LES NECESSITATS DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL.

VALIDACIÓ D'UN NOU INSTRUMENT D'ESCREENING PER A LA IDENTIFICACIÓ DE LES NECESSITATS EN USUARIS AMB D.I. I TRASTORNS MENTALS/CONDUCTUALS

- *Introducció:* No existeix en el nostre entorn un instrument específicament validat en llengua castellana per mesurar de forma general les necessitats de les persones amb Discapacitat Intel·lectual (D.I.). La Camberwell Assessment of Need for Adults with Developmental and Intellectual Disabilities (CANDID) és una escala d'identificació de necessitats per a persones adultes amb discapacitat intel·lectual derivada de la Camberwell Assessment of Need (CAN).
- *Objectiu:* L'objectiu de l'estudi va ser realitzar la traducció, adaptació transcultural i la validació a l'espanyol de l'escala CANDID en la seva versió per l'ús clínic.
- *Mètode:* Estudi transversal i multicèntric. L'adaptació transcultural es va realitzar mitjançant un procés de traducció-retrotraducció. Es va calcular la fiabilitat test-retest i la fiabilitat interexaminador. Es va determinar la validesa de criteri i la validesa de constructe (convergent i discriminant).
- *Resultats:* La mostra va estar formada per 92 usuaris amb discapacitat intel·lectual. La fiabilitat test-retest per a l'usuari va ser superior a 0.75 (coeficient de correlació interclasse – CCI -) per a totes les necessitats avaluades. La fiabilitat interexaminador va ser superior a 0.73 (CCI) per a totes les necessitats a excepció de les necessitats no detectades quan la font d'informació va ser el professional (CCI = 0.45). La validesa de constructe convergent va presentar coeficients de correlació (CC) moderats i significatius entre la puntuació de l'escala de sobrecàrrega del cuidador i el nombre de necessitats segons la CANDID (CC entre 0.31 i 0.53). La validesa de constructe discriminant va mostrar diferències entre el nombre de necessitats de la CANDID i l'origen de la informació (usuari < cuidador < professional; $p < 0.05$). La validesa de criteri concurrent va mostrar coeficients de correlació moderats i significatius amb l'escala d'intensitat de suports (EIS) (CC entre 0.37 i 0.53). L'estratificació segons el percentil ($-(\leq 0.10$ i $> 10)$) va mostrar diferències en quant al nombre de necessitats ($p < 0.05$).

- *Conclusions:* L'adaptació i validació de la CANDID a l'espanyol mostra que es tracte d'un instrument breu, aplicable i amb adequades propietats psicomètriques de fiabilitat i validesa.

L'aplicació en persones amb D.I. i trastorns de la salut mental i/o conductes desafidores ha mostrat la seva eficàcia en la identificació i definició de les necessitats derivades d'aquests estats.

La valoració de les necessitats individuals ha de figurar en el Pla Individual i ser un pas previ a l'avaluació i assignació de suports, millorant, en definitiva, l'Atenció Centrada en la Persona.

ABSTRACT

CANDID-S:

UNA NOVA APORTACIÓ, UN NOU REPTA EN LA DETECCIÓ DE LES NECESSITATS DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL.

VALIDACIÓ D'UN NOU INSTRUMENT D'ESCREENING PER A LA IDENTIFICACIÓ DE LES NECESSITATS EN USUARIS AMB D.I. I TRASTORNS MENTALS/CONDUCTUALS

• *Introduction:* We do not have an instrument specifically validated in Spanish to measure the needs of people with intellectual disabilities (ID) in a general way. The Camberwell Assessment of Need for Adults with Developmental and Intellectual Disabilities (CANDID) is a needs identification scale for adults with intellectual disabilities derived from the Camberwell Assessment of Need (CAN).

• *Aim:* The aim of this study was to translate, transculturally adapt and validate into Spanish the CANDID scale in its version for clinical use.

• *Method:* A transversal and multi-centre study. Transcultural adaptation was carried out using a translation-retrotranslation process. Test-retest reliability and interexaminer reliability was calculated. Criterion validity and construct validity (convergent and discriminatory) were determined.

• *Results:* The sample comprised 92 users with intellectual disability. The test-retest reliability for the users was over 0.75 (an intraclass-CCI- correlation coefficient) for all the needs assessed. Interexaminer reliability was over 0.73 (CCI) for all needs, except for needs that went undetected when the source of the information was the professional (CCI=0.45). Constructive convergent validity presented moderate and significant correlation coefficients (CC) between the score of the carer's overload scale and the number of needs according to CANDID (CC between 0.31 and 0.53). Discriminatory construct validity showed differences between the number of needs of CANDID and the information source (user<carer<professional; $p<0.05$). Concurrent criterion validity showed moderate and significant correlation coefficients with the support intensity scale (CC between 0.37 and 0.53). Stratification according to the percentile (≤ 0.10 and > 10) showed differences in terms of the number of needs ($p<0.05$).

• *Conclusions:* The adaptation and validation of CANDID to Spanish reveals that it is a brief, applicable instrument with adequate psychometric reliability and validity properties. Application to people with ID and mental health disorders and/or challenging behaviour has proven to be effective in the identification and definition of the needs derived from

these conditions.

The evaluation of individuals' needs should appear in the Individual Plan and constitute a prior step to the evaluation and allocation of supports, so improving, in short, Person-Centred Care.



2. INTRODUCCIÓN

La definición de Retraso Mental (RM) del 1992 vs 2002.

Punto de partida

La estructura general de la definición de RM del 1992 se refiere a las limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual del usuario.

- Se caracteriza por un funcionamiento intelectual por debajo de la media que se presenta con limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de las habilidades adaptativas:

Comunicación, cuidado de uno mismo, vida en el hogar, habilidades sociales, uso comunitario, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, de tiempo libre y trabajo.

- El RM se manifiesta antes de los 18 años.

Asumir la definición del '92 acarrea tener en cuenta cinco aspectos:

1. Las limitaciones en el funcionamiento actual se deben considerar dentro del contexto de los entornos comunitarios típicos de los compañeros de su misma edad y nivel cultural.
2. Una evaluación válida debe considerar la diversidad lingüística y cultural y las diferencias en los factores de comunicación, sensoriales, motrices y de conducta.
3. Dentro de un mismo sujeto, las limitaciones se suelen dar con los puntos fuertes.
4. Un objetivo importante a la hora de describir las limitaciones es desarrollar el perfil de soportes necesarios.
5. Generalmente el funcionamiento de vida de las personas con DI mejorará si se le proporciona los soportes personalizados adecuados durante un periodo de tiempo continuado.

Se establece pues una pirámide de necesidades donde se valoran las capacidades del sujeto (adaptativas y cognitivas), el entorno (hogar, escuela-trabajo y comunidad) y como estas interactúan dando lugar al funcionamiento del sujeto. Según éste, se deben promover los soportes necesarios.



De la definición del '92 al '02 se mantienen ciertos aspectos como el término “Retraso Mental”, su orientación funcional y el énfasis mantenido en los soportes y los tres criterios diagnósticos. Además, conserva la idea de que un sistema de clasificación es necesario para determinar la intensidad de los soportes.

La definición de Retraso Mental (RM) del 2002 - a partir de ahora Discapacidad Intelectual (DI)- ha implicado un cambio en el punto de mira sobre la evaluación así como en la intervención y adecuación de los recursos.

Crea una nueva manera de concebir y medir los soportes, con una nueva dimensión que implica la participación, las interacciones y los roles sociales dentro de un marco sistemático para la evaluación.

Según esta nueva definición, se entiende que la DI se refiere a las limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media, que se presenta junto con limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado de uno mismo, vida en el hogar, habilidades sociales, uso comunitario, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, de tiempo libre y trabajo. Igualmente la DI se manifiesta antes de los 18 años.

La definición de DI del 2002 se basa en un modelo multidimensional y propone describir a la persona a través de cinco dimensiones que incluyen todo los aspectos del individuo y del mundo dónde éste vive. El modelo utiliza tres elementos claves: la persona, el entorno en que vive y los soportes que necesita.

DIMENSIÓN 1 CAPACIDADES INTELECTUALES	Coeficiente Intelectual. Pruebas de valoración estandarizadas. Implica evaluar integradamente la capacidad mental para razonar, planificar, resolver problemas.
DIMENSIÓN 2 CONDUCTA ADAPTATIVA	Funcionamiento en la vida diaria. Pruebas estandarizadas que la evalúan. Las limitaciones de la conducta adaptativa implican una valoración exhaustiva del motivo de su aparición.
DIMENSIÓN 3 PARTICIPACIÓN, INTERACCIONES Y ROL SOCIAL	Muy relacionado con el contexto en el que se desenvuelve la persona y las oportunidades de que dispone o que le ofrece
DIMENSIÓN 4 SALUD FÍSICA Y MENTAL	La salud aparece como un factor importante a evaluar. Las enfermedades y los síntomas se manifiestan de distintas maneras en las personas con DI. Las formas de expresión verbal de los síntomas en las personas con DI también son distintas y exigen un compromiso por parte de los profesionales que deben detectar los problemas de salud.
DIMENSIÓN 5 CONTEXTO (ENTORNO Y CULTURA)	Microsistema Mesosistema Exosistema Macrosistema Todos estos sistemas influyen a las personas con DI de manera que son muy importantes las oportunidades de que dispongan, la participación, el respeto, los recursos disponibles...

Modelo multidimensional de la nueva definición de RM'02

Ya no se trata de entender y enfocar el proceso de trabajo basándose en las limitaciones, sino que crea una nueva dimensión que implica la participación, las interacciones y los roles sociales, promoviendo una nueva manera de concebir y medir los soportes.

La presencia de un trastorno mental y/o una conducta de desafiante en una persona con Discapacidad Intelectual va a contribuir, entre otras a:

- Un mayor riesgo de Institucionalización.
- Un mayor riesgo de malas prácticas en la utilización de estrategias de manejo (farmacológicas y no farmacológicas).
- Dificulta el proceso de integración comunitaria.

La base de trabajo se centrará en identificar las necesidades derivadas de la presencia de un trastorno mental y/o conducta desafiante y, sobre todo, en cómo podemos capacitar al usuario para dotarle de suficientes estrategias para su correcta adaptación.

Es evidente que en el marco de la evaluación de la DI se contemplan tres aspectos importantes:

- a) El diagnóstico de DI a partir de los tres criterios de definición:
 - limitaciones significativas del funcionamiento intelectual
 - limitaciones significativas en la conducta adaptativa
 - dicha manifestación en el día a día de la persona con DI
- b) Clasificación y descripción de los puntos fuertes y debilidades de la persona para cada una de las cinco dimensiones.
- c) Clasificación de los soportes a partir de las nueve áreas que pueden mejorar el funcionamiento de la persona.

¿Qué entendemos por soporte?

Cuando se habla de soportes, debemos entender que son los recursos y/o las estrategias que tienen el objetivo de promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona y que mejoran el funcionamiento individual.

El objetivo principal de la provisión de soportes en las personas con DI es mejorar los resultados personales que están relacionados con la independencia, las relaciones, las contribuciones, la participación escolar y comunitaria así como el bienestar personal.

En el momento en que se deben gestionar los soportes y ofrecer una atención realmente Centrada en la Persona, la primera pregunta que nos formulamos es: con los métodos utilizados en la mayoría de casos, como entrevistas no estructuradas, observaciones poco sistematizadas y más sujetas a percepciones y opiniones de quien evalúa,

- ¿realmente se realiza una correcta valoración de las necesidades individuales?.
- ¿es válida sólo la opinión de terceras personas presuponiendo que el sujeto es incapaz de identificar y manifestar sus preferencias?

Pero: ¿Cómo vamos a evaluar de manera eficiente, efectiva y eficaz dichas necesidades? ¿Qué hace falta evaluar? ¿De qué manera? ¿En qué entorno? ¿En qué condiciones?

Resulta difícil realizar una evaluación efectiva a largo plazo sin la ayuda de métodos estandarizados de evaluación sistemática.

Debemos tener en cuenta que, aunque ciertas necesidades sean postuladas como universales para todos los humanos en general, distintos sectores de la población, especialmente dependientes, tienen otro tipo de necesidades más específicas y adicionales.

La evaluación y detección de las necesidades que tiene una persona con DI acarrea mayor dificultad ya que, además de las derivadas de limitaciones físicas en el funcionamiento diario, hay que considerar el efecto que la afectación cognitiva, muy heterogénea en esta población, ejerce sobre el rendimiento del sujeto y su comprensión del entorno.

Otras dificultades vendrán derivadas de:

- La falta de consenso sobre la definición del término “necesidad” (need) (Department of Health Services Inspectorate, 1991), (Stevens&Grabbay, 1991)
- El desacuerdo sobre quién debe evaluar dichas necesidades.

¿ Los profesionales, deben ser los únicos que realicen la valoración de forma sistemática?

Es evidente que la multiplicidad de fuentes de información y de puntos de vista desde distintas perspectivas enriquece el conocimiento de la situación de la persona con DI que requiere unos servicios específicos.

El papel que aquí juega la red de soporte informal (familiares / cuidadores principales) es de gran valor y nada menoscupable. Las personas que atienden a estos usuarios son una importantísima fuente de información. Nos reportan datos sobre su estado, sobre sus capacidades y limitaciones, sobre las estrategias de afrontamiento y, especialmente, sobre la disponibilidad y eficacia de la red de recursos comunitarios. Son ellos los que pueden conocer mejor e indicarnos, desde otra perspectiva, las necesidades no satisfechas.

También es cierto que en algunas situaciones, por circunstancias más sujetas a la tolerancia y al estrés de quien atiende, esta fuente de información puede que no sea fiable o que sesgue la realidad que queremos evaluar. De todas formas, en tal caso de forma indirecta también nos estará proporcionando una información sobre necesidades que deben ser trabajadas.

Si realmente queremos definir un Plan de Apoyos Centrados en la Persona, debemos evaluar la percepción que tienen los propios usuarios de sus necesidades y de lo que ellos valoran como necesidad de apoyo. En muy pocas ocasiones se trabaja desde la perspectiva de las necesidades que el propio usuario refiere tener.

Cuando nos referimos a la visión / opinión que tienen los usuarios de sus propias necesidades, no debemos olvidar que se trata de personas con diferentes grados de déficit cognitivo, algunos con problemas de salud mental añadidos, condiciones que pueden mermar de forma considerable su capacidad de introspección y producir una cierta deformación de la realidad.

Las personas con DI están en una situación de gran complejidad, se desarrollan en un entorno con muchos problemas de comunicación y de expresión verbal de sus sentimientos y de sus necesidades, por lo que se hace difícil conocer cuáles son sus necesidades reales y cuál sería la fórmula más adecuada para poderlas satisfacer.

En conclusión, parece razonable pensar que no sólo el punto de vista de los profesionales es suficiente para la correcta evaluación de las necesidades de las personas con DI.

Escalas de valoración de necesidades

Existen múltiples escalas de evaluación de necesidades, cada una de ellas con una serie de puntos fuertes y débiles:

- Global Assessment of Functioning (GAF; American Psychiatric Association, 1994)
- Disability Assessment Schedule (DAS; Holmes et al, 1982)
- Needs Assessment Checklist (NAS; Berry C, Kennedy P 2003)
- HONOS – LD (Health of the Nation Outcome Scale for people with Learning Disabilities – Roy A, Matthews H, Clifford P, Fowler V, Martin DM 2002)
- LDCNS (Learning Disability version of the Cardinal Needs Schedule – Raghavan R, Marshall M, Lockwood A, Duggan L, 2004)

2.1 CAN, CANE Y CANDID

El primer intento de establecer una escala para la evaluación de las necesidades se lleva a cabo en el Reino Unido a través de la escala CAN.

El CAN (*Camberwell Assessment of Need* - Phelan et al, 1995) es una escala concebida para detectar las necesidades de personas que presentaban únicamente trastornos de salud mental.

Actuó como punto de partida para el desarrollo de dos escalas que valoran las necesidades en dos tipos distintos de población diana: personas mayores y personas con discapacidad intelectual.

De ahí, nacieron el CANE (*Camberwell Assessment of Need for Elderly* - Reynolds T et al, 2000) y el CANDID (*Camberwell Assessment of Need for Adults with Developmental and Intellectual Disabilities* - Xenitidis K et al 1999)

En la siguiente tabla, se puede observar la diferencia entre las tres escalas en lo que a ítems valorados se refiere. Cada una de las escalas de valoración tiene los ítems distribuidos y organizados de forma distinta, aunque en realidad las variables y la semiología valorada acaba siendo la misma.

CAN	CANE	CANDID
1. Vivienda	1. Vivienda	1. Vivienda
2. Comida	2. Comida	2. Comida
3. Cuidado de la casa	3. Cuidado de la casa	3. Cuidado de la casa
4. Cuidado personal	4. Cuidado personal	4. Cuidado personal
5. Ocupación	5. Actividades durante el día	5. Actividades durante el día
6. Salud física	6. Salud física	6. Salud física general
		7. Vista / Oído
		8. Movilidad
		9. Crisis epilépticas
7. Síntomas psicóticos	7. Síntomas psicóticos	10. Problemas mentales
8. Información sobre su estado y tratamiento	8. Información	11. Información
9. Distrés psicológico	9. Distrés psicológico	12. Otros problemas mentales
		13. Riesgo de fraude
10. Autoseguridad	10. Autoseguridad (autolesiones deliberadas)	14. Autoseguridad
	11. Autoseguridad (autolesiones accidentales)	
	12. Autoseguridad (abuso / negligencia)	
11. Seguridad hacia los otros		15. Seguridad de los otros
	13. Conducta	16. Conducta inapropiada
12. Alcohol	14. Alcohol	17. Abuso de sustancias (alcohol y drogas)
13. Drogas	15. Drogas	
14. Relaciones sociales	16. Relaciones sociales	
		18. Comunicación

CAN	CANE	CANDID
		19. Relaciones sociales
15. Relaciones íntimas	17. Relaciones íntimas	
16. Expresión sexual		20. Expresión sexual
17. Cuidado de niños	18. Cuidado de otros	21. Cuidar a otros
		22. Educación básica
18. Transporte	19. Movilidad/ Transporte	23. Transporte
19. Dinero	20. Dinero	24. Manejo del dinero
20. Satisfacción económica	21. Satisfacción económica	25. Satisfacción económica
21. Educación básica		
22. Teléfono	22. Memoria	
	23. Vista /Oído	
	24. Continencia	
	Se añaden dos ítems para los cuidadores : <ul style="list-style-type: none"> - Necesidades del cuidador por información - Distrés psicológico del cuidador 	

Como refleja la anterior tabla, las adaptaciones del CAN se hacen de acuerdo a las especificidades del grupo de usuarios que requieren una atención especializada.

Así, se puede observar como el CANE hace especial hincapié en aspectos relativos a la dependencia de las personas mayores y también a aspectos relacionados con el deterioro cognitivo / déficits mnésicos.

Hay que destacar que el CAN y el CANE dan mucha importancia a los síntomas psicóticos en referencia a los problemas de salud mental mientras que el CANDID ofrece más posibilidades en lo que a enfermedades mentales se refiere.

También podemos destacar que en lo relativo a la seguridad, el CANE y el CANDID evalúan el riesgo de fraude, la autoseguridad y la seguridad de otros aunque la formulación difiere una de otra. Hay que destacar en este aspecto, la relevancia de las lesiones accidentales que se contempla específicamente en el CANE.

Por su parte, el CANDID difiere de ambas (CAN y CANE) en lo referente al abuso de sustancias ya que engloba en un mismo ítem alcohol y drogas mientras que se consideran por separado en las demás escalas.

También se puede observar que el CANDID considera muy importante el dominio “comunicación” si se compara con el CAN y el CANE.

Referente a la educación básica se trata de un ítem que se valora especialmente en el CAN y el CANDID.

Por su parte, la expresión sexual es otro ítem destacado en el CAN y el CANDID.

2.2 CARACTERÍSTICAS DEL CANDID

Existen dos versiones de la CANDID:

CANDID-R

(Camberwell Assessment of Need for Adults with Developmental and Intellectual Disabilities for Research): es la versión utilizada para la investigación.

CANDID-S

(Camberwell Assessment of Need for Adults with Developmental and Intellectual Disabilities for Screening use): es la versión corta para el uso clínico.

Las dos versiones han sido validadas en el Reino Unido y desde entonces son utilizadas como instrumento de screening e investigación para la detección de las necesidades de las personas con DI. No requiere un entrenamiento específico pero sí estar familiarizado con el test. Es adecuado para el uso clínico y en investigación.

El trabajo que presentamos se refiere únicamente al CANDID-S.

Se trata de una entrevista semi-estructurada que evalúa 25 dominios de la persona con los objetivos de:

- Identificar las necesidades existentes dentro de los 25 dominios que, posteriormente, requerirán una exploración más amplia y profunda.
- Conocer el grado de satisfacción de estas necesidades o ausencia de soporte.

Los dominios que evalúa el CANDID-S son los siguientes:

1. Vivienda.
2. Comida.
3. Cuidado personal.
4. Cuidado de la casa.
5. Actividades durante el día.
6. Salud física general.
7. Vista/oído.
8. Movilidad.
9. Crisis epilépticas.
10. Problemas mentales.
11. Otros problemas mentales.
12. Información.
13. Riesgo de fraude.
14. Autoseguridad.
15. Seguridad de los otros.
16. Conducta inapropiada.
17. Abuso de sustancias (alcohol y drogas).
18. Comunicación.
19. Relaciones sociales.
20. Expresión sexual.
21. Cuidar a otros.
22. Educación básica.
23. Transporte.
24. Manejo del dinero.
25. Satisfacción económica

Evalúa las necesidades desde múltiples perspectivas:

- **En primer lugar**, recoge el punto de vista de los propios usuarios, de sus cuidadores informales y del personal que tiene un buen conocimiento del usuario. Es posible que los puntos de vista de las distintas personas entrevistadas difieran entre ellos; es por este motivo que la opinión de ambos se registra en columnas diferenciadas

El cuidador informal puede ser un familiar o un conocido del usuario, sin remuneración por el hecho de cuidar al sujeto con DI.

En cuanto al miembro del personal entrevistado, debería ser alguien con suficientes buenos conocimientos del usuario y de su situación.

- **En segundo lugar**, evalúa las necesidades cubiertas y no cubiertas

Existen cuatro posibles puntuaciones:

0 - NO NECESIDAD No hay ningún problema

1 - NECESIDAD YA DETECTADA Y CUBIERTA. Para la ayuda que recibe no tiene ningún problema o el problema es moderado

2 - NECESIDAD NO DETECTADA Y NO CUBIERTA. Existe un problema y no recibe ningún tipo de ayuda

9 - NO SABE

Si a pesar de los soportes que recibe el usuario, el problema persiste, dependerá de la valoración que haga la persona entrevistada para determinar qué puntuación se debe registrar: Se puntuará 1 si el problema es solamente moderado y 2 si el problema continúa siendo importante.

Una respuesta de “no problema” requiere investigar más a fondo el dominio para poder distinguir correctamente entre no necesidad (puntuación 0) y necesidad cubierta (puntuación 1).

Se puntuará 1 si la razón por la que no hay ningún problema es que la persona está recibiendo un soporte (es decir, el problema existiría si se retirara el soporte proporcionado).

Se puntuará 0 si la persona no recibe ningún tipo de soporte y, todavía no existe ningún problema en ese particular dominio.

El CANDID no tiene en cuenta cuál es la razón por la que aparece una necesidad; es decir, si tal necesidad se debe a la misma condición de DI, si es por la existencia de problemas de salud mental o por problemática física.

2.3 ADMINISTRACIÓN DEL CANDID-S

Cada entrevista utiliza una columna. Las puntuaciones se deben registrar en las casillas destinadas a ello.

Las preguntas sugeridas son orientativas para conducir una entrevista abierta referida a los 25 dominios.

Se pueden utilizar preguntas adicionales con el objetivo de averiguar el punto de vista de la persona entrevistada, es decir, si considera que en el dominio en cuestión la necesidad está cubierta o no.

La valoración tiene en cuenta la situación y el estado del sujeto con DI en las últimas cuatro semanas.

Con el objetivo de evitar confusión y repetición, cada dominio debería ser explorado plenamente antes de seguir con cuestiones sobre el siguiente.

De todas formas, no es esencial seguir un orden concreto rígidamente.

Si la persona entrevistada cree que, por ejemplo, “conducta inapropiada” sigue naturalmente a “autoseguridad”, entonces se continuará preguntando con el orden del test cambiado. Lo que realmente importa es resolver las preguntas en todos los 25 dominios.

Con el objetivo de minimizar la posibilidad que existiera influencias entre las diferentes personas entrevistadas por las respuestas previas, sería preferible que los distintos puntos de vista (usuario/cuidador informa/ miembro del personal) estuvieran registradas en “test” separados.

Cada entrevista requiere aproximadamente unos 20 minutos para ser debidamente administrada. Este espacio de tiempo va disminuyendo a medida que el entrevistador tiene más experiencia y se familiariza con el test.

A pesar de ello, la duración de la entrevista puede variar en función de las necesidades identificadas del usuario, de las características de la persona entrevistada (por ejemplo, si se entrevista a un familiar muy sobrecargado o ansioso, o en el caso de que el usuario tenga problemas de concentración y/o comunicación...).

Sería necesario hacer una breve introducción y explicación de la duración y el propósito de la entrevista.

Se debería utilizar un lenguaje sencillo, adaptado al nivel de DI de la persona entrevistada. El entrevistador debería asegurarse que la persona entiende la pregunta que se le hace. El uso adecuado de gestos, ejemplos, rephraseando, repitiendo o incluso con adaptaciones de imágenes si es necesario pueden ser útiles.

Es importante también que la respuesta sea comprendida correctamente y si hay dudas al respecto sería necesario repetir o explicar su respuesta para asegurarse que la respuesta corresponde con lo que quería expresar la persona.

Se debería tener en cuenta las dificultades de comunicación de la persona entrevistada así como la incapacidad para expresarse verbalmente (por ejemplo en personas con parálisis cerebral, el lenguaje idiosincrásico en personas con autismo, distintos tipos de afasias congénitas o adquiridas...).

El entrevistador también tiene que ser consciente de la aquiescencia de muchas de las personas con DI por lo que serían necesarias algunas habilidades comunicativas para evitar estos posibles sesgos en las respuestas del test.

Generalmente se plantean una serie de dudas cuando el evaluador inicia los primeros contactos con el CANDID-S. Por ello existe un breve inventario sobre cómo resolver los problemas más comunes. (Ver anexo 1)

2.4 PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

Con el objetivo de poder utilizar el CANDID-S en nuestro medio, se propone el siguiente estudio, con la intención de realizar un proceso de traducción, adaptación transcultural y validación.

En realidad, se trata de poder ofrecer un nuevo instrumento para mejorar la valoración y la detección de necesidades y, consecuentemente, mejorar la atención a las personas con DI a través de la correcta aplicación de los soportes.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Cronograma del estudio:

La temporalización del estudio es acorde a tres bloques principales:

- En una primera fase del proceso de validación (desde Agosto a Octubre del año 2003), se llevó a cabo el primer contacto con el test, se solicitó autorización escrita al autor y se llevó a cabo el proceso de adaptación transcultural, que consistió en la traducción y posterior retrotraducción del test por dos traductores independientes.

Equivalencia de las versiones

El objetivo de la adaptación de un instrumento para su uso en una cultura nueva es que la nueva versión sea equivalente al cuestionario original. Se considera que la versión traducida de una escala (en este caso la versión española) es equivalente al instrumento original (en este caso el CANDID-S) cuando ambas versiones poseen simultáneamente: 1/ equivalencia conceptual (la versión traducida contiene los mismos conceptos que la versión original); 2/ equivalencia semántica (el significado de las diferentes frases es el mismo en la versión traducida que en la original); 3/ equivalencia del nivel de lenguaje (nivel de lenguaje- formal, neutral o coloquial- equivalente en la versión traducida que en la original); 4/ equivalencia escalar (la respuesta o las respuestas en la versión traducida refleja el mismo grado o intensidad que en la versión original). Adicionalmente, se introdujo como principio general con carácter preferente, la obtención de una "imagen fiel" de la escala original. De acuerdo con este principio, se acordó igualmente mantener la forma, estructura, presentación y método de respuesta del cuestionario original.

La equivalencia conceptual se refiere a si existe el concepto en la cultura donde se quiere traducir la escala y si se expresa de la misma manera en la cultura donde se ha desarrollado la escala. Si el concepto no existe en la nueva cultura será imposible adaptar la escala, si existe pero se expresa de una manera diferente será necesario hacer cambios importantes en la escala, y si existe y se expresa de la misma manera, será posible conseguir una escala muy parecida al original. La posibilidad de conseguir equivalencias entre una escala y las versiones traducidas de esta escala depende mucho de lo que pretenda medir la escala original y la magnitud de las diferencias entre la cultura de origen y la cultura de destino.

La equivalencia semántica es la equivalencia del significado de una frase en dos o más idiomas. La posibilidad de lograr este tipo de equivalencia es más una cuestión lingüística, en lo cual el primer paso es analizar bien el contenido semántico del original para poder reproducirlo en la versión traducida y adaptada. A veces esto implicará nada que hacer una traducción palabra por palabra (una traducción literal) mientras, en otras ocasiones, será necesario hacer grandes cambios para poder transmitir el sentido del original

(una traducción conceptual). La calidad de los traductores utilizados será de gran importancia en la obtención de una equivalencia semántica.

La equivalencia de nivel de lenguaje se refiere a si se utiliza un lenguaje formal, neutral o informal. Muchas veces los cuestionarios utilizan un lenguaje que es más bien neutral o informal, para no excluir a gente con un nivel de educación bajo y para que las escalas sean aceptadas por la mayoría de los individuos. Es importante destacar aquí que muchos traductores, al tener un nivel de educación relativamente alto, tienden a utilizar un lenguaje bastante formal que quizás no sea adecuado para los que vayan a contestar la escala. También hay que señalar que el hecho de que un lenguaje coloquial es aceptado en el país donde se desarrolla la escala no quiere decir que el mismo nivel de lenguaje sea aceptable en el país donde se pretende adaptar la escala.

La equivalencia escalar se consigue cuando un ítem o una respuesta en la versión traducida de una escala tiene el mismo grado, intensidad o magnitud que el mismo ítem o respuesta en la versión original.

El último tipo de equivalencia es la equivalencia funcional, que depende de si se han podido conseguir los otros tipos de equivalencia, y se refiere a si la versión traducida de una escala se comporta igual a la original. Para averiguar en que medida la versión traducida se comporta igual a la original se realiza un análisis factorial de los resultados obtenidos en un estudio piloto con muestras de usuarios similares a los que van a realizar el estudio.

Procedimiento de adaptación transcultural

Con el fin de obtener esta equivalencia de adaptación se llevó a cabo de acuerdo con las directrices y principios generalmente aceptados para la adaptación transcultural de instrumentos de medida (método de traducción-retrotraducción).

Primer lugar se efectuó una búsqueda bibliográfica de posibles versiones españolas ya existentes de la escala CANDID-S mediante consulta automatizada en las bases de datos MEDLINE, EXCERPTA MEDICA, e Índice Médico Español (IME)

Todo el proceso fue realizado por un equipo multidisciplinar formado por un psiquiatra especializado en discapacidad intelectual (garante de los aspectos clínicos), un experto en la adaptación transcultural de instrumentos, dos traductores especializados, una psicóloga clínica y dos investigadores clínicos (diplomadas en enfermería), mediante el método de traducción-retrotraducción por bilingües. El proceso incluyó las siguientes fases:

1. Obtención del permiso para la traducción y validación

de la escala de K. Xenitidis, el cual proporcionó la escala original en inglés.

2. Traducción directa

Se realizó una traducción directa de la versión original en inglés (lengua de origen) al español (lengua de destino), la cual fue llevada a cabo por un traductor bilingüe

licenciado en filología inglesa. Posteriormente se celebró una reunión de consenso, consistente en una revisión pregunta a pregunta de la versión del traductor, para escoger la más adecuada o proponer una nueva redacción, con especial énfasis en las equivalencias lingüística y semántica, de la que se obtuvo la versión española 1.

3. Traducción inversa.

Se realizó una traducción inversa (del español al inglés) de la versión española 1, llevada a cabo por un segundo traductor bilingüe licenciado en filología inglesa, sin conocimientos previos del cuestionario ni de las áreas a las que este se dirige, comparándose esta retrotraducción con la escala original.

Cada una de las preguntas de la versión española fueron categorizadas en función del acuerdo conceptual con sus respectivas preguntas en la versión original, en: tipo A (la retrotraducción es lingüística o semánticamente equivalente a la pregunta de la versión original); tipo B (lingüística y/o semánticamente equivalente, pero existen una o dos palabras con distinto significado); tipo C (las preguntas expresan un significado diferente, no siendo por tanto equivalentes). Posteriormente se celebró una segunda reunión de consenso para discutir las preguntas problemáticas (B o C) y proponer las soluciones (expresión alternativa, ejemplos, etc) consideradas más satisfactorias de modo que el significado no variara, obteniéndose la versión española 2.

4. Prueba piloto.

Se realizó una prueba piloto en 10 sujetos con discapacidad intelectual, y 10 profesionales de referencia que les conocían bien, con diferentes características sociodemográficas con el fin de incorporar sus sugerencias, y obtener la versión española definitiva.

Mediante un cuestionario individual estructurado completado en presencia del entrevistador se estudiaron las siguientes cualidades: a/ comprensión de las preguntas (si el usuario y el informador principal tiene o no dificultades para comprender o captar el significado de la pregunta); b/ adecuación cultural o aceptabilidad (si el usuario y el informador considera la pregunta extraña, ofensiva o inapropiada por cualquier razón, o la considera irrelevante para la afección de la persona evaluada); c/ el uso del lenguaje común (la pregunta se expresa en un lenguaje comprensible por la población general); d/ la factibilidad de la escala (si existe cualquier problema para completar el cuestionario, y el tiempo requerido para ello). En todos los casos se utilizó una escala de valoración tipo Likert con tres posibles respuestas (por ejemplo, para la variable adecuación: 1 “muy adecuado”, 2. “adecuado”, 3. “inadecuado”.

Los informadores principales debían completar primero la escala CANDID-S sin ayuda, comentando posteriormente con el entrevistador cada una de las partes de la escala (instrucciones, preguntas, opciones de respuesta), animándoseles a proponer sugerencias y formulaciones alternativas de todas ellas. Asimismo, el clínico propuso sugerencias, obteniéndose la versión española 3.

Finalmente se realizó un consenso final con el fin de decidir entre posibles diferencias de matiz, para obtener la versión final española definitiva de la escala CANDID-S

- La segunda fase ocupa el intervalo desde Octubre 2003 a Septiembre 2004. Durante este tiempo se realizó un estudio piloto con el objetivo de familiarizarnos con el test, realizar los cambios que consideramos oportunos, realizar nuevas aportaciones...
- En la tercera fase, iniciada en abril 2005, se iniciaron los contactos con otros centros con la finalidad de obtener una muestra lo suficientemente amplia como para poder validar el test.

Características del estudio:

Se trata de un estudio transversal y multicéntrico.

Los centros que formaron parte del estudio fueron centros pertenecientes a la provincia de Girona y Barcelona, englobando distintas comarcas.

Dichos centros fueron:

- (Pro-Disminuïts. Fundació Privada Terrassenca).
- COIET (Centre Ocupacional i Especial de Treball). Banyoles.
- FUNDACIÓ MAP. Ripoll.
- CENTRE OCUPACIONAL i ESPECIAL DE TREBALL TRAMUNTANA. Palafrugell.
- FUNDACIÓ RAMON NOGUERA. Girona.

Se contó también con la colaboración de la FUNDACIÓ ALTEM y la COOPERATIVA LA FAGEDA a través de la inclusión de algunos de sus usuarios.

Dichos centros fueron coordinados des del SESMDI (Servei Especialitzat de Salut Mental per a persones amb Discapcitat Intel·lectual).

Previo al inicio del estudio, después de contacto con los centros y una vez firmado el consentimiento de participación en el estudio, se realizaron unas sesiones de trabajo donde responsables del SESM-DI (enfermera y trabajadora social) coordinaron la formación de los participantes.

Se les entregó el manual de formación donde constaba el test original, la traducción, las dudas más frecuentes y un breve resumen del manual original. Independientemente cada centro recibió 25 carpetas individuales con los tests a administrar para cada uno de los sujetos que participarían en el estudio.

(El material contenido en las carpetas aparece en Anexo 2).

Población

La población de estudio estuvo formada por usuarios con DI de grado leve o moderado que habitualmente reciben atención específica/especializada en dichos centros.

Criterios de inclusión

- Usuarios de ambos sexos.
- Edad comprendida entre los 18 y 65 años.
- Presentar una DI leve o moderada según CI y de acuerdo a los criterios diagnósticos DC-LD (Diagnostic Criteria for Learning Disability).
 - Discapacidad intelectual leve (código 317)
Coeficiente Intelectual (CI): 50-69; edad mental: de 9 a 12 años.
 - Discapacidad intelectual moderada (código 318.0)
CI: 35-49; edad mental: de 6 a 9 años
- Presencia de un responsable/tutor/familiar.

Criterios de exclusión

- DI de grado grave o severo.
- Edad < 18 años o > 65 años.
- No firmar el consentimiento informado.
- Limitaciones sensoriales que impidan llevar a cabo la valoración.

Selección de la muestra

Se realizó un muestreo de conveniencia no probabilístico entre los usuarios de PRODIS, COIET, MAP, TRAMUNTANA, ALTEM, FAGEDA, FRN y SESM-DI que cumplieran los criterios de inclusión.

La muestra se seleccionó de forma equiprobabilística hasta obtener una “n” total de 92 sujetos. Se incluyeron aquellos sujetos que cumplieran los criterios de inclusión.

Descripción de los instrumentos (referirse de nuevo a Anexo 2)

- **1. CANDID-S**
- **2. EIS** - Support Intensity Scale (Thompson et al, 2002). Escala multidimensional diseñada para determinar el patrón y la intensidad de los soportes que necesita la persona. Pensado para evaluar las necesidades de soporte, determinar la intensidad de los soportes, controlar el progreso, evaluar los resultados de los adultos con discapacidad en su desarrollo personal.
- **3. ZARIT** - Escala de sobrecarga del cuidador (Zarit, 1996). Definición, ordenación, contenido de los ítems y dimensiones: evalúa los niveles de sobrecarga de los cuidadores y familiares, especialmente en el ámbito de la demencia. Mide el grado en el que el cuidador percibe que sus actividades de cuidador alteran su propia salud física y emocional, situación económica.... La puntuación máxima es de 88, puntuación que indica que el cuidador principal presenta una importante sobrecarga.

- **4.HAD** - Hospital Anxiety and Depression Test. (Zygmund y Snaith, 1983). Definición, ordenación, contenido de los ítems y dimensiones: Entrevista semiestructurada que valora el estado de ánimo a través de parámetros de ansiedad y depresión.

Recogida de datos

Cada centro contactó con los usuarios y les dio cita para una reunión informativa que tendría lugar en las dependencias de cada uno de los centros de referencia.

Una vez acudieron al centro correspondiente, se les informó sobre la existencia del proyecto y se pidió su colaboración.

En caso de aceptar se les facilitó y leyó el consentimiento informado. Una vez firmado se incluyó al usuario en el estudio.

La evaluación se realizó en un solo día e incluyó:

- Entrevista con el usuario para la administración del CANDID-S
- Entrevista con el cuidador principal para la administración del CANDID-S, HAD, Escala de sobrecarga del cuidador (ZARIT) y EIS.
- Entrevista con la persona referente del equipo para la administración del CANDID-S y el EIS.

El tiempo aproximado de valoración fue de 120 minutos.

Sólo los participantes que dependían del equipo SESM-DI tuvieron que volver al cabo de 7- 10 días para la valoración test-retest.

También para este mismo equipo, el número de examinadores varió, pasando de 1 a 2, para el posterior estudio de la fiabilidad interexaminador.

Variables registradas.

(Ver Anexo 3 para la codificación de las variables para cada uno de los centros)

Del usuario:

- Sociodemográficas:
 - Iniciales
 - Edad
 - Sexo
 - Grado de discapacidad intelectual
 - Lugar de residencia
 - Recurso laboral actual
- Diagnóstico: etiología clínica si conocida

- Antecedentes y patologías concomitantes:
 - Limitaciones sensoriales
 - Antecedentes familiares de discapacidad
 - Antecedentes personales de problemas psiquiátricos, neurológicos, digestivos, cardiovasculares, endocrino-metabólicos, genito-urinarios, hematológicos, respiratorios, inmunológicos, músculo-esqueléticos, dermatológico-conectivos, neoplásicos
 - Hábitos tóxicos.

- Medicación actual:
 - Psicofármacos (ansiolíticos, neurolépticos, antidepresivos, hipnóticos).
Antiepilépticos
 - Anticolinérgicos
 - Tiroideos
 - Otros

- Cognitivo: Nivel de CI (baremado a través de distintas pruebas según el centro)

- Datos correspondientes a la administración del CANDID-S versión usuario

Del cuidador principal:

- Demográficas, administrativas y relacionales: nombre, edad, sexo, estado civil, parentesco, años de convivencia
- Años de cuidado
- Calidad de la relación con el usuario
- Datos del estado de sobrecarga emocional (Zarit).
- Datos sobre aspectos emocionales: ansiedad y depresión (HAD).
- Puntuaciones sobre la necesidad de servicios (CANDID-S versión cuidadores)
- Datos correspondientes a las puntuaciones obtenidas en la escala EIS

Del personal de referencia del equipo

- Demográficas, administrativas: edad, sexo, profesión y cargo que ocupa dentro el equipo de trabajo, lugar de trabajo.
- CANDID-S versión equipo

Índices calculados

Los indicadores evaluados fueron los siguientes:

- fiabilidad test-retest
- fiabilidad interexaminador
- validez de constructo convergente
- validez de constructo discriminante
- validez de criterio concurrente

Se calculó la fiabilidad test-retest en relación con la puntuación del CANDID-S del usuario. Se realizó el retest en el intervalo de 7-10 días del primer día de evaluación.

También se estudió la fiabilidad interexaminador en una parte de la muestra, por lo que se utilizaron dos examinadores. Para ello, se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI).

Se determinó la validez de constructo (convergente y discriminante) y la validez de criterio.

Para determinar la validez de constructo convergente se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, presuponiendo que los sujetos con más necesidades generarían más sobrecarga en el cuidador, es decir, la puntuación en la escala de Zarit sería más elevada que en los sujetos con menos necesidades. Para ello, se calculó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Para determinar la validez de constructo discriminante se estudió la puntuación del CANDID-S según el evaluador, es decir, se estudió si había diferencias significativas en la puntuación según la persona evaluadora. Se calculó la diferencia de desviación estándar (DE) en un intervalo de confianza del 95%.

Por último, se estudió la validez de criterio concurrente del CANDID-S, que hace referencia a la relación que hay entre las puntuaciones del CANDID-S y el gold estándar que previamente ha demostrado su utilidad. En este caso, al no haber un gold estándar establecido se correlacionó con la escala de la intensidad de los soportes (EIS). Se calculó la diferencia de desviación estándar (DE) en un intervalo de confianza del 95%.

4. RESULTADOS

4.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

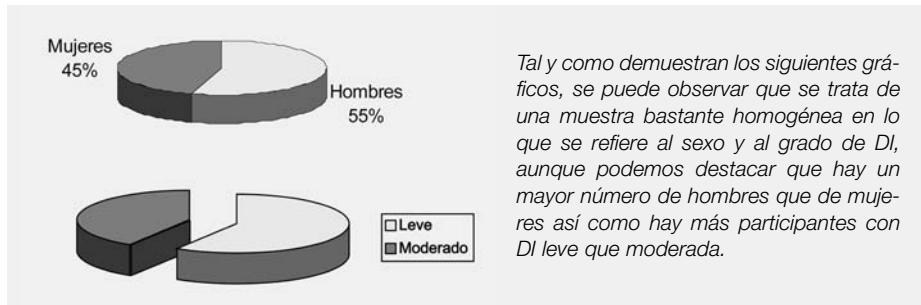
Características de los participantes

Muestra formada por una "n" total de 92 usuarios, esto es, 92 participantes con DI, 92 familiares y sus correspondientes equipos de referencia.

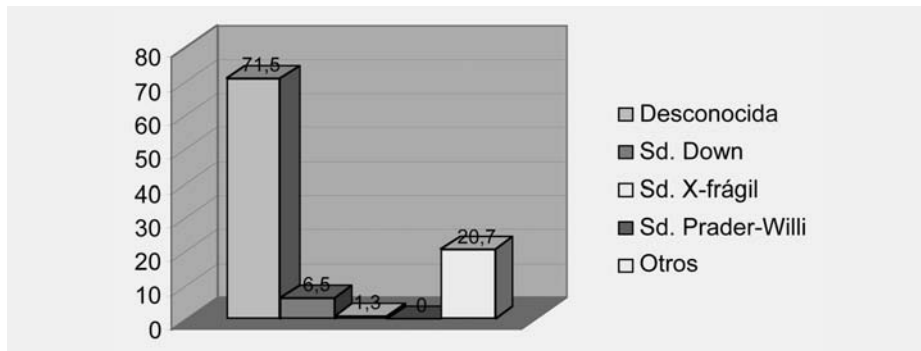
Características de los sujetos con DI

De los 92 participantes, se obtiene una edad media de 34 años, con una distribución por sexos de 55% hombres y 45 % mujeres.

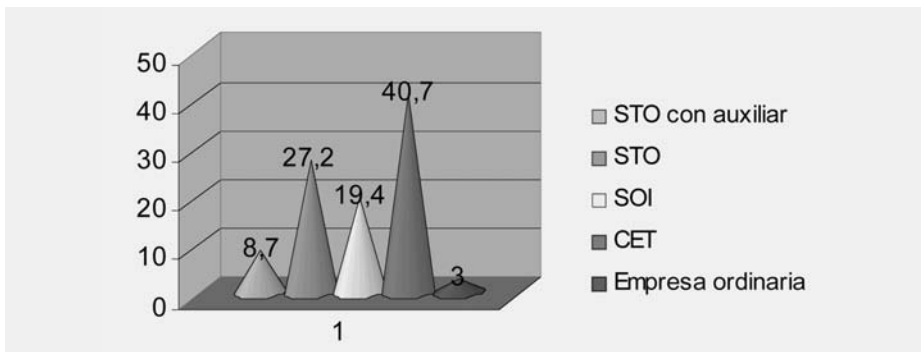
Respecto al nivel de DI, un 59% de los participantes presenta DI leve y un 41% DI moderada.



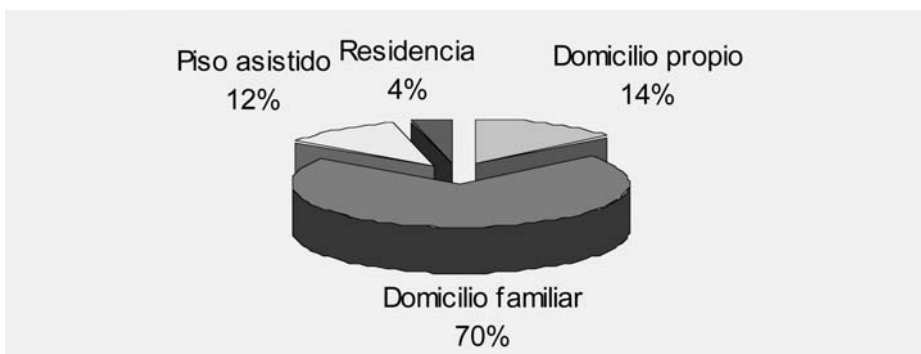
Respecto a la etiología, un 6.5% presentan síndrome de Down, 1.3% X-Frágil, 20.7% otros (incluye síndrome de Williams y Esclerosis Tuberosa entre otros). También se puede comprobar que la etiología de la DI no es conocida en un 71.5% de los casos.



En cuanto al recurso socio laboral de los participantes se observa que una buena parte de ellos proceden de CET y STO. Representándolo de forma gráfica, obtenemos:

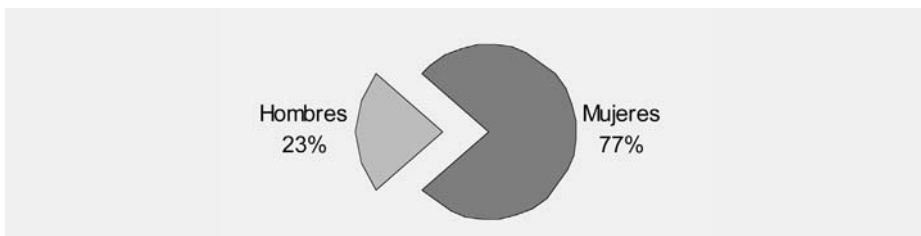


El 70 % de los casos, los participantes viven con sus familias en el domicilio familiar. El 14% de las personas con DI viven en domicilio propio, el 12% en un piso asistido y el 4% en residencias.

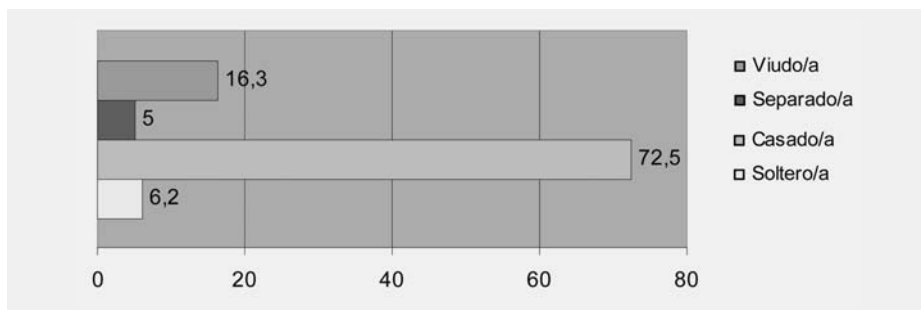


Características del cuidador principal

Como se puede ver en los resultados, la mayoría de los cuidadores son mujeres con una edad media de 54.8 años.

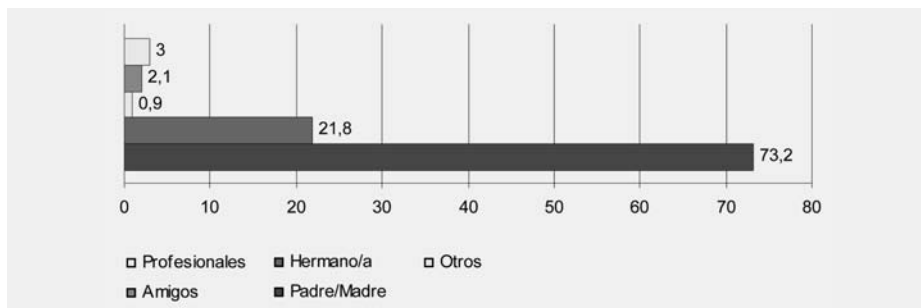


Respecto a su estado civil, el gran porcentaje lo forman casados (72%).

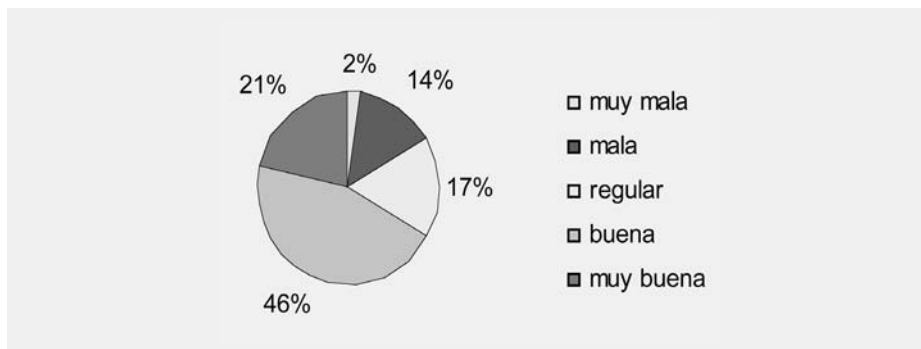


El vínculo familiar mayoritario son los parentales (padre, madre) con más de 25 años cuidando de sus hijos con DI (una media de 26.6 años).

El segundo grupo de cuidadores, aunque con un porcentaje claramente inferior está formado por los hermanos.



La calidad de la relación, es decir impresión subjetiva de los cuidadores respecto a la relación con sus familiares con DI es la siguiente:

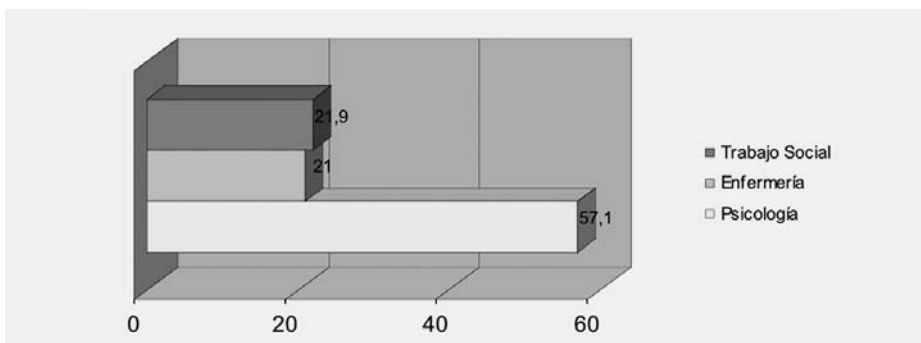


Características de los evaluadores

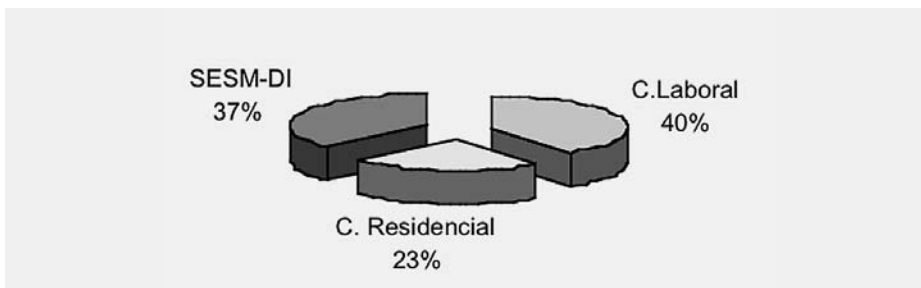
En general, los evaluadores son profesionales con una edad media de 30.5 años. Casi en su totalidad son de sexo femenino y con la formación de psicología, trabajo social y enfermería (de mayor a menor proporción según los resultados).



Categoría profesional



El lugar de trabajo de estos trabajadores se distribuye de manera bastante uniforme entre centros laborales y ocupacionales, centros residenciales y el SESM-DI.



4.2 ESTUDIO DE VALIDEZ-FIABILIDAD

Valores de concordancia test-retest e interexaminador

	Tipo de fiabilidad	CCI (IC 95%)		
		Usuario	Cuidador	Profesional
Necesidades detectadas	<i>Test-retest</i>	0,88 (0,81-0,92)	-	-
Necesidades no detectadas	<i>Interexaminador</i>	0,88(0,69-0,85)	0,89 (0,72-0,96)	0,80 (0,49-0,92)
	<i>Test-retest</i>	0,76 (0,65-0,83)	-	-
Total necesidades	<i>Interexaminador</i>	0,89 (0,77-0,96)	0,74 (0,35-0,90)	0,45 (0,32-0,79)
	<i>Test-retest</i>	0,85 (0,77-0,90)	-	-
	<i>Interexaminador</i>	0,90 (0,74-0,96)	0,82 (0,54-0,93)	0,74 (0,33-0,90)

* CCI: Coeficiente de Correlación Intraclase

Valoración de la concordancia según CCI	
Valor CCI	Fuerza de la concordancia
>0,90	Muy buena
0,71-0,90	Buena
0,51-0,70	Moderada
0,31-0,50	Mediocre
<0,30	Mala o nula

Validez del constructo convergente

Se realiza un estudio del coeficiente de correlación de Spearman entre las necesidades detectadas por el usuario, el cuidador y el profesional y la puntuación en la escala de Zarit. Las puntuaciones obtenidas se muestran en la siguiente tabla:

	Escala de sobrecarga del cuidador		
	USUARIO	CUIDADOR	PROFESIONAL
Necesidades cubiertas	0,07	0,37*	0,43*
Necesidades no cubiertas	0,15	0,47*	0,31*
Necesidades totales	0,13	0,53*	0,50*

* p<0,001

Validez del constructo discriminante

Este constructo determina la diferencia entre el número de necesidades cubiertas, necesidades no cubiertas y necesidades totales de los usuarios, profesionales y cuidadores. Los resultados determinan diferencias entre las necesidades cubiertas y las necesidades totales.

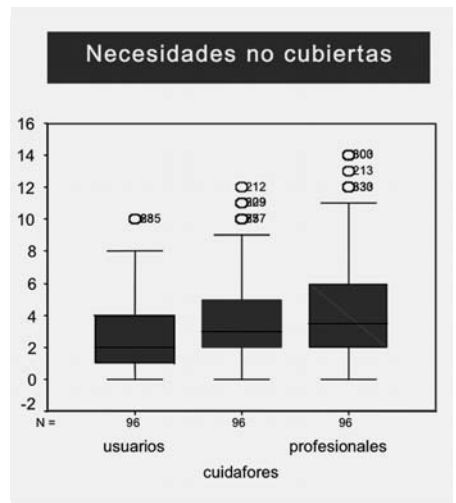
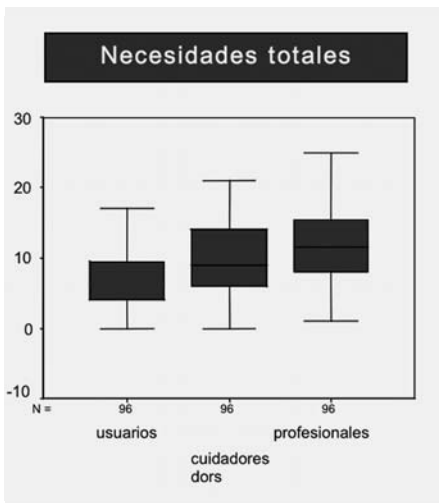
No hay diferencias entre las necesidades no cubiertas entre usuarios-cuidadores y cuidadores-profesionales.

Sí hay diferencias entre usuarios-profesionales en la detección de necesidades no cubiertas.

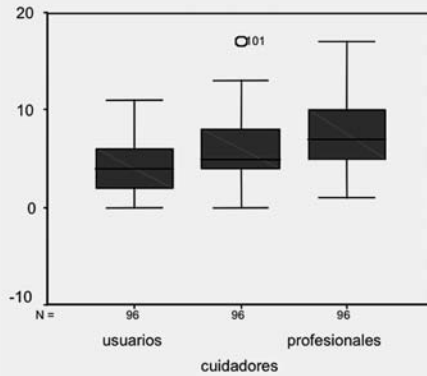
Se observa en la siguiente tabla las medias y los intervalos de confianza (95%) para usuarios, cuidadores y profesionales respecto a la valoración del número de necesidades cubiertas, no cubiertas y totales según el grupo

	Usuarios		Cuidadores		Profesionales	
	Media (DE)	IC 95%	Media(DE)	IC 95%	Media (DE)	IC 95%
NC	4,4(2,7)*	(3,9-5,0)	6,1 (3,3)*	5,4-6,8	7,6 (3,4)*	6,9-8,3
NnC	2,7 (2,2) †	(2,3-3,2)	3,6 (2,9) †	3,0-4,2	4,2 (3,4)†	3,5-4,9
NT	7,1 (3,9)*	(6,3 - 7,9)	9,7 (4,7)*	8,8-10,6	11,8 (4,9)*	10,8-12,8

*NC Necesidades cubiertas; NnC Necesidades no cubiertas; NT Necesidades totales; * diferencias entre usuarios-cuidadores-profesionales; † diferencias entre usuarios-cuidadores y entre cuidadores-profesionales*



Necesidades cubiertas



Validez del constructo concurrente

Los coeficientes de correlación del número de necesidades totales según usuario-cuidador-profesional con la puntuación a las diferentes dimensiones de la escala EIS son significativas para los cuidadores y los profesionales.

Se observa en la siguiente tabla, las diferencias entre el número de necesidades valoradas por el CANDID según el perfil de soportes (percentil ≤ 10 vs. percentil > 10) de la EIS. Tener en cuenta que percentil ≤ 10 se trata de personas con pocas necesidades de soporte, mientras que > 10 son las personas que requieren mayor ayuda.

	Necesidades de soporte EIS	Usuario		Cuidador		Profesional	
		Media(DE)	IC 95%	Media (DE)	IC 95%	Media (DE)	IC 95%
NC	Percentil ≤ 10	4,5 (2,4)	3,9-5,1	5,3 (3,3)*	4,4-6,2	7,0 (3,1)*	6,2-7,8
	Percentil > 10	4,3 (3,6)	3,2-5,5	7,5 (3,0)	6,5-8,5	8,9 (3,7)	7,6-10,1
NnC	Percentil ≤ 10	2,5 (2,2)	2,0-3,1	2,4 (2,2)*	1,9-3,0	3,1 (2,6)*	2,5-3,8
	Percentil > 10	2,9 (2,2)	2,1-3,6	5,1 (2,6)	4,2-6,0	5,5 (3,5)	4,4-6,7
TN	Percentil ≤ 10	7,0 (3,7)	6,1-8,0	7,7 (4,2)*	6,6-8,8	10,1 (4,5)*	9,0-11,3
	Percentil > 10	7,2 (3,9)	5,7-8,7	12,7 (3,5)	11,5-13,9	14,3 (4,5)	12,8-15,9

NC Necesidades cubiertas; NnC Necesidades no cubiertas; NT Necesidades totales; * diferencias entre el percentil ≤ 10 y el percentil > 10



5. DISCUSIÓN

Las personas con DI tienen una constelación compleja de necesidades, que generalmente se incluyen bajo el término “necesidades especiales”.

Sin embargo la dificultad para valorar esas “necesidades” radica en la falta de consenso sobre dicho término, a veces entendida como “la obligación que tenemos para que los usuarios puedan conseguir una buena calidad de vida” (Departament of Health Social Services Inspectorate, 1991) o bien entendido como “ un problema que se puede beneficiar de una intervención (Stevens y Gabbay, 1991)

En segundo lugar y, tal como se ha comentado, tampoco existe consenso sobre cómo valorar las necesidades.

Mientras algunos autores argumentan que dichas necesidades deben ser sólo valoradas por los profesionales (Mooney, 1986.), los autores de este trabajo comparten la opinión con otros autores (Slade, 1994.), promoviendo que la evaluación de dichas necesidades debe ser llevada a cabo desde un punto de vista tripartito: a la opinión del propio profesional hay que sumarle la del cuidador y por último la del propio usuario-obviada en muchas ocasiones -, que generalmente va a diferir de forma sistemática de la opinión de los dos informadores anteriores.

El CANDID fue diseñado con el objetivo estudiar las necesidades y al mismo tiempo mejorar la calidad de vida y la calidad de los servicios.

Viendo esta necesidad en nuestro medio y, teniendo conocimiento de dicha escala, se realiza el estudio de fiabilidad y validez de la escala en lengua castellana.

El estudio de fiabilidad test-retest e interexaminador

Globalmente los resultados sugieren una fiabilidad buena y solamente es mediocre en lo que hace referencia a la concordancia entre profesionales en las necesidades no detectadas

En los valores del usuario la fiabilidad interexaminador es superior al test-retest. Esta tendencia es similar a lo que exponen los autores en el artículo original de validación.

De hecho, era esperable por la propia estructura de la entrevista, ya que el “examinador 2” al no ser el interlocutor, no va a poder aclarar sus posibles dudas.

Por ello, la fiabilidad test-retest tenderá a ser mejor que la interexaminador.

Validez de constructo convergente

Los resultados muestran correlaciones moderadas y significativas de la puntuación de la escala de sobrecarga y el número de necesidades determinadas por el cuidador y el profesional.

La correlación más elevada es la de la puntuación total del Zarit (es decir, mayor nivel de sobrecarga) y el número de necesidades totales valoradas por el cuidador.

Estos resultados apoyan una valoración positiva del grado de validez del constructo convergente de la validación del CANDID-S

Validez de constructo discriminante

Los resultados muestran diferencias significativas importantes entre las necesidades detectadas y las totales. No hay diferencias entre las necesidades no detectadas entre usuarios-cuidadores, ni entre cuidadores-profesionales. A pesar de ello, podemos observar diferencias estadísticamente significativas entre los usuarios-profesionales en lo que a las necesidades no detectadas se refiere.

Validez de criterio concurrente

Hace referencia a la relación que hay entre las puntuaciones del CANDID-S y el gold-estándar que previamente ha demostrado su utilidad, en este caso con las puntuaciones del EIS, ya que no hay un gold-standard establecido.

En este caso, comparando el número de necesidades según el CANDID-S y dos grupos (percentiles >10 y ≤ 10 del perfil de las necesidades de soporte del EIS) se puede observar que hay diferencias significativas entre los percentiles para los grupos de cuidadores y profesionales.

Los coeficientes de correlación del número de necesidades totales según usuarios – cuidadores – profesionales con la puntuación en las diferentes dimensiones del EIS son significativas para los cuidadores y los profesionales.

Las correlaciones no significativas referentes a la valoración de necesidades por parte del usuario se pueden explicar por la su falta de capacidad de introspección, por sus dificultades comunicativas, por la combinación del déficit cognitivo las alteraciones en su estado mental, la presencia de conductas desafiantes...

Sin embargo es importante tener en cuenta el punto de vista de los usuarios, especialmente si difiere sistemáticamente del resto de evaluadores.

En conclusión, se demuestra que el CANDID-S es una escala válida y fiable y, por las características del estudio, también se demuestra que puede ser utilizada por un amplio rango de profesionales con un entrenamiento mínimo.

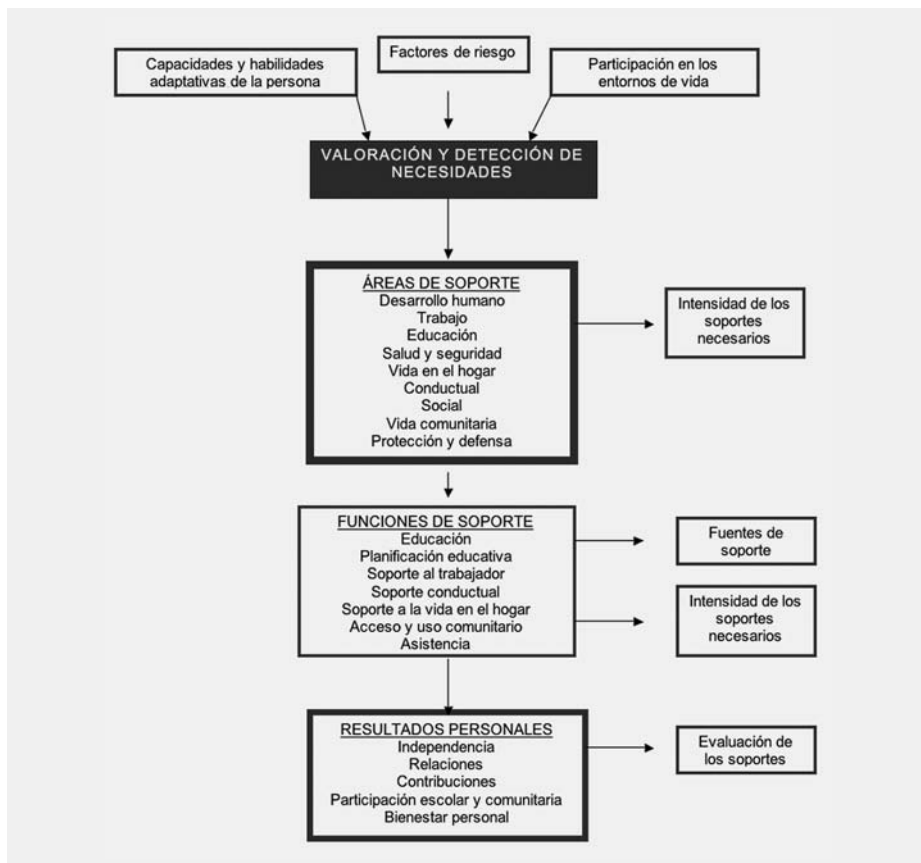
Se trata, pues, de un instrumento de valoración y detección de necesidades breve y muy útil que solamente requiere estar familiarizado a su contenido.

Puede ser útil para facilitar el uso racional y la distribución justa de los escasos recursos disponibles alentando una provisión de servicios según las necesidades, a nivel:

- **Individual.** Desarrollo de los Planes Individuales de Rehabilitación (PIR), de los Planes de Atención Individualizada (PAI), de los Planes Educativos Especializados (PEI), Programara individual de Soportes (PIS)...
- **Comunitario.** Distribución de servicios por área geográfica

Consideramos, que tal como se muestra en la tabla siguiente, la valoración de los sopor-tes necesarios y su intensidad debe pasar previamente por la valoración de las necesida-des de la persona.

Estamos convencidos que estudiar previamente las necesidades va a suponer un ahorro de tiempo y de distribución correcta de los poco recursos así como disminuir la situación de sobrecarga de cuidadores, profesionales y del propio usuario.



De igual forma, la evaluación estructurada de las necesidades, permite distintos tipos de intervención para cada una de las áreas, tal y como se ejemplifica a continuación.

Si se detectan necesidades en...	POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN
VIVIENDA	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de autonomía • Plantear un cambio de ubicación para obtener un recurso más adecuado a las características del usuario • Asistencia domiciliaria • Servicios de centros residenciales • Solicitud para la concesión de ayudas del programa para la adaptación o accesibilidad de viviendas para personas con disminución • Mejora de la estructura arquitectónica: trámites para obtener ayudas para hacer reformas en el hogar. Barras de pared, plataforma abatible de ducha, asiento giratorio de bañera, levanta water, automatismo de puertas, ventanas y/o persianas... • Mejora relacionada con la habitación del usuario: compañero de habitación / habitación individual y/o colectiva, cama articulada, barandillas de cama,
COMIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas dietéticas para problemas concretos tales como obesidad, hipercolesterolemia, estreñimiento, malnutrición... • Si es necesario, programar visita con especialista en dietética y nutrición • Programa de planificación: ofrecer estrategias para adquirir habilidades básicas o de nivel superior relacionadas con la preparación de comida, la compra de productos... • Programa de manipulación de alimentos: normas de seguridad e higiene
CUIDADO PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar estrategias de modelaje para fomentar la independencia personal • Proporcionar la ayuda necesaria de un referente para la supervisión, indicaciones verbales, gestuales o físicas como medidas de mayor soporte para la correcta realización de la higiene personal. • Proporcionar formación educativa relacionada con la higiene personal: medidas para evitar proliferación de hongos, evitar caries, halitosis, mala olor corporal... • Ofrecer a la persona la posibilidad de poderse depilar, decolorar el vello... • Proporcionar educación relacionada con la salud bucodental (supervisión de la correcta higiene dental)
CUIDADO DE LA CASA	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar programas de independencia en el hogar • Tramitar los soportes necesarios: PUAD (Solicitud de Atención Social a las personas con disminución) • Proporcionar ayudas para poder mantener el hogar • Mantenimiento de su hogar y/o habitación en actividades básicas y progresivamente aumentando el grado de complejidad. • Proporcionar soportes / modelaje en habilidades básicas: hacerse la cama, barrer, lavar los platos...
ACTIVIDADES DURANTE EL DÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio programático: habilidades funcionalmente equivalentes y adecuadas a su edad cronológica y nivel de discapacidad • Programas y proyectos de Integración laboral • Potenciar las actividades relacionadas con el aumento del ejercicio físico, con las salidas al exterior... • Adaptaciones para el juego y el ocio
SALUD FÍSICA GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud relacionada con alguna enfermedad que pueda tener el usuario, medidas de prevención. • Medidas dietéticas para problemas concretos tales como obesidad, hipercolesterolemia, estreñimiento, malnutrición... • Planificación de los controles periódicos de salud: odontología, neurología, ginecología...
VISTA / OÍDO	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar revisión oftalmológica / optométrica y / o otorrinolaringológica • Retirar tapones de cerumen • Medidas de ajuste: gafas, lentillas, IQ, prótesis auditiva, telelupa, lupa con luz, atril, adaptación del interfono, bucle inductivo para móviles... • Adecuación del entorno en caso de déficit sensorial: programa de magnificación de caracteres • Medidor de glucemia con voz

MOVILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas suplementarias: silla de ruedas, mando especial para silla de ruedas eléctrica, silla interior de posicionamiento, bastón... • Ayuda en las transferencias: grúa, trapecio, mesa de transferencias, disco giratorio, arnés ... • Sesiones de fisioterapia y rehabilitación terapéutica • Equinoterapia • Fomentar el ejercicio físico moderado y constante • Taller de psicomotricidad • Sesiones de educación física • Obtención del permiso de conducir • Asesoramiento en las adaptaciones de las acciones para la conducción: Embrague o vehículo automático, freno autobloqueante, acelerador mecánico, inversor de pedal, cojín de seguridad
CRISIS EPILÉPTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud sobre la enfermedad y su tratamiento y control • Proporcionar estrategias de aceptación de la enfermedad • Programar visita a Servicio de Neurofisiología • Programar visita a Servicio de Neurología
PROBLEMAS MENTALES	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar una interconsulta con servicios psiquiátricos • Valoración sistemática de la adecuación del tratamiento: descartar iatrogenia • Educación para la salud: información sobre la enfermedad • Proporcionar técnicas de autocontrol emocional • Proporcionar medidas de seguridad en el entorno de la persona para ella misma y para los demás
OTROS PROBLEMAS MENTALES	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar técnicas de autocontrol emocional en situaciones estresantes • Técnicas de manejo de situaciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Técnicas de manejo de ansiedad ○ Desensibilización de autocontrol ○ Inoculación al estrés • Programa de relajación progresiva • Terapia no verbal • Terapia cognitiva • Terapia conductual • Incidir en la importancia de pedir ayuda, de buscar alternativas
INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer los conocimientos respecto al tratamiento que la persona tiene prescrito: objetivo, efectos adversos, dosis... • Favorecer que la persona pueda hacerse responsable de su propia medicación (preparación y administración correctas): automedicación, habilidades sociales relacionadas con el uso de la farmacia...
RIESGO DE FRAUDE	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar medidas de seguridad y supervisión • Educación, información y concienciación de los riesgos del entorno
AUTOSEGURIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de autocontrol emocional: • Técnicas que facilitan el cambio de conducta • Técnicas de planificación ambiental • Técnicas de programación conductual • Entrenamiento en autoinstrucciones • Terapia de relajación: • Relajación • Estrategias de redirección
SEGURIDAD DE LOS OTROS	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol emocional • Terapia de relajación (Shultz, Jakobson, Tortuga) • Estrategias de redirección
CONDUCTA INAPROPIADA	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de redirección • Programas de intervención social: habilidades relacionadas con la cooperación, amabilidad y adecuación del trato hacia los demás en las situaciones interactivas. • Habilidades relativas a la participación activa en los grupos sociales • Estrategias proactivas • Estrategias reactivas
ABUSO DE SUSTANCIAS	<p>Educación para la salud: conductas adictivas: alcoholismo, tabaquismo y juego patológico</p> <p>Alcoholismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - técnicas aversivas para suprimir/ reducir el consumo

	<ul style="list-style-type: none"> - entrenamiento en conductas incompatibles y/o alternativas - programas de autocontrol - prevención de recaídas - tratamientos farmacológicos - grupos de autoayuda - Prevención del OH - Tratamiento ambulatorio vs hospitalización <p>Tabaquismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento médico - Tratamiento psicológico: la técnica del fumar rápido, programas multicomponentes... - Tratamiento comunitario y grupos de autoayuda <p>Juego Patológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas aversivas y desensibilización imaginada - Exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos - Control de estímulos u exposición gradual con prevención de respuesta - Terapia farmacológica - Terapia de grupo <p>Otras adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención en crisis - Programa de desintoxicación - Programa de deshabitación a largo plazo - Prevención de riesgos
COMUNICACION	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de logopedia • Ofrecer un plan de comunicación alternativa. Programa de símbolos y textos para la comunicación (SPC, BLIS, Comunicación Total, Bimodal) • Mejora de las habilidades sociales con entrenamiento específico en este sentido • Acceso alternativo al ordenador • Pasa páginas electrónico • Amplificador del habla • Teclado alternativo • Procesador de textos con voz
RELACIONES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo a nivel de habilidades sociales (HHSS, El trencito, El trivial de la conciencia, role-playing...) • Taller de teatro • Ocio integrado • Sesiones de identidad y afectividad • Grupos de autoayuda • Equinoterapia
EXPRESIÓN SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer un programa de educación para la salud sexual • Grupo de afectividad y sexualidad • Prevención de riesgos • Atender las necesidades afectivas de las personas creando programas según la edad: <p>6-8 años: manifestaciones sexuales infantiles, modelos y moral sexual. Agentes de socialización: familia, escuela e iguales 12-16 años: cambios puberales, redefinición de la identidad sexual, rol genérico, erotismo puberal, orientación del deseo, afectos. Agentes socialización: escuela, familia, iguales, otras instituciones > 16 años: Ritos de iniciación, búsqueda de pareja y vinculación afectiva. Agentes socialización: otros servicios (sanitarios, planificación familiar...)</p>
CUIDAR A OTROS	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de ocio • Entrenamiento en habilidades sociales • Educación relacionada con el embarazo, riesgos, programas pre-parto...
EDUCACIÓN BÁSICA/LECTOESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de soporte externo a la ESO • Refuerzo pedagógico • Adaptación del material curricular • Asesoramiento a centros educativos

	<ul style="list-style-type: none"> • Formación continuada • Terapia de estimulación cognitiva • Terapia de estimulación cognitiva por ordenador: programa GRADIOR, PATAM, EXLER, COFRE, SOFT TOOLS... • Programa para utilizar Windows con síntesis de voz
TRANSPORTE PÚBLICO	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales • Ayudas para asistir a determinados servicios: formación ocupacional para centros autorizados, centros de rehabilitación • Transporte adaptado
MANEJO DEL DINERO	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales
SATISFACCIÓN ECONÓMICA	<ul style="list-style-type: none"> • Trámites con los gestores de los servicios sociales • Protección legal: creación de una guía para usuarios, familiares y asociaciones. • Programa de soporte a la dependencia

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Son evidentes a simple vista las limitaciones que el presente estudio presenta.

En primer lugar no se dispone de un gold-estándar establecido.

Cabe destacar que la prueba de soportes utilizada está también en estos momentos en proceso de validación.

En segundo lugar, tener en cuenta que se está valorando la cantidad de necesidades, pero no su calidad, es decir, de todas las necesidades se desconoce cuáles son las que requieren más soporte

En tercer lugar, el presente estudio no tiene la finalidad de estudiar cuáles son las necesidades no satisfechas de los usuarios que participaron en él, por lo que no se tiene conocimiento de los déficits más comunes.

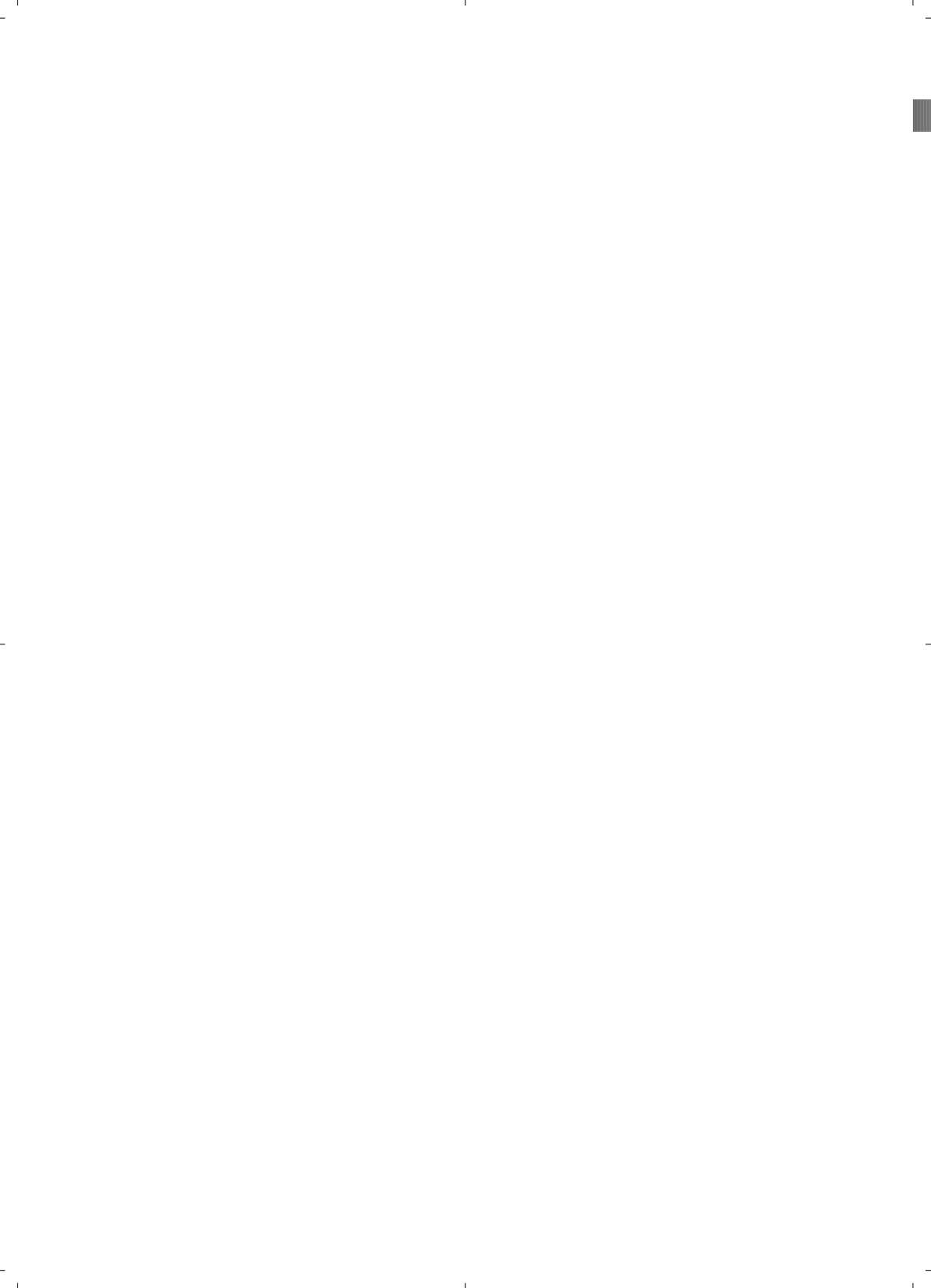
El CANDID-S nos permite, a través de la detección de las necesidades, establecer un punto de partida para realizar programas de intervención completa para cada una de las variables estudiadas.

Planteamos a continuación posibles líneas de intervención para cada dominio.

7. FUTURO

De forma esquemática, el trabajo realizado plantea nuevos retos para el futuro:

- Dar a conocer esta escala de detección de necesidades para mejorar la calidad de los servicios.
- Conocer cuáles son las necesidades más desatendidas para planificar intervenciones dirigidas a proporcionar los soportes necesarios para cubrirlas.
- Utilizar el CANDID-S como instrumento de valoración de la eficacia de las intervenciones.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTICULOS REFERENCIADOS EN EL TRABAJO

American Association on Mental Retardation. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports. 9th Edition*. Washington DC

American Association on Mental Retardation. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports. 10th Edition*. Washington DC

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and estatistical Manual of mental disorders (4th edition)* (DSM-IV. Washington DC: APA)

Berry C, Kennedy. (sep 2003). P A psychometric analysis of the Needs Assessment Checklist (NAC) *Spinal Cord*. 41 (9): 490-501.

Department of Health Services Inspectorate. (1991). *Care Management and Assessment: summary of practice guidance*. London: HMSO)

Holmes, N., Shah, A et Wing, L. (1982). The Disability Assessment Schedule: a brief screening device for use of mentally retarded. *Psychological medicine*, 12, 879-890.

Mooney. (1986). Nedd Demand and the agency relationship. In *Economics, Medicine, Health Care* (ed Mooney) (2 ed). London: Harvester Wheatsheaf).

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G. et al (1995). The Camberwell Assessment of Need : The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 1995 Nov; 167(5):589-95

Raghavan R, Marshall M, Lockwood A, Duggan L. (2004 Jan). Assessing the needs of people with learning disabilities and mental illness: development of the Learning Disability version of the Cardinal Needs Schedule. *Journal of Intellectual Disabilities Res.*;48 (1):25-36.

Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, Woods B, Hoe J, Leese M, Orrell M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *The British Journal of Psychiatry* 176: 444-452.

Roy A, Matthews H, Clifford P, Fowler V, Martin DM H (2002). Ealth of the Nation Outcome Scale for people with Learning Disabilities (HONOS-LD), *The Bristish Journal of Psychiatry* 180: 61-66

Slade h. Need assessment. Involment of staff and users will help to meet needs. *British Journal os Psychiatry*, 165, 293-296. 1004.

Stevens&Grabbay. (1991). Needs assessment. *Health Trends* 23, 20-23

The Royal College of psychiatrists. (2001). *Diagnostic Criteria for Learning Disability (DC-LD)*.

Xenitidis K., Thornicroft, M., Leese M., Slade M., Fontidou M., Philp H., Sayer J., Harris E., McGee D., Murphy DGM. (1999). Reliability and validity of the CANDID – a needs assessment instrument for adults with learning disabilities and mental health problems. *British Journal of Psychiatry*, 176, 473-478

REFERENCIAS DE LOS TEST UTILIZADOS

Martín M, Salvadó I, Nadal S et al. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*; 6:338-46.

Thompson, Hughes, Schalock, Silverman, Tassé, Bryant, Craig, Campell. (octubre 2002). *Support Intensity Scale*. Vol 40 N 50; 390-405.

Xenitidis K., Thornicroft, M., Leese M., Slade M., Fontidou M., Philp H., Sayer J., Harris E., McGee D., Murphy DGM. (1999). Reliability and validity of the CANDID – a needs assessment instrument for adults with learning disabilities and mental health problems. *British Journal of Psychiatry*, 176, 473-478

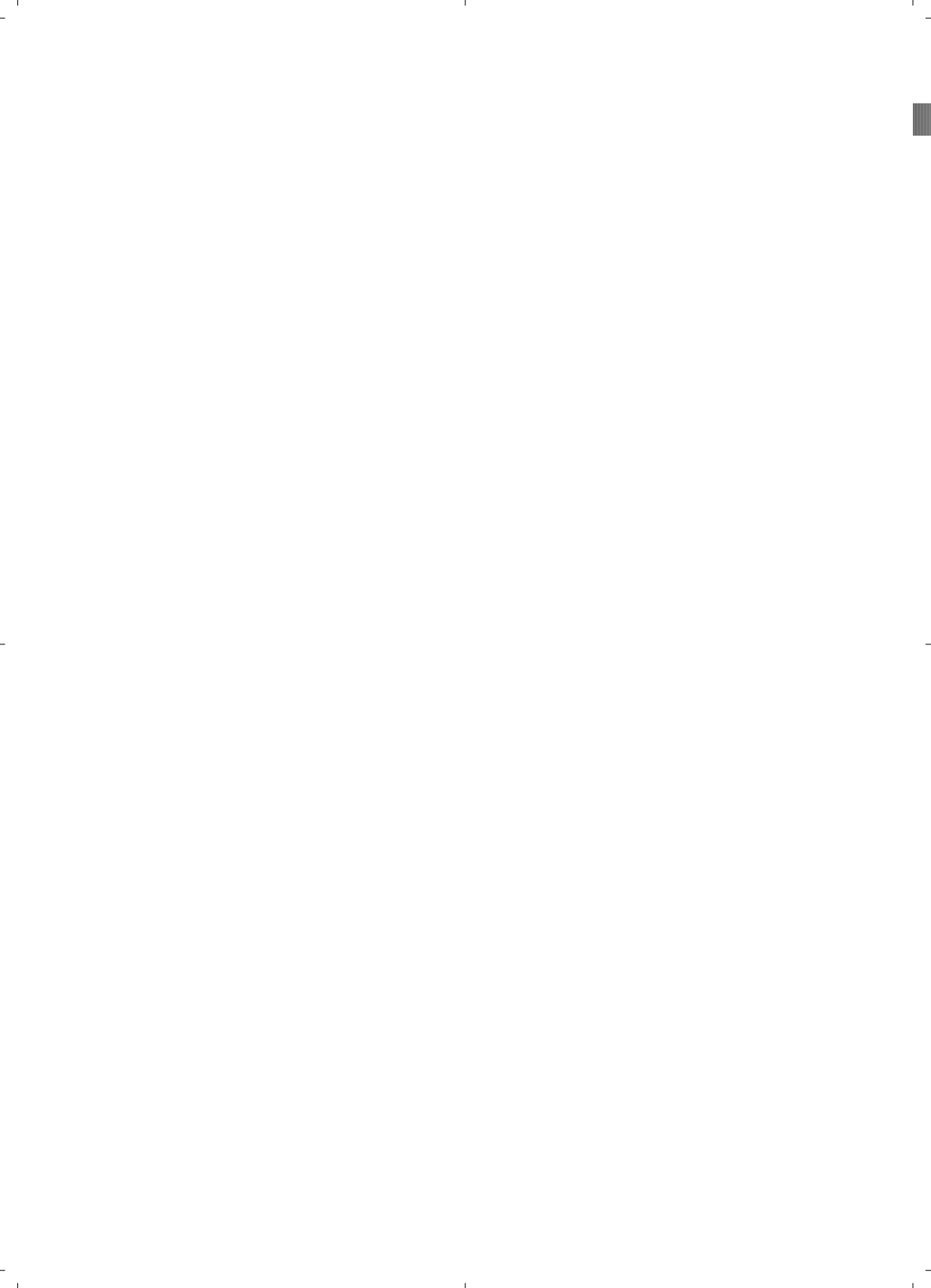
Zygmund A.S, Snaith R.P (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatr Scand*. 67:361-70

OTRA BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS SELECCIONADA Y NO REFERENCIADA

Anresen R, Caputi P, Oades LG. (2000 Oct). Interrater reliability of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule. *Aust N Z J Psychiatry*. 34(5):856-61

Arvidsson H. (2003). Test-retest reliability of the Camberwell assessment of Need (CAN). *Nord Journal J Psychiatry*. 57(4):279-83

Rudolf H. Moos, Ph.D., aran C. Nichol, A.B. and Bernice S. Moos, B.s. (June 2002). Global Assessment of Functioning Ratings and The Allocation and Outcomes of Mental Health Services. *Psychiatr serv* 53:730-737



ANEXO 1. Dudas más frecuentes en la administración del Candid-S

1. ¿Cómo se evalúa una intervención que se considera necesaria pero que no es disponible? (Por ejemplo, sesiones de fisioterapia para mejorar el tono muscular del usuario)

La disponibilidad de una intervención no es un criterio que determine la existencia de necesidad o no en este servicio concreto.

2. ¿Cómo se valora la depresión?

Si la persona que evalúa este dominio considera que los síntomas depresivos son suficientemente severos y que requieren una intervención desde los servicios especializados de salud mental, se considera como una necesidad no cubierta en el dominio “problemas mentales”.

En caso contrario, en el que no sea considerado como una enfermedad sino como un estado circunstancial y poco grave, se considera en el apartado “otros problemas de salud mental”.

3. Si un determinado problema ha sido identificado como necesidad en un dominio, ¿puede éste ser evaluado en otros dominios? (Por ejemplo, seguridad de los otros vs conducta sexual inapropiada)

En este caso, hay que tener en cuenta que distintas necesidades no cubiertas tienen una misma causa. En este sentido, si una conducta genera una necesidad en más de un dominio, tiene que ser valorada separadamente.

Será necesario valorar qué intervenciones son más adecuadas para la necesidad no cubierta.

Por ejemplo, educación para la salud respecto a la sexualidad y/o intervención judicial.

4. Si un cuidador no conoce suficientemente ciertos aspectos del usuario con DI, entonces la puntuación es 9.

Por ejemplo, si refiere: “no estoy seguro, pero diría que...”

5. Si la persona rehusa contestar una pregunta o es obvio que la evaluación que hace no se corresponde con la realidad, el entrevistador no le puede corregir.

Hay que reflejar la opinión de la persona que responde el test.

6. Si la persona recibe algún tipo de soporte pero el problema permanece, ¿cómo se evalúa?

Depende de la percepción del impacto que la intervención haya tenido sobre el problema. Se evaluará como:

1 Necesidad cubierta: si la persona entrevistada cree que el problema ha sido resuelto significativamente a partir de la intervención.

2 Necesidad no cubierta: si la persona entrevistada cree que la intervención propuesta no ha contribuido significativamente a solucionar el problema o sólo lo ha mejorado mínimamente.

7. Si la persona es temporalmente incapaz de cuidar de su hogar debido a, por ejemplo, una gripe u otro proceso médico más que debido a la propia discapacidad intelectual que presenta, ¿cómo debe considerarse?

La necesidad no se tiene que atribuir a la discapacidad intelectual o a los problemas de salud mental con la finalidad de reconocer si existe o no.

ANEXO 2. Material de las carpetas del estudio para cada participante.

CARTA DE PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO PARA LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS

Estimados señores:

Desde nuestro Centro, nos ponemos en contacto con ustedes para darles a conocer un nuevo estudio de investigación que realizaremos conjuntamente con el SESM-DI (Servicio Especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual) del Parque Hospitalario Martí y Juliá.

Aún siendo evidente que en los últimos años son numerosos los avances en el campo de la discapacidad intelectual, desgraciadamente todavía quedan muchos vacíos de conocimiento.

El motivo de la presente carta, es informarles que estamos llevando a cabo un estudio para valorar las posibles necesidades actuales tanto de los usuarios como de los cuidadores/familiares.

Conocer estas necesidades y saber en qué medida son satisfechas, nos permitirá aplicar estrategias de intervención más adecuadas, así como luchar para conseguir los recursos necesarios para mejorar su calidad de vida.

Siendo conocedores que su familiar y usted mismo cumplen las características para formar parte del estudio, sería para todo el equipo de trabajo una gran satisfacción poder contar con su ayuda. En realidad, se trata de, simplemente responder a unas preguntas sobre la vida cotidiana del usuario.

Por este motivo les enviamos esta invitación para poder contar con ustedes y con su familiar.

Atentamente

Equipo investigador

Yo, Sr./Sra. en condición de familiar/tutor, estoy de acuerdo en participar en el estudio "Validación del CANDIS-S".

Firma:

Nombre familiar/tutor:

Fecha:

EJEMPLOS DE ALGUNOS DE LOS ITEMS DEL CANDID-S

CANDID-S (*Camberwell Assessment of Need for Adults with Developmental and Intellectual Disabilities*): VALORACIÓN CAMBERWELL DE LAS NECESIDADES para adultos con DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y PROBLEMAS DE DESARROLLO

INICIALES DEL USUARIO:

Nombre del informante:

Fecha de evaluación 1:

Fecha de evaluación 2:

Puntuación:

0 = No necesidad

1 = Necesidad cubierta

2 = Necesidad no cubierta

9 = no sabe

P* Paciente

C* Cuidador

E* Equipo

1-Vivienda

CARECE EL USUARIO DE UN LUGAR APROPIADO PARA VIVIR?

En qué tipo de lugar vives?

Tienes algún problema con tu casa, tu piso o tu habitación?

- 0- No necesidad. Ej. La persona dispone de un sitio apropiado para vivir (incluso si actualmente se encuentra en un hospital)
- 1- Necesidad satisfecha. Ej. La persona vive en un centro protegido o en una residencia
- 2- Necesidad no satisfecha. Ej. No dispone de hogar o el lugar donde vive. Carece de los recursos básicos (agua, electricidad)

2-Comida

TIENE EL USUARIO ALGUNA DIFICULTAD EN CONSEGUIR SUFICIENTE COMIDA?

Comes lo suficiente? Preparas tus propias comidas? Realizas tus compras tu solo/a?

- 0- No necesidad. Ej. Es capaz de comprar productos y preparar sus propias comidas
- 1- Necesidad satisfecha. Ej. Es incapaz de prepararse comidas pero las tiene cubiertas
- 2- Necesidad no satisfecha. Ej. Dieta muy restringida; comida inapropiada

3-Cuidado de la casa

TIENE EL USUARIO ALGUNA DIFICULTAD PARA CUIDAR DE SU HOGAR?

Eres capaz de cuidar de tu casa/dormitorio?

Hay alguien que te ayude a mantenerlo limpio?

- 0- No necesidad. Ej. Puede estar desordenado pero lo mantiene limpio.
- 1- Necesidad satisfecha. Ej. No lo puede mantener limpio pero tiene ayuda doméstica de forma regular.
- 2- Necesidad no satisfecha. Ej.: Las condiciones de limpieza son muy precarias, y pone en peligro su salud.

9- Crisis epilépticas

HA SUFRIDO EL USUARIO ALGUN TIPO DE ATAQUE EPILEPTICO?

Has tenido alguna vez episodios ataques epilépticos de algún tipo?

Realizas algún tratamiento?

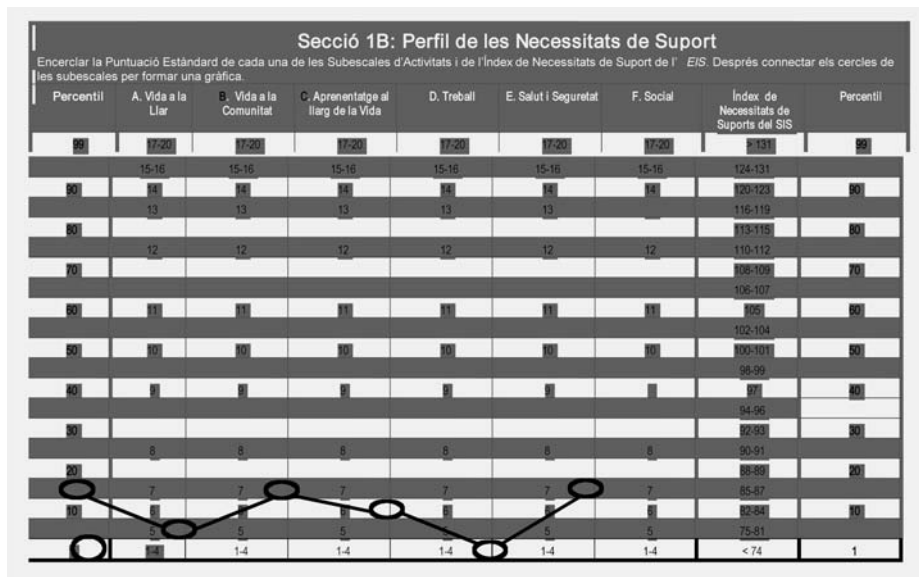
- 0- No necesidad. Ej. No presencia de ataques ni necesidad de medicación antiepiléptica
- 1- Necesidad satisfecha. Ej. Buen control epiléptico. Recibe tratamiento antiepiléptico
- 2- Necesidad no satisfecha. Ej. Frecuente presencia de crisis epilépticas

--	--	--	--

<p>18-Comunicación PUEDE EL USUARIO COMUNICARSE CON OTRAS PERSONAS? Entiendes lo que otra gente te dice? Te comprenden ellos a ti?</p> <p>0- No necesidad. Ej. Capaz de comprender y hacerse entender 1- Necesidad satisfecha. Ej. Alguna dificultad pero capaz de comunicarse con ayuda. 2- Necesidad no satisfecha. Ej. Importantes dificultades para comprenderle y hacerse entender.</p>			
<p>19-Relaciones sociales NECESITA EL USUARIO AYUDA PARA ESTABLECER CONTACTO SOCIAL? Crees que tienes suficientes amigos? Dónde los encuentras? Te gustaría tener contacto con más gente?</p> <p>0- No necesidad. Ej. Capaz de organizar y mantener contactos sociales, tiene suficiente amigos. 1- Necesidad satisfecha. Ej. Necesita ayuda para establecer contactos sociales y la recibe. Tiene compañeros en el centro de día. 2- Necesidad no satisfecha. Ej. Frecuentemente se siente solo.</p>			
<p>20-Expresión sexual TIENE EL USUARIO ALGUNA DIFICULTAD EN SU VIDA SEXUAL? Tienes dificultades a nivel sexual?</p> <p>0- No necesidad. Ej. Satisfecho con su vida sexual 1- Necesidad satisfecha. Ej. Se beneficia de una terapia sexual y de programas educativos sexuales. 2- Necesidad no satisfecha. Ej. Dificultades importantes. Aunque deseoso/a de mantener experiencias sexuales su vida sexual es muy limitada.</p>			
<p>25- Satisfacción económica REALMENTE EL USUARIO ESTA RECIBIENDO TODO EL DINERO QUE LE PERTOCA? Crees que recibes todo el dinero que te corresponde? Puede vivir el usuario con lo que cobra?</p> <p>0- No necesidad. Ej. Puede vivir con lo que cobra 1- Necesidad satisfecha. Ej.: Recibe otras ayudas a la hora de reclamar 2- Necesidad no satisfecha. Ej.: Probablemente no recibe todo aquello que le corresponde y/o no puede vivir con lo que cobra.</p>			
<p>A- Número de necesidades detectadas (N° de 1 en la columna)</p>			
<p>B- Número de necesidades no detectadas (N° de 2 en la columna)</p>			
<p>C- Número total de necesidades (Suma A+B)</p>			

MUESTRA DEL EIS

Sección perteneciente al perfil de las necesidades de soporte



ESCALA HAD

ESCALA H.A.D.

NOM: _____

DATA: ___ / ___ / ___

Aquest questionari ens ajudarà a conèixer com essent emocionalment: Llegeixi cada una de les possibilitats i posi una creu a la casella corresponent a la resposta que trobi més acostada a la manera com s'ha sentit en els últims dies. No s'entregui amb les respostes, perquè, probablement la seva reacció immediata serà més exacte que una resposta molt rumiada. (Marqui només una casella per cada pregunta).

Em sento tens o neguitós


Gairebé tot el dia 


Bona part del dia 


De tant en tant 


Mai 

Encara m'agrada fer les coses que m'agradava fer abans


Sens dubte, igual que abans 


No tant com abans 


Només una mica 


Gens. Ja no m'agrada fer res. 

Tinc una mena de por estranya com si m'anés a passar alguna cosa


Si que la tinc i es molt intensa 


Si que la tinc, però no tant intensa 


La tinc una mica, però no em preocupa 


No la tinc gens 

Puc riure i veure el cantó divertit de les coses

Com sempre 

Ara no tant com abans 

Ara molt menys que abans 

Ara gens 

Pel meu cap hi passen pensaments que hem preocupen

Gairebé tot el dia 

Bona part del dia 

De tant en tant 

Només algunes vegades 

Estic content

Mai 

Gairebé mai 

De vegades 

Bona part del dia 

Puc estar bé i sentir-me relaxat

Sempre 

Bastant sovint 

Gairebé mai 

Mai 

Em sento com si estigués menys actiu, ensorrat

Tot el dia 

Molt sovint 

De vegades 

Mai 

Tinc una mena de sensació desagradable com un "rossec de nervis" a l'estomac


Mai 


Només de tant en tant 


Bastant sovint 


Molt sovint 

He perdut interès per la meua imatge

Completament 

No em cuido com m'hauria de cuidar 

Potser si que no em cuido tant 

Em cuido com sempre he fet 

Em sento intranquil, com si no pogués estar quiet


I tant que si 


Força 


No gaire 

Gens 

Espero les coses amb il·lusió

Tant com sempre 

Una mica menys que abans 

Molt menys que abans 

Es pot dir que gens 

Tinc sentiments sobtats de pànic


Molt sovint 


Bastant sovint 


No gaire sovint 


Mai 

M'ho passo bé amb un bon llibre o un programa de Radio o TV

Sovint 

De vegades 

No gaire sovint 

Molt poques vegades 

ESCALA H.A.D.

NOM:

DATA: ___ / ___ / ___

A

3
2
1
0

D

3
2
1
0

D

0
1
2
3

A

0
1
2
3

A

3
2
1
0

D

3
2
1
0

D

0
1
2
3

A

3
2
1
0

A

3
2
1
0

D

0
1
2
3

D

3
2
1
0

A

3
2
1
0

A

0
1
2
3

D

0
1
2
3

Nom del pacient: A: D:

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

A continuación se presentan una lista de frases que reflejan como se sienten algunas personas cuando cuidan otra persona. Después de leer cada frase, indique con que frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE y CASI SIEMPRE. No existen respuestas correctas o incorrectas.

Nombre: _____
 Fecha: _____
 Relación (de parentesco) con el enfermo: _____
 Edad cuidador: _____

Con que frecuencia (rodée con un círculo la opción escogida)

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1 ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2 ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	1	2	3	4	5
3 ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej: con su familia o en el trabajo)	1	2	3	4	5
4 ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
5 ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
6 ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	1	2	3	4	5
7 ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
8 ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?	1	2	3	4	5
9 ¿Se siente agotada (o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
10 ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
11 ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
12 ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar / paciente?	1	2	3	4	5
13 (Solamente si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómoda(o) para invitar amigos en casa, a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
14 ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	1	2	3	4	5
15 ¿Cree que usted no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
16 ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17 ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	1	2	3	4	5
18 ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?	1	2	3	4	5
19 ¿Se siente insegura(o) acerca de los que debe hacer con su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
20 ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
21 ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	1	2	3	4	5
22 En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5

ANEXO 3. Conversión de las tablas de las variables numéricas

VARIABLES USUARIO (AMARILLO)

	0	1	2	3	4	5
Sexo (SD)	Hombre	Mujer				
Grado discap. (GD)	Leve	Moderada	Grave			
Etiología discapacitat (ED)	Desconida	Síndrome de Down	X- Frágil	Transtorno profundo desarrollo	Prader -Willi	Otros
Lugar de residencia (LR)	Domicilio propio	Domicilio familiar	Llar-residencia	Residencia		
Recurso Laboral (RL)	STO con auxiliar	STO	SOI	CEE	Empresa ordinaria	

VARIABLES CUIDADOR PRINCIPAL (VERDE)

	0	1	2	3	4	5	6
Sexo (SC)	Hombre	Mujer					
Estado civil (ECC)	Soltero/a	Casado/da	Separado/da	Divorciado/da	Viudo/a		
Parentesco(PC)	Padres	Hijos	Tios	Primos	Amigos	Profesionales	Hermanos
Calidad de la relación (QR)	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena		

VARIABLES PROFESSIONAL ENTREVISTADOR (AZUL)

	0	1	2	3	4	5
Sexo (SEE)	Hombre	Mujer				
Categoría profesional (CPE)	Médico	Psicólogo	Trabajador social	Enfermería	Personal de atención directa	
Lugar de trabajo (LTE)	Centro ocupacional y especial de empleo	Llar-residencia/ Residencia	Servicio de atención ambulatoria			

VARIABLES ESCALAS

HAD: Ansiedad A
(rosa) Depresión D

ZARIT: Variables numérica de sobrecarga
(lila)

CANDID-S: P (paciente) A.- Necesidades detectadas (numérico)
(amarillo fuerte) C (cuidador) B.- Nec. No detectadas (numérico)
E (equipo) C.- Número total de necesidades

PA	CA	EA
PB	CB	EB
PC	CC	EC

EIS: (gris) **Sección 1.** Escala de necesidades de soporte
(utilizar el apéndice 2 para obtener la puntuación estándar, ya que la que obtendremos es la bruta)

- 1a: Actividades de la vida en el hogar
- 1b: Actividades de la vida comunitaria
- 1c: Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida
- 1d: Actividades de trabajo
- 1e: Actividades de Salud y Soporte
- 1f: Actividades sociales

Percentil sección 1: PS1

Sección 2:

Escala de protección y defensa complementaria (es preciso enumerar las cuatro actividades de protección y defensa con la puntuación más alta).
En caso de tener más de una puntuación igual pueden ser más de 4

0- Si 1-No

Sección 3:

3a: Total más grande que "5" 0- Si 1-No
3b: Hay algún "2" redondeado 0- Si 1-No

AGRADECIMIENTOS

Queremos hacer un reconocimiento y agradecer públicamente la colaboración inestimable de todos los usuarios y sus familiares por haber participado en el presente estudio. Sin ellos, éste no habría sido posible.

Damos las gracias a los centros participantes por la selección y administración de las pruebas aplicadas a la muestra: PRO-DIS, COIET, FUNDACIÓ MAP, CENTRE OCUPACIONAL I ESPECIAL DE TREBALL TRAMUNTANA y FUNDACIÓ RAMON NOGUERA. También queremos constatar la colaboración de FUNDACIÓ ALTEM y LA FAGEDA.

También queremos agradecer la colaboración de Josep Font por permitirnos utilizar la versión catalana de la “Intensity Support Scale”.

Por último, destacar nuestro agradecimiento al soporte realizado por la UNITAT DE RECERCA del IAS.

