



Trabajo Fin de Grado

Calidad de vida de personas con discapacidad psíquica mental. Estudio de caso a partir de los usuarios del Centro de Atención a la Discapacidad de Zaragoza.

Quality of life of people with mental disability. Case study of users in “Centro de Atención a la Discapacidad de Zaragoza”.

Autora

Raquel López Jiménez

Directora
M^a José Gómez Poyato

Co director
Antonio Eíto Mateo

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar las gracias a todos aquellos que, de mayor o menor forma, hayan formado parte del proceso de realización de este Trabajo de Fin de Grado, ya sea directamente o ayudándome indirectamente.

Primero de todo, agradecer una vez más a Esmeralda, la directora del Centro de Atención a la Discapacidad de Zaragoza y a todos sus profesionales, ya que la idea de este trabajo es gracias a la oportunidad que me brindaron. Gracias a Lara y Matilde, trabajadoras sociales del Centro, ya que, sin ellas, el trabajo tampoco habría podido realizarse.

Gracias a MªJosé, que, además de ser una grandísima ayuda y calmar los agobios, ha sido una de las profesoras con las que más gusto daba ir a clase. Sus consejos y su ayuda han supuesto una parte muy importante en la realización del trabajo. Gracias por toda la motivación y buen rollo.

A Antonio, por estar ahí siempre que surgía alguna duda o tenía algún problema, aun en la distancia, siempre ha estado ahí, atento y cercano.

A mis amigas y a mi familia, que, aunque indirectamente, y sin darse cuenta me han ayudado tremadamente día a día. Por ello les estoy enormemente agradecida.

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo analizar y medir la calidad de vida de personas con discapacidad psíquica mental, utilizando los indicadores de bienestar emocional y relaciones interpersonales, por medio de una encuesta realizada en el Centro de Atención a la Discapacidad de Zaragoza. Hace un repaso por las distintas definiciones y términos de discapacidad, así como por los diferentes modelos y tipos a lo largo de los años. Realiza también una revisión por la normativa estatal y local. Estudia la discapacidad psíquica y explica el trastorno mental detallando aquellos trastornos y enfermedades mentales más probables en la discapacidad psíquica mental. Repasa la teoría sobre calidad de vida y habla de la influencia del trabajo social en la mejora de la misma, mediante una propuesta de intervención por parte de la disciplina.

ABSTRACT

The present Final Degree Project aims to analyze and measure the quality of life of people with mental disability using the emotional well-being indicators and the interpersonal relationships. It was analyzed through a survey that was conducted in Centro de Atención a la Discapacidad de Zaragoza. The Project also reviews the different definitions and terms for disability, as well as the different models and types over the years. Furthermore, it looks over the both state and local regulations. The mental disability is studied and the mental disorder is explained by detailing the ones that are more likely in mental disabilities. Lastly, it revises the theory about quality of life and it talks about the influence of social work in improving the quality of life by proposing an intervention from the discipline itself.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida, Discapacidad, Discapacidad Psíquica, Trabajo Social, Trastorno mental.

KEYWORDS

Quality of Life, Disability, Mental Disability, Social Work, Mental Illness.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
Objetivo de la Investigación	6
Estructura de la investigación	6
METODOLOGÍA.....	8
DISEÑO DEL ESTUDIO	8
TÉCNICAS USADAS EN LA INVESTIGACIÓN.....	9
Revisión bibliográfica	9
Cuestionario	9
Observación y participación directa.....	11
FUNDAMENTOS TEÓRICOS	12
I DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD, CONCEPTO, EVOLUCIÓN Y TIPOS.....	12
Evolución y concepto Internacional	12
Evolución y concepto nacional y autonómico.....	14
Modelos teóricos de discapacidad	18
Tipos de discapacidad	20
II DISCAPACIDAD PSÍQUICA MENTAL	23
III CALIDAD DE VIDA	27
TRABAJO SOCIAL Y DISCAPACIDAD PSÍQUICA MENTAL	31
DISCAPACIDAD EN CIFRAS.....	33
CONTEXTUALIZACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD DE ZARAGOZA	35
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	37
Dimensión emocional.....	39
Dimensión de relaciones interpersonales.....	41
Conclusiones de la encuesta	43
CONCLUSIÓN Y PROPUESTA DESDE EL TRABAJO SOCIAL	45
BIBLIOGRAFÍA.....	48
NORMATIVA	52
ANEXO	54
Anexo I. Cuestionario	54
Anexo II. Solicitud del grado de discapacidad.....	56

Índice de gráficos

Gráfico 01. Personas valoradas de discapacidad	33
Gráfico 02. Grado alcanzado de discapacidad.....	34
Gráfico 03. Franja de edades	34
Gráfico 04. Tipo de discapacidad.....	38
Gráfico 05. Tipo de diagnóstico.....	38
Gráfico 06. "En mi día a día tengo muchos ratos en los que me siento mal"	40
Gráfico 07. "Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas"	41
Gráfico 08. "Cuento con alguien con quien divertirme y pasar un buen rato"	42
Gráfico 09. Calidad de vida en las personas encuestadas.....	44

Índice de tablas

Tabla 01. Organización de puntuación.....	11
Tabla 02. Concepción clásica.....	12
Tabla 03. Nueva clasificación de 1980.....	12
Tabla 04. Evolución del término discapacidad	17
Tabla 05. Modelos de discapacidad.....	18
Tabla 06. Discapacidad física.	21
Tabla 07. Discapacidad sensorial.....	21
Tabla 08. Discapacidad psíquica intelectual.....	22
Tabla 09. Discapacidad psíquica mental.....	24
Tabla 10. Dimensiones calidad de vida.....	29
Tabla 11. Modelos sobre las enfermedades mentales	32
Tabla 12. Resultados sociodemográficos.....	37
Tabla 13. Puntuaciones finales de la encuesta.....	43

INTRODUCCIÓN

Según la “base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad”, en el año 2018, España contaba con un total de 4.373.270 registros pertenecientes a personas ya valoradas de discapacidad. De ellas 3.163.992, obtuvieron legalmente un grado de discapacidad igual o superior al 33%, obteniendo de esta manera la consideración de personas con discapacidad.

El término discapacidad ha sido definido de múltiples maneras a lo largo de la historia; muchas veces de una forma bastante despectiva. Ha sido tratada también de diferente forma dependiendo de la época, desde la manera más primitiva y tradicional, apoyada en creencias como que la discapacidad era un defecto individual, moral y castigado como un pecado. Reconocida como un impedimento individual, causada por una enfermedad y tratada únicamente como tal, hasta ser vista desde una perspectiva social. Este último, desarrollado en los años sesenta, pretende hacerle frente a la situación de exclusión que sufren las personas con discapacidad. Llevan lo que se creía que era culpa de una enfermedad hacia otra perspectiva, en la que relacionan el “problema” del individuo con la sociedad y comienza a trabajar por y para mejorar los servicios sociales, de salud, educativos, etc. Este modelo trabaja intentando eliminar las barreras propias del entorno social que impiden un desarrollo de calidad e igualitario para las personas con discapacidad.

Existe una relación importante entre la disciplina del trabajo social y la discapacidad. Se hablará del tipo de intervenciones, o métodos son necesarias para trabajar con este grupo de personas, usando como referencia los modelos de discapacidad y los modelos de intervención sobre las enfermedades mentales. El trabajo social, tiene los objetivos de asegurar una plena inclusión e integración, al mismo tiempo que proteger todos los derechos de las personas con discapacidad, procurando que estos no se les sean arrebatados en ninguna de las áreas de su vida.

La discapacidad es una cuestión que afecta a diferentes grupos de individuos. Esta, puede ser de diferentes tipos:¹ Discapacidad Física, Discapacidad Psíquica Intelectual, Discapacidad Psíquica Mental, Discapacidad Sensorial, y Discapacidad por enfermedad rara. En este Trabajo

¹ Los diferentes tipos de Discapacidad a declarar según la solicitud de reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. (RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad)

de Fin de Grado se pretende hacer un hincapié y profundizar a cerca de Discapacidad Psíquica Mental; la cual está causada por diferentes trastornos mentales.

Los trastornos mentales son muy frecuentes ya que más del 25% de la población las padece a lo largo de su vida. Son universales, afectan a personas de todos los países y sociedades, de todas las edades y sexo; a ricos y a pobres. Estas tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias (Cristóbal, 2020, p. 16).

Para finalizar el presente estudio, se escogen dos dimensiones del concepto de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2007). Estas serán el bienestar emocional y las relaciones interpersonales, dado el vínculo con las habilidades sociales que estas conllevan. Se usará un cuestionario enfocado hacia esas dos cuestiones para cumplir así con el objetivo principal de medir la calidad de vida. Esta se realizará con una muestra del Centro de Atención a la Discapacidad de Zaragoza, lugar donde se llevan a cabo todas las valoraciones de discapacidad de la provincia.

Por último, el trabajo analiza los resultados obtenidos, y se lleva a cabo una propuesta de intervención desde el trabajo social a nivel social, comunitario y clínico.

Objetivo de la Investigación

El objetivo general del presente trabajo es analizar e investigar cómo afecta la discapacidad a la calidad de vida de personas con discapacidad psíquica mental.

Como objetivos específicos, primero, se realizará una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la información existente a cerca de la materia sobre discapacidad y se repasará la normativa vigente al respecto. Segundo, se incidirá explicando los trastornos mentales, causantes de la propia discapacidad psíquica mental. Tercero, se repasará la teoría sobre la calidad de vida de la mano de las dimensiones de Schalock y Verdugo (2007). Y, por último, se realizará un cuestionario en el Centro de Atención a la Discapacidad de Zaragoza.

Estructura de la investigación

El trabajo, cuenta con una Introducción, en la que se presentan brevemente los temas y la investigación que se va a llevar a cabo.

La metodología, cuenta con el conjunto de procedimientos y técnicas que se aplican en la realización del mismo, estos surgen a partir de ciertas ideas, y de la delimitación del tema del

trabajo, una vez marcados los objetivos del mismo. Su finalidad es comprender el proceso de la investigación.

El marco teórico del presente trabajo consta de tres partes. Cada parte trata de los tres temas principales de los que se va a hablar y analizar, estos son:

- Definición de discapacidad, concepto y su evolución,
- Discapacidad psíquica mental (Trastorno mental)
- Calidad de vida.

La primera parte se encarga de definir el concepto de discapacidad y desarrollar la evolución del concepto a lo largo de la historia, procede a una recogida de la normativa vigente en la materia y se hace un análisis de ella a nivel global, nacional (España) y autonómico (Aragón). Se sigue con la revisión de los distintos modelos de discapacidad y se explican los distintos tipos de discapacidad. La segunda parte trata de definir la discapacidad psíquica mental, haciendo un repaso por los diferentes trastornos mentales más habituales. En la tercera parte, se explica el concepto de calidad de vida, y se escogen las dos dimensiones con las que llevaremos a cabo la investigación. A continuación, se hace referencia al trabajo social relacionado con la discapacidad, así como con la calidad de vida.

Luego, se realiza un pequeño análisis a nivel local, analizando las cifras relacionadas con la discapacidad y la discapacidad psíquica mental en la ciudad de Zaragoza.

Después, se hace una presentación del Centro de Atención a la Discapacidad de Zaragoza, lugar donde se lleva a cabo la realización de las encuestas. Estas se analizarán, describiendo las características demográficas de los participantes y se llegará a una conclusión sobre la calidad de vida de los encuestados, en base a sus propias respuestas.

Por último, creamos propuestas de intervención desde la rama del trabajo social teniendo en cuenta todo lo investigado y centrado estas, a partir de la disciplina del trabajo social comunitario y clínico.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Esta investigación, ha surgido de la idea de conocer más a fondo la vida de las personas con discapacidad psíquica, derivada del tiempo pasado dentro de unas prácticas curriculares en el Centro de Atención a la Discapacidad de Zaragoza (CADZA).

Gracias a esa oportunidad, durante mi tiempo en prácticas, se constituye el primer acercamiento a la realidad subjetiva del tema de discapacidad que ahora me sirve como ayuda para hacer este trabajo. Esta realidad subjetiva viene, por lo tanto, de la observación, el trato directo tanto con las personas con discapacidad como con las trabajadoras sociales y otros profesionales del centro y el aprendizaje adquirido durante la estancia en CADZA.

La siguiente técnica utilizada es la documentación literaria y bibliográfica realizada sobre los tres asuntos más importantes del trabajo, discapacidad, trastorno mental y calidad de vida; los cuales han sido estudiados y encaminados hacia una perspectiva de trabajo social.

Además, este trabajo cuenta con la construcción de un cuestionario, como instrumento de medición de calidad de vida sobre una pequeña muestra de diez personas con discapacidad psíquica mental. Los diez participantes de la encuesta, fueron escogidos aleatoriamente entre todos los usuarios valorados durante el mes de abril en CADZA. Esta, técnica cuantitativa ofrece datos medibles con los que desarrollar la conclusión y cumplir con el objetivo.

De esta manera y dado el conjunto de técnicas utilizadas, estaríamos ante una investigación transversal, de tipo mixto. Ya que tanto el contacto directo con el campo de investigación y su acercamiento a la realidad subjetiva (perspectiva cualitativa), como el instrumento elegido para la medición de calidad de vida, el cuestionario (perspectiva cuantitativa), resultan en una realidad intersubjetiva (Hernández et al., 2014, p. 4).

Para llevar a cabo la parte práctica de la investigación se toma como población de muestra a 10 personas, usuarias de CADZA. Los criterios de inclusión que se tienen en cuenta son tres:

- Hombres o mujeres mayores de 18 años y menores de 65.
- Discapacidad reconocida del igual o mayor 33% pudiendo ser psíquica mental o mixta (psíquica mental + otro tipo de discapacidad)
- Residentes en la ciudad de Zaragoza.

La cumplimentación del cuestionario se llevó a cabo en el mes de abril. Previamente, este fue enviado a la directora del centro, la cual, aprobó su distribución dentro del mismo. Por recomendación, los cuestionarios fueron pasados a un dos de las trabajadoras sociales del centro, con las cuales contacté y acordamos que ellas serían las encargadas de imprimir, repartir y ayudar a la cumplimentación del cuestionario. Siguiendo con las indicaciones y los criterios marcados por mí, escogieron aleatoriamente a los participantes de la investigación. Tanto durante la distribución de las encuestas a los usuarios, como una vez recogidas y cumplimentadas todas, estuve en contacto con las trabajadoras sociales, quienes me contaron como había ido el proceso.

TÉCNICAS USADAS EN LA INVESTIGACIÓN.

Las técnicas de recogida de información recogidas son la recopilación documental, la encuesta, y la observación.

Revisión bibliográfica

En este trabajo, la revisión bibliográfica se usa para proporcionar un marco teórico que nos formule un cuadro en el que poder basar la investigación. Este estudio por la literatura relacionada con el tema que queremos tratar, es necesario ya que así nos familiarizamos con los términos y centramos la problemática que queremos tratar. Esta, debe de hacerse delimitando cierta información y escogiendo las palabras o términos clave adecuados para encontrar material de calidad que poder usar; así como realizando la búsqueda en lugares de búsqueda fiables (Hernández et al., 2014, p.60).

La revisión realizada a continuación, contiene fuentes primarias, en su mayoría libros, artículos publicados, documentos oficiales, reportes de asociaciones; y la búsqueda, realizada en sitios como Web of Science, Scopus, Dialnet y Google Academic.

Cuestionario

El instrumento utilizado para la investigación es un cuestionario dividido en dos partes.

El cuestionario (aportado en el anexo I) es una técnica de tipo cuantitativo, ya que se trata de un instrumento de medición con escala de respuesta tipo Likert. La cual, se basa en atribuir una puntuación total basándose en las puntuaciones individuales que cada participante ha dado a cada una de las afirmaciones que construyen el test (Corbetta, 2007, p.219).

El cuestionario de este trabajo está formado, para comenzar, por un conjunto de preguntas para obtener datos demográficos, y datos sobre el diagnóstico, y tipo de discapacidad específico de cada participante. Siguiendo, encontramos dos bloques de preguntas. La primera parte trata sobre la primera dimensión a evaluar, el Bienestar Emocional (BE); y la segunda, sobre las Relaciones Interpersonales (RI.) Es por ello que se han buscado preguntas en relación y los indicadores que, anteriormente, marcan los autores Schalock y Verdugo para ambas dimensiones escogidas. A demás, se recolectarán una serie de datos demográficos que describan globalmente a todas las personas que han participado en las encuestas, y poder llevar a cabo posteriormente, un análisis específico sus propias respuestas.

He tomado la decisión de elegir estas dos dimensiones de las ocho anteriormente nombradas ya que la investigación ha de ser definida en unos puntos más estrechos y concretar así un cuestionario útil; tomando los indicadores de BE y RI como representación de Calidad de Vida. La razón por la que he elegido esas dos dimensiones de CV es porque creo que ambas son las que más factor social y uso de habilidades sociales básicas incluyen. De esta manera, las cuestiones en el test se reducen, factor que resulta interesante ya que un cuestionario excesivamente extenso y con demasiada información no conviene en este caso.

La primera parte del cuestionario está inspirada en la escala, de Pemberton Happiness Index (PHI), la cual incluye dos dimensiones: el bienestar recordado y el bienestar experimentado. Tratando así sobre el bienestar general, el subjetivo, el psicológico y el social (Delfino et al., 2019, p.118).

Las preguntas de la segunda parte del cuestionario están basadas en las preguntas del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC (Broadhead et al., 1988).

Las afirmaciones de las escalas Likert, pueden tener dos direcciones distintas en cuanto a sus preguntas. Estas pueden ser: favorables o positivas y desfavorables o negativas (Hernández et al., 2014, p.240).

El cuestionario de la investigación, consta de 22 afirmaciones, 11 para cada dimensión (BE y RI). Los puntajes de cada uno de las afirmaciones van del 0 al 10, una menor puntuación significa menos conformidad, mientras que, a mayor puntuación, más conformidad. Las puntuaciones se han organizado de la siguiente manera:

0,1,2	Muy en desacuerdo
3,4	En desacuerdo
5	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
6,7	De acuerdo
8, 9 10	Muy de acuerdo

Tabla 01. Organización de puntuación.

Elaboración propia.

Esta denominación nos servirá a la hora de realizar el análisis de los resultados.

En la escala de la investigación, todas las afirmaciones son favorables o positivas, excepto una de ellas. Esta será, así pues, calificada de forma inversa, ya que, en el caso de la pregunta desfavorable, una mayor puntuación corresponderá a un peor resultado.

Para realizar el análisis final de la encuesta y cumplir con el objetivo de medir la calidad de vida en personas con discapacidad psíquica, los resultados de las dos partes de la encuesta. Para obtener dichos resultados, sumamos las puntuaciones tanto de las preguntas sobre la BE y RL. Esto nos dará el resultado final sobre el nivel de CV.

Las puntuaciones que permiten conocer el resultado final de las escalas de Likert, se consiguen mediante la suma del valor alcanzado en cada afirmación, sobre la puntuación máxima que se podría obtener (Hernández et al., 2014, p.242).

Por este motivo, la puntuación más baja posible será de 0, y la más alta será de 220. Los encuestados con una puntuación menor que 73 puntos, estarían antes una CV baja, una puntuación entre 74 y 147 puntos, CV media y las puntuaciones más altas que 148, tendrían una CV alta.

Observación y participación directa.

La observación es una técnica para obtener datos cualitativos. (Hernández et al., 2014). Esta técnica, fue llevada a cabo durante 5 los cinco meses de prácticas en CADZA. Fue una observación participativa competa, consistió en explorar y conocer el ambiente del centro al lado de una trabajadora social. La cual valora la situación social de las personas pendientes de un grado de discapacidad. Durante la observación, pude comprender a las personas, sus situaciones, circunstancias y diferentes entornos, detectando tanto posibles problemas sociales, como carencias en su calidad de vida.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

I DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD, CONCEPTO, EVOLUCIÓN Y TIPOS

Evolución y concepto Internacional

Según la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad se define como:

Un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. [...] Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Para determinar la definición actual sobre discapacidad, la OMS, definió la misma, de maneras y con terminologías muy distinta a lo largo de la historia. Concretamente la Organización, comienza a estudiar y a darle un significado en 1980, con la publicación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Esta clasificación realizada por la OMS, propone un esquema sobre la discapacidad; universalizado y con el objetivo de estandarizar la propia idea de discapacidad. En esta clasificación, las discapacidades se plantean reflejadas como las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Así pues, esta visión rompe con el esquema anterior, el de la clasificación clásica, que no iba más allá de la etiología, la patología y la manifestación de la enfermedad causante de discapacidad. La nueva versión, publicada en 1980 tenía en cuenta las consecuencias que deja una enfermedad en el individuo tanto en su propio cuerpo como en su persona y en su relación con la sociedad (Ejea y Sarabia, 2001, p.16).

Concepción clásica.

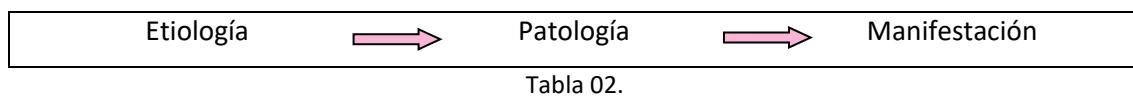


Tabla 02.

Fuente: (Ejea y Sarabia, 2001).

Nueva clasificación de 1980.

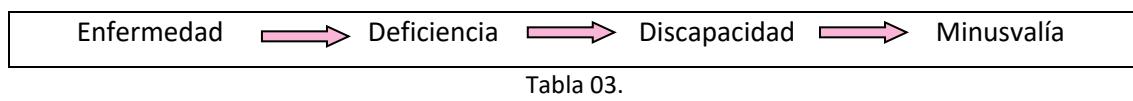


Tabla 03.

Fuente: (Ejea y Sarabia, 2001).

Como vemos en (Ejea y Sarabia, 2001, p.16), la OMS, introdujo los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía en la CIDDM.

-La **deficiencia** es definida como la pérdida o anormalidad de una función psicológica, fisiológica o anatómica.

-Se identifica **discapacidad** como la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad, dentro del margen considerado como “normal” para un ser humano.

(Debido a una deficiencia)

-**Minusvalía**, es explicada como una situación desventajosa para un individuo, por consecuencia tanto de una deficiencia o una discapacidad que lo limitan en actividades consideradas normales en relación tanto con factores como la edad, sexo, así como culturales y sociales.

Es en 1983 cuando el Instituto Nacional de Servicios sociales (INSERSO) publica esta Clasificación en castellano, y es en 1986 cuando el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España, la primera encuesta sobre discapacidades, tomando como base todos esos conceptos establecidos anteriormente por la OMS. La OMS, comienza a redactar un borrador sobre una nueva CIDDM en el año 1993. Esta nueva versión recibe, por el momento, las siglas de CIDDM-2, pretende revisar y ser una actualización de la anterior Clasificación. En ella participan los trabajos de campo y aportaciones de países como España. Mas tarde, en 2001, es finalmente aprobada la nueva versión y publicada la correspondiente versión en castellano, llamada Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, con las siglas CIF (Ejea y Sarabia, 2001, p.19).

Encontramos varios cambios en relación con la anterior Clasificación. El objetivo principal de la CIF es prestar un lenguaje unificado y estandarizado que se aproveche como punto de referencia como representación de la salud y los estados relacionados con la salud (Organización Mundial de la Salud, 2001a).

La CIF sostiene que el estado de salud, se compone de funciones corporales, de la actividad y de la participación de un individuo. Es por ello, que crean una estructura compuesta de dos partes:

La primera, funcionamiento y discapacidad, está compuesta tanto por funciones y estructuras corporales de tipo anatómico o fisiológico, como por actividades y la participación. Estas últimas, enfocadas hacia la capacidad y la ejecución de tareas; y hacia las habilidades de realización y desempeño de acciones en un entorno habitual. La segunda parte, los factores contextuales, está formada por factores ambientales y por factores personales. Los factores ambientales,

pueden funcionar tanto de facilitadores como barreras para el individuo. Se encuentran en el ambiente físico, social y actitudinal. Se entiende como factores personales a los que ejercen una influencia interna e individualizada en cada persona (Abellán e Hidalgo, 2011, p.4).

Por tanto, en la CIF, la discapacidad es un concepto global que finalmente abarca tanto las deficiencias y las limitaciones en la actividad, como las restricciones en la participación. Con todo esto, vemos como la percepción del término discapacidad cambia con el paso del tiempo y en base a la clasificación de 1980. No se deja atrás el componente médico y biológico de la perspectiva anterior, sino que, a esta preocupación corpórea, se le suman factores sociales. Se recoge información y se estudia el entorno social, las interacciones sociales y otros factores como los personales, o ambientales. Así, se demuestra el impacto y relevancia de estos, en el propio estado de salud de las personas (Abellán e Hidalgo, 2011, p.9).

Evolución y concepto nacional y autonómico

A pesar de la importancia de las clasificaciones otorgadas por la Organización Mundial de la Salud, en España también existe una evolución del concepto de discapacidad; así como del propio término y de la normativa elaborada.

Es en la década de los 80, cuando se observa un gran cambio en la mejora de las condiciones generales de vida de las personas con discapacidad. En el artículo 14 de la Constitución Española (CE), se dispone la norma constitucional que sienta la base para la formulación de todas las políticas sociales que se vayan a desarrollar próximamente. Este precepto establece que todos somos iguales ante la ley (art. 4 CE) y que, por ello mismo, no puede existir juicio discriminatorio alguno, por características personales, o como en este caso, por discapacidad (Verdugo et al., 2001, p. 2).

La CE establece también que los poderes públicos tendrán el objetivo de amparar, en especial, a las personas con cualquier tipo de discapacidad con el fin de que estos disfruten de los derechos que el título primero presta a todos los ciudadanos españoles (art. 49 CE).

Es por esto que se crea la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, que significó la primera definición del amparo especial que la Constitución presta a las personas con discapacidad. La LISMI, es la primera Ley en España que pone en la mesa una serie de derechos sociales para las personas con discapacidad y que, además, establece una serie de

criterios para valorar a una persona con minusvalía. No está demás, decir que esta ley es la única que proporcionó una definición, y que las próximas normativas que fueron publicadas, se limitaban a definirla siempre en base a la LISMI. Por esta razón, se usaba esta expresión: “recibe la condición de minusválido aquella persona que haya sido reconocido como tal por los órganos administrativos competentes” (Verdugo et al., 2001, p.3).

En el año 1991, el IMSERSO, elaboró los “*Códigos de Deficiencia, Diagnóstico y Etiología*”, el objetivo del documento es establecer una clasificación y crear un registro de las alteraciones que han dado origen a la discapacidad. Trata también de ordenar las situaciones patológicas que pueden padecer las personas que solicitan el reconocimiento del grado de discapacidad (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, s.f.).

Con el paso del tiempo, aparece la necesidad de regularizar el reconocimiento de discapacidad a nivel estatal y de crear unos baremos comunes, que clasifiquen las distintas situaciones en las que se encuentran las personas con discapacidad. Es por ello que se aprueba en España el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Esta tiene el objetivo de regular el reconocimiento de minusvalía, establece nuevos baremos, determina los órganos competentes los cuales llevaran a cabo el procedimiento de la valoración, y por su puesto el procedimiento a seguir (RD 1971/1999).

Este RD, fue modificado en 2009 para eliminar la palabra ‘minusvalía’ y sustituirla por el término ‘discapacidad’. Así es como van cambiando los propios términos a lo largo de los años.

El RD 1971/1999, de 23 de diciembre, es actualmente la normativa vigente a nivel autonómico en el ámbito de la valoración y designación del grado de discapacidad, es así, el regulador de los centros base de discapacidad.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre, discapacidad es entendida como el resultado de la interacción entre las personas con “deficiencias” permanentes y todo tipo de barreras que limiten o imposibiliten la participación total y positiva en la sociedad y en igualdad de condiciones que el resto de individuos (RD 1/2013).

A nivel autonómico, la normativa más actual que tenemos presente es la Ley 5/2019 de 21 de marzo de Derechos y Garantías de las Personas con Discapacidad. Esta ley pretende la adecuación de la normativa autonómica a la: Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad (diciembre 2006. Ratificado España 2008) y a Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Esta ley pretende poner en marcha varias cosas interesantes como, por ejemplo, planes de accesibilidad, empleabilidad, salud bucodental, acción integral y de función Pública Inclusiva Aragón. Planea también poner en marcha una estrategia educación inclusiva y constituir una Junta arbitral de igualdad de oportunidades, no discriminatoria, accesible y universal de Aragón. Finalmente, quiere obtener indicadores para evaluar el nivel de accesibilidad universal de los servicios públicos. El objetivo principal de esta Ley, tiene una connotación bastante social. Esta persigue el deseo de garantizar y promover los derechos de las personas con discapacidad y los de sus familias, insistiendo en los principios de igualdad de oportunidades, no discriminatorios y en la accesibilidad universal (física, visual, auditiva y cognitiva). De esta manera, busca e impulsa una capacitación y un empoderamiento personal y social en personas con discapacidad (Ley 5/2019).

Por último, esta misma Ley, nos brinda de nuevo, otra definición del término discapacidad. La define como: “La situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” (Ley 5/2019).

Como vemos, un mismo concepto puede dar más de un giro a terminología.

Por tanto, vemos como el término, vuelve a cambiar su designación y pasa a designarse como ‘limitaciones en la actividad’. Es por todo esto, por lo que no nos extraña que hoy en día se oigan distintos términos o nombres debidos a esa evolución del lenguaje, como pueden ser también ‘diversidad funcional’. Algunos de estos cambios han sido rechazados o cuestionados por las propias personas con discapacidad (SMG, 2020).

A continuación, podemos ver la evolución del término, y el cambio de significado en la legislación española, a lo largo de los años, y en base a textos normativos que usaban esta expresión.

Año/Norma	Término
Real Decreto para la Creación del Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales; año 1910.	Anormales. (No normal, persona privada de alguno de los sentidos corporales o desarrollo mental imperfecto)
Decreto para el ingreso en el cuerpo de inválidos militares de los Jefes y Oficiales de la Armada declarados inútiles por pérdida total de la visión; año 1931.	Inútil. (No útil, que no sirve para nada)
Decreto para la Creación del Patronato Nacional de Cultura de los Deficientes; año 1934.	Deficiente. (Defectuoso, incompleto)
Orden para Asociaciones de Inválidos para el trabajo; año 1940	Invalido. (No valido)
Decreto 2421/1968, de 20 de septiembre, por el que se establece en la Seguridad Social la asistencia a los menores subnormales.	Subnormal. (Por debajo de lo normal)
Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos.	Minusválidos
Constitución Española, de 29 de diciembre de 1978.	Disminuidos (Que tiene una discapacidad o minusvalía)
Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.	Minusválidos Que padece una minusvalía (falta o limitación)
Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.	Discapacitados

Tabla 04. Evolución del término discapacidad.

Fuente: Abellán García e Hidalgo Checa (2011).

El uso de todos estos términos, resulta sin ninguna duda, perjudicial a la hora de crear políticas sociales destinadas a la propia integración de las personas con discapacidad. El léxico, ha sido más bien nocivo en todo momento, a la hora referirse a ellos. Lo hemos visto ligado constantemente a cualidades negativas que hoy en día nos parecen horribles.

La palabra minusvalía, hacía referencia a una ‘menor’ ‘valía’; en cambio, el término discapacidad, tiene menos connotaciones negativas, no desprecia, ni se burla, ni muestra rechazo alguno.

El término correcto y aceptado internacionalmente es ‘persona con discapacidad’; está vigente desde 2006 cuando se llevó a cabo el Convenio sobre los Derechos de las Personas con

Discapacidad de las Naciones Unidas. En 2006 la Convención, toma un modelo social de discapacidad, en el cual se explica discapacidad como un concepto evolutivo que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras a las que se enfrentan debido a cierta actitud y entornos que dificultan su completa participación dentro de la sociedad, y estar en igualdad de condiciones a las demás personas (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Aun así, y como también hemos visto, cada día el lenguaje avanza más y los términos para designar este tipo de asuntos, cambian constantemente y mejoran mostrando una mayor inclusión.

Modelos teóricos de discapacidad

Si queremos hacer una revisión completa sobre la evolución del concepto de discapacidad a lo largo de la historia, y además observar cómo cambia también la percepción social y los cambios en la calidad de vida de estas personas, se debe hacer un repaso por los distintos modelos teóricos de discapacidad.

Estos nos ayudan también a comprender el camino que toman las futuras intervenciones que toma la disciplina del trabajo social dentro del área de discapacidad.

Modelo individualista	Modelo social
El modelo tradicional, moral, o religioso	Modelo social británico
Modelo médico, rehabilitador o individual	Modelo minoritario norteamericano
	El modelo biopsicosocial o CIF
	Modelo escandinavo o relacional
	El modelo de derechos humanos
	El modelo cultural
	Modelo de diversidad funcional

Tabla 05. Modelos de discapacidad.

Fuente: Pérez y Chhabra (2019).

Hasta mediados del siglo XX, la discapacidad, se afrontaba desde una visión bastante individualista. Esta, era explicada como una deficiencia, un castigo o una tragedia personal. Las personas debían resignarse a aceptar su situación y a recibir ayuda médica como único tratamiento posible (Pérez y Chhabra, 2019, p.3).

Dentro del **modelo individualista**, encontramos el modelo tradicional, moral o religioso; y el modelo médico rehabilitador o individual.

El **modelo tradicional, moral o religioso**, es el más antiguo y se apoya sobre creencias religiosas. El modelo justifica discapacidad como “un defecto causado por un fallo moral o un pecado” Es un modelo sostenido los principios de dependencia y vulnerabilidad. Las familias se veían obligadas a esconder a la persona con discapacidad, sacándola de la escuela y eliminando cualquier papel que puedan tener en la sociedad. Estas personas eran consideradas inferiores biológica, y psicológicamente. Todo esto llevaba a tratar la discapacidad mediante la fe y creencias de fuerzas espirituales (Pérez y Chhabra, 2019, p.10).

El **modelo médico rehabilitador o individual**, creía que tener discapacidad era “tener un cuerpo defectuoso”. El modelo se basa en que la discapacidad que un individuo tiene proviene de un fallo anormal en el sistema corporal, y este es totalmente patológico. Por tanto, se apoya firmemente en la creencia de la presencia de una enfermedad crónica como desencadenante de una discapacidad. Este modelo se sigue utilizando en la actualidad como medio para clasificar y prestar cuidados médicos y servicios sociales. Tiene influencia en las políticas públicas en cuanto a salud y beneficios sociales. Se dice que este modelo médico mejora notablemente la calidad de vida de las personas en base al modelo anterior (Pérez y Chhabra 2019, p. 11).

El **modelo social** se originó en las décadas de los cincuenta y sesenta, en Estados Unidos. El origen de esta nueva perspectiva puede situarse Ed Roberts, un alumno con discapacidad severa, comenzó a asistir a la universidad en Berkeley, California. Rompió todas las barreras tanto arquitectónicas como sociales y pudo hacer paso a futuros estudiantes con discapacidad. El modelo social de discapacidad fue un movimiento parecido al de la corriente feminista. Las personas con discapacidad, al igual que las mujeres, rechazaban ser clasificados y definidos por sus particularidades físicas. Reivindicaron la idea de que la independencia no surge a partir de la capacidad de ser autónomo, sino que surge a partir de la idea de saber gobernar el destino de la propia vida (Velarde-Lizama, 2012, p. 13).

Este modelo social de discapacidad manifiesta que sus causas no son ni religiosas ni científicas, dice que estas son en su mayoría, sociales. El modelo, pone en el punto de mira la rehabilitación de la propia sociedad, la cual debe estar pensada para contrarrestar las necesidades de todas las personas. La sociedad debe de integrar la diversidad eliminando todo tipo de barreras. El modelo social está centrado en los derechos humanos, y en la dignidad de los individuos. Sitúa

cada uno de ellos en la misma posición. El modelo traslada la idea individualista de entender discapacidad como una carencia personal y que hay que cambiar, a verla como un conjunto de carencias de carácter social, como resultado de interacciones entre el propio individuo y su entorno, el cual, no está diseñado para él (Victoria, 2013, p. 1094).

Por último, este modelo social se olvida de las limitaciones personales y en cambio, se enfoca en desarrollar las propias capacidades, autonomía e independencia de personas con discapacidad. Las sitúa en una posición de poder, donde son capaces de controlar ellos mismos las situaciones en las que se encuentran, dotándolas de los derechos que les pertenecen, en lugar de privarles de ellos (Cuenca Gómez, 2011, p. 7).

El anteriormente citado Convenio sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, creado en 2006 y vigente desde entonces, se inspira en los principios del modelo social y en el trato que le presta este a la discapacidad. Se pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Tipos de discapacidad

Una vez habiendo repasado las definiciones de discapacidad, su evolución histórica y habiendo abordado los modelos desde los que se ha tratado el tema, hay que prestarle atención a los diferentes tipos de discapacidad entre los que podemos distinguir. Para describir todos los tipos, nos basamos en el Real Decreto 1972/1999, de 23 de diciembre, por el que se determina el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

Podemos decir que existen tres grandes grupos de discapacidad, física, sensorial y psíquica (RD 1971/1999).

La **discapacidad física**, es una deficiencia de tipo motórico y/o visceral.

Discapacidad física
Originada en
Sistema músculo esquelético (deficiencias articulares, amputaciones...)
Sistema nervioso (epilepsia, tetraplejia, paraplejia...)
Aparato respiratorio (asma, trasplante de pulmón, fibrosis quística)
Sistema cardiovascular (cardiopatías, arritmias...)
Sistema hematopoyético y sistema inmunitario (anemias, Inmunodeficiencias no secundarias a infección por VIH...)
Aparato digestivo (enfermedad del hígado, incontinencia...)
Aparato genitourinario (deficiencias del riñón, incontinencia urinaria...)
Sistema endocrino (hipertiroidismo, diabetes...)
Piel y anejos (soriasis...)
Neoplasias (tumor)

Tabla 06. Discapacidad física.

Fuente: Elaboración Propia.

Se entiende **discapacidad sensorial** como la originada en el aparato visual, oído, garganta y estructuras relacionadas con el lenguaje.

Discapacidad sensorial				
Originada en				
<table> <tr> <td style="vertical-align: top;">Aparato visual</td> <td> Ceguera total: ausencia total de visión o como máximo percepción luminosa. Ceguera parcial: Visión reducida, que permite la orientación en la luz y percepción de masas uniformes. Estas restas visuales facilitan el desplazamiento y la aprehensión del mundo externo. </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Auditivas</td> <td> Sordera prelocutiva: anterior a la adquisición del lenguaje Sordera postlocutiva: posterior a la adquisición de lenguaje (sobre los 3 años) Hipoacusia leve (20-40 dB.) Hipoacusia moderada (40-70 dB.) Hipoacusia severa (70-90 dB.) Sordera (+ 90 dB.) </td> </tr> </table>	Aparato visual	Ceguera total: ausencia total de visión o como máximo percepción luminosa. Ceguera parcial: Visión reducida, que permite la orientación en la luz y percepción de masas uniformes. Estas restas visuales facilitan el desplazamiento y la aprehensión del mundo externo.	Auditivas	Sordera prelocutiva: anterior a la adquisición del lenguaje Sordera postlocutiva: posterior a la adquisición de lenguaje (sobre los 3 años) Hipoacusia leve (20-40 dB.) Hipoacusia moderada (40-70 dB.) Hipoacusia severa (70-90 dB.) Sordera (+ 90 dB.)
Aparato visual	Ceguera total: ausencia total de visión o como máximo percepción luminosa. Ceguera parcial: Visión reducida, que permite la orientación en la luz y percepción de masas uniformes. Estas restas visuales facilitan el desplazamiento y la aprehensión del mundo externo.			
Auditivas	Sordera prelocutiva: anterior a la adquisición del lenguaje Sordera postlocutiva: posterior a la adquisición de lenguaje (sobre los 3 años) Hipoacusia leve (20-40 dB.) Hipoacusia moderada (40-70 dB.) Hipoacusia severa (70-90 dB.) Sordera (+ 90 dB.)			

Tabla 07. Discapacidad sensorial.

Fuente: Elaboración Propia.

El tercer y último tipo es discapacidad psíquica, la cual se divide en otros dos tipos distintos, discapacidad psíquica intelectual y discapacidad psíquica mental.

Según la Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo la definición de **discapacidad intelectual** es la siguiente: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (Luckasson et al., 2002, p. 8).

La clasificación, o diagnóstico utilizado en España a la hora de hacer el reconocimiento del grado de discapacidad relativo a este tipo de discapacidad es la siguiente.

Discapacidad psíquica
Discapacidad intelectual
Inteligencia Límite
Retraso Mental Leve
Retraso Mental Moderado
Retraso Mental Grave y/o profundo

Tabla 08. Discapacidad psíquica intelectual.

Fuente: Elaboración Propia.

La discapacidad intelectual se diagnostica considerando dos tipos de aspectos funcionales, el funcionamiento intelectual, en otras palabras, la inteligencia, comprensión de ideas complejas y capacidad para razonar; y el funcionamiento de conducta adaptativa. Este último referido a la capacidad de desarrollo diario. Otro aspecto importante como hemos visto ya, es tener en cuenta que la DI es frecuentemente originada antes del nacimiento, o como consecuencia de lesiones en el parto, o después de nacer. Las partes que pueden verse afectadas a parte de la capacidad intelectual son la psicomotricidad, la habilidad emocional, la atención-concentración, la orientación espacial y la conciencia de la propia discapacidad (Fundacion Prevent, 2010).

La discapacidad intelectual está, además, caracterizada por las limitaciones en el funcionamiento intelectual, las cuales se traducen en la necesidad de proveer ayudas extraordinarias para que las personas participen de las actividades implicadas en el funcionamiento típico del ser humano (Wehmeyer et al., 2008, p. 314).

El concepto de **discapacidad psíquica mental**, o discapacidad psicosocial hace referencia a numerosas enfermedades mentales, ya sean de mayor o menor gravedad.

Según la CIE-10 de la OMS y la DSM-NITR Asociación Psiquiátrica Americana, un trastorno mental es “una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo que se traduce en trastornos del comportamiento, del razonamiento, de la adaptación a las condiciones de vida y de la comprensión de la realidad” (Fundacion Prevent, 2010).

A continuación, desarrollaremos el concepto de trastorno mental y hablaremos de qué implica discapacidad psíquica mental.

II DISCAPACIDAD PSIQUICA MENTAL

Una vez definido el concepto de trastorno mental, hay que entender el tipo de discapacidad que causan los trastornos mentales y, sobre todo, separarlo de discapacidad intelectual, ya que muchas veces se puede llegar a confundir estos conceptos. Lo que diferencia discapacidad psíquica de intelectual es que el trastorno o enfermedad mental aparece ligado a personas que ya gozan de todas sus capacidades mentales desarrolladas y que estas, por alguna razón, se ven alteradas en un determinado momento. Como ya hemos visto antes, discapacidad intelectual se asocia a personas que no han desarrollado, o han tenido dificultades en la evolución de alguna de sus funciones (BirthLH, s.f.).

Aun así, hay que recalcar, que las personas con discapacidad intelectual son más vulnerables a sufrir una alteración mental y/o conductual (Petisco y Quezada, 2018, p. 93).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), la definición de trastorno mental grave (TMG) hace referencia al grupo de personas que padecen trastornos psiquiátricos graves, que siguen con algún tipo de alteración mental crónica. Estos suponen distintos grados de discapacidad y de disfunción social y deben de ser atendidas por los servicios sociosanitarios, recursos psiquiátricos y de índole social (American Psychiatric Association, 2014).

El TMG, crea problemas de comprensión de la realidad, distorsiona las relaciones interpersonales, provoca o puede provocar un riesgo para su vida y tiene consecuencias negativas en distintas áreas del funcionamiento individual. (vida cotidiana, empleo, relaciones sociales, educación...etc.) (Petisco y Quezada, 2018, p. 98).

Siguiendo la clasificación del DSM-V y el CIE-10, estos son los principales trastornos mentales y algunas de sus características, más susceptibles a realizar valoración de discapacidad según la normativa vigente actual sobre la materia en la comunidad de Aragón (RD 1971/1999).

Discapacidad psíquica	
Discapacidad psíquica mental	
Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	
Trastornos afectivos o del estado de ánimo	Depresión Trastorno bipolar
Trastornos de la ansiedad	Fobias Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno obsesivo compulsivo
Trastornos de la personalidad	TP Esquizoide TP Esquizotípica TP paranoide TP Narcisista TP Histrionica TP Antisocial TP Limite TP Obsesivo compulsivo TP Dependiente TP Evitadora

Tabla 09. Discapacidad psíquica mental.

Fuente: Elaboración Propia.

Algunas de las características del **trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**, son la alteración y distorsión del pensamiento y de las emociones, sumada a una pérdida de contacto con la realidad. Presentan síntomas como delirios y alucinaciones.

Dentro de los **trastornos afectivos o del estado de ánimo**, la depresión y el trastorno bipolar son los trastornos más importantes incluidos en este tipo de trastornos (American Psychiatric Association, 2014).

Dentro de los **trastornos afectivos o del estado de ánimo**, la depresión y el trastorno bipolar son los trastornos más importantes incluidos en este tipo de trastornos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020b) la **depresión** es un trastorno mental, caracterizado por la tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Se observa una perdida en la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas; además de una disminución de la vitalidad, reduciéndose así los niveles de actividad, aunque sintiendo un extremo cansancio. Los episodios depresivos, se caracterizan por síntomas como: la disminución de la concentración y la atención, la pérdida de confianza de uno mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpabilidad e inutilidad, perspectiva negativa del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos de sueño y la pérdida de apetito.

La depresión se convierte en un problema de salud grave cuando se prolonga en el tiempo y su intensidad es de moderada a grave. Esta puede provocar una angustia provocando el sufrimiento de la persona y afectando así a la propia estabilidad personal, actividad laboral, familiar, social, escolar... etc. En el peor de los casos, esta termina en el suicidio (Florián, 2017, p. 21).

El **trastorno bipolar** está caracterizado por la aparición de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del individuo se encuentran profundamente alterados. Las alteraciones, según el CIE-10 consisten en: “una exageración del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hopomanía)” y en otras, en “una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).” Por lo tanto, se ven afectados los mecanismos que regulan el estado de ánimo alternando así, fases de tristeza con fases de euforia patológicas. Existen, además, varios tipos de trastornos bipolares (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Trastornos de la ansiedad. Según la CIE-10, la característica más frecuente de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente. Destaca una preocupación excesiva, inseguridad, dificultad para la toma de decisiones, etc. (OMS, 1992).

Aunque los síntomas predominantes suelen ser bastante variables, la sintomatología más habitual es de tres clases: mental (preocupación excesiva, inseguridad, dificultad para la toma de decisiones, etc.), física (palpitaciones, sensación de ahogo, náuseas, dolores, sudoración excesiva, micciones, etc.) y conductual (paralización motora, evitación, tartamudeo, etc.).

Existen distintos tipos de diagnóstico, estos son algunos de ellos:

Fobias: es un miedo irracional a objetos, personas o/y situaciones que persiste un tiempo prolongado en la vida de una persona.

Trastorno de ansiedad generalizada: sigue patrón de preocupación y ansiedad está presente en muchos acontecimientos o actividades diferentes, llegando a veces a inundar la vida de la persona.

Trastorno obsesivo compulsivo: Consiste en la aparición de una obsesión y compulsión de una forma reiterada a las cuales, la persona afectada llega a dedicarle, en contra de su voluntad, más tiempo del deseado y perturbando de manera relevante en todas las actividades de su vida diaria, en mayor o menor medida (OMS,1992).

Los trastornos mentales afectan a procesos psicológicos básicos, como pueden ser las emociones, la motivación, la conciencia, la cognición, percepción, lenguaje, aprendizaje, etc. (Petisco y Quezada, 2018, p. 14).

Dado que no se conocen los límites reales del concepto de trastorno mental, a la hora de realizar una valoración de discapacidad, y decidir un diagnóstico correcto, se tienen en cuenta los siguientes indicativos²:

1. Disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma.
2. Disminución de la capacidad laboral.
3. Ajuste a la sintomatología psicopatológica universalmente reconocida.

Los trastornos mentales, y por consiguiente la discapacidad psíquica, no es algo que debamos pasar por alto ni quitar importancia. Estos muy comunes y las responsables de una importante tasa de discapacidad. Estas pueden llegar a afectar al 20%-25% de toda la población mundial en algún momento de la vida. El impacto negativo en la calidad de vida de los individuos y las familias es enorme. Ya en el año 2000, los trastornos mentales y neurológicos fueron los causantes de un 12% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos de entre todo tipo de enfermedades. Para 2020, la OMS ya preveía que la carga correspondiente a esos trastornos habría aumentado en un 15% (OMS, 2001b).

² Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Oficial del Estado*, de 26 de enero de 2000, núm. 22.

Actualmente, y tras un año de pandemia de COVID-19, se está provocando un gran incremento en la demanda de servicios de salud mental en gran parte del mundo (OMS, 2020a).

En España, no solo se han visto agravados los trastornos mentales diagnosticados, previos a la pandemia, sino que, además, se han disparado los casos de ansiedad y depresión. Ambas enfermedades afectan al 6,7 % de la población del país, exactamente la misma cifra, y en ambas, más del doble de los casos se dan en mujeres (9,2 %) que en hombres (4 %) (RTVE.es, 2021).

III CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida (CV) se ha convertido en materia de gran interés para áreas de investigación como la educación y educación especial, la salud física y mental, los servicios sociales, las familias, las organizaciones y las políticas públicas. El término de calidad de vida se usa habitualmente en el ámbito de la discapacidad como marco para el impulso de servicios y algunas evaluaciones de resultados personales (Caqueo-Urízar y Urzua, 2012, p. 62).

La noción de CV surgió en la época de los 80 para dar a conocer lo que tenía verdadera importancia en la vida de las personas y como constructo social para guiar la política y la práctica. Mas tarde se convirtió en el tema para llevar a cabo el desarrollo de servicios y la evaluación de resultados personales relacionados con la CV. Debido al progresivo entendimiento de esta idea, se ha evolucionado desde la concepción de CV como solamente un concepto, hacia CV “como un constructo medible que puede proporcionar información a todas las personas implicadas en la provisión de servicios y apoyos para personas con discapacidad” (Schalock y Verdugo, 2007, p. 31).

A pesar de la creciente tendencia a querer definir y explicar este término, no existe una única definición, sino que existe una evolución de la concepción del propio concepto.

La OMS en 1994 define la CV como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (Mejía y Merchán, 2007, p. 11).

La calidad de vida individual, según el modelo de Schalock y Verdugo (2007, p. 22) es el estado deseado de bienestar propio, comprendido por varias dimensiones centrales, influenciadas tanto por una serie de factores personales y ambientales. Estas pueden ser móviles

dependiendo de la importancia atribuida por los propios individuos. La estimación de estas dimensiones, se fundamenta sobre indicadores sensibles dependiendo del contexto y la cultura en la que se pretenden destinar.

Según estos autores, existen cuatro principios que guían la aplicación del modelo conceptual de CV dentro de los servicios para las personas con discapacidad. Se sostiene CV como un “estado deseado de bienestar personal que es multidimensional, tiene propiedades éticas universales y émicas (ligadas a la cultura), cuenta con componentes objetivos y subjetivos y está influenciada por factores personales y ambientales”. Además, se incluye el uso de apoyos individualizados que acompañan a las ocho dimensiones con las que los autores evalúan la CV. Consiste en sumar las puntuaciones para producir un índice de percepción de bienestar (Schalock. y Verdugo, 2007, p. 22).

Es por todo esto, por lo que necesitamos medir la CV. Para entender el grado en que las personas experimentan una vida de calidad y bienestar personal.

En la siguiente tabla se muestran La asociación de apoyos individualizados con las ocho dimensiones, con las que poder evaluar la calidad de vida.

Dimensión	Apoyos individualizados	Indicadores
Desarrollo personal	Entrenamiento en habilidades funcionales, tecnología asistida, sistemas de comunicación.	Limitaciones/capacidades, Acceso a nuevas Tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).
Autodeterminación	Elecciones, control personal, decisiones, metas personales.	Metas y Preferencias Personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.
Relaciones interpersonales	Fomento de amistades, protección de la intimidad, apoyo a las familias y relaciones/interacciones comunitarias.	Relaciones Sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.
Inclusión social	Roles comunitarios, actividades comunitarias, voluntariado, apoyos sociales	Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.
Derechos	Privacidad, procesos adecuados, responsabilidades cívicas, respeto y dignidad.	Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.
Bienestar Emocional	Aumento de la seguridad, ambientes estables, feedback positivo, previsibilidad, mecanismos de autoidentificación (i.e. espejos, etiquetas con el nombre)	Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.
Bienestar Físico	Atención médica, movilidad, bienestar, ejercicio, nutrición.	Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.
Bienestar Material	Propiedad, posesiones, empleo.	Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (Pensión, Ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

Tabla 10. Dimensiones calidad de vida.

Fuente: Schalock. y Verdugo, (2007 y 2013).

Desde el punto del modelo sistémico-ecológico, la calidad de vida es un estado de bienestar, que apoya, enaltece, fomenta y promueve un bienestar general en la vida de las personas logrando una armonía entre los individuos y la naturaleza. Reclamando también buena calidad en el área social, económica, etc., generación tras generación (Van Gigch, 1990, p. 245).

La calidad de vida es, sin ninguna duda, uno de los fines del Trabajo Social. Conlleva la exploración de recursos o métodos que sumen a la vida de las personas, grupos, organizaciones y comunidades, por medio de una comunicación, y una prestación de respuestas que satisfagan las necesidades sociales, afronten los problemas y desarrolle las capacidades y fortalezas de aquellos con quien se trabaja (Barranco, 2009, p. 136).

En base al planteamiento sistémico ecológico, la idea de calidad de vida es multidimensional. Esta engloba aspectos comunes para todo el mundo, como la salud, la economía, trabajo, vivienda, relaciones sociales, ocio, medio ambiente, derechos, además incluye el juicio subjetivo individual y colectivo (Barranco, 2009, p. 134).

A pesar de la evidente importancia de todas las dimensiones anteriores, y de que todas ellas deben de desarrollarse por todos los individuos para adquirir un buen grado de calidad de vida, en la presente investigación, se han considerado únicamente dos dimensiones a tener en cuenta como representación de CV.

Las dos dimensiones elegidas a la hora de realizar la investigación, son el bienestar emocional y relaciones interpersonales. Las cuales, deberían desarrollarse como competencias sociales, y las cuales refuerzan la capacidad para mantener buenas relaciones entre varias personas.

Primero, se ha escogido el **Bienestar emocional**, el cual hace referencia a sentirse tranquilo, en calma, seguro y sin agobios. A no estar nervioso. Este aspecto, se evalúa mediante los indicadores de: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.

La segunda dimensión escogida es **Relaciones interpersonales**. Esta, trata de relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente de tu entorno (familia, vecinos, compañeros, etc.). Este aspecto se mide con los siguientes indicadores: Relaciones Sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.

TRABAJO SOCIAL Y DISCAPACIDAD PSÍQUICA MENTAL.

Las personas con discapacidad son especialmente vulnerables a la exclusión social. Parte de esta culpa, la tiene la carencia de los bienes indispensables al alcance de estas personas para ejercitarse plenamente todos sus derechos como ciudadanos. La relación entre discapacidad y exclusión social, es bidireccional. Primero, las personas con menos recursos, en situación de precariedad, infravivienda, malnutrición, etc., son más propensas a acabar adquiriendo una discapacidad. Por otro lado, el factor discapacidad es un factor que impulsa esa exclusión. Ya que estas personas suelen tener una menor oportunidad de acceso a servicios de carácter básico (Huete et al., 2009, p. 10).

Los trabajadores sociales, son los encargados de asegurar la dignidad de vida mediante la oportunidad de estos de decidir sobre su proyecto de vida. Todos los seres humanos tenemos derecho a esto, pero a algunos, en este caso las personas con discapacidad y sus circunstancias hacen que sean excluidos o tengan mucha dificultad de alcanzar este objetivo. Como buenos profesionales del trabajo social, debemos asegurar y lograr el que todos los individuos sean dueños de sus decisiones y tengan un control pleno sobre su vida. Se debe garantizar la plena autonomía de estas personas (Cordero y Palacios, 2017, p. 65 – 75).

Como señala Lorna (2014), la discapacidad ha de ser vista como una oportunidad para desarrollar las capacidades que el individuo posee, y lograr así una buena calidad de vida. El trabajador social debe intervenir sobre las dimensiones sociales que más impacto tengan, y que mejor definan esa calidad de vida de la persona. Estos deben crear la intervención eliminando o minimizando barreras sociales, fortalecer las capacidades y proveer los recursos y oportunidades convenientes en cada caso. El objetivo final será lograr la integración e inclusión social.

Las enfermedades mentales están también relacionadas con la disciplina del trabajo social. Al igual que antes con los modelos de discapacidad, vemos al trabajo social más vinculado al modelo social, el cual trabajaba sobre la sociedad intentando adaptar la misma y reduciendo sus desigualdades para integrar a las mismas personas con discapacidad; encontramos de la misma forma, modelos de actuación sobre las enfermedades mentales.

Tipos de modelos	Fundamentación	Etiología de la enfermedad mental	Proceso	Tratamiento
Modelo Médico	Teoría orgánica	Causas orgánicas	Estudio del cuadro clínico y diagnóstico	Farmacológico
Modelo Conductista	Teoría del aprendizaje	Condicionamiento o ausencia de condicionamiento adecuado	Identificación de la conducta patológica	Conductismo
Modelo Psicodinámico	Teoría psicoanalítica	Motivaciones y vida intrapsíquica del paciente	Estudio de la vida intrapsíquica del paciente	Psicoterapia
Modelo Sociológico	Psiquiatría comunitaria, Psiquiatría institucional, Antipsiquiatría...	Factores sociales y culturales: contradicciones sociales	Solución ligada a los cambios sociales: compromiso social y praxis política	No
Modelo Biopsicosocial	George Engel	Factores: - Biológicos - Psicológicos - Sociales	Diagnóstico médico, psicológico y social	Combinación de tratamiento farmacológico, psicológico y social

Tabla 11. Modelos sobre las enfermedades mentales.

Fuente: Elaboración propia a partir de Pérez (1995), Adolfo (2004) y Traid (2005).

El Modelo Biopsicosocial es el más aceptado actualmente, criticando el medico por ser demasiado reduccionista y a la psiquiatría por ser muy deshumanizadora. En ambos se obvian aspectos relacionados con la vida de los individuos. El modelo biopsicosocial reconoce la importancia de factores tanto biológicos, psicológicos y sociales. (Martín, 2013, p. 316).

Al reconocer estos factores sociales, el modelo cobra importancia dentro del trabajo social.

Para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, hemos de llevar a cabo una serie de políticas de bienestar social, basadas en los Derechos Humanos Universales; los cuales se encarguen de garantizar esa igualdad de oportunidades e integración de la que hablamos (Barranco, 2002 y 2004).

Seguidamente, deberían de plantearse planes, programas, servicios y prestaciones dedicados específicamente a este tipo de personas; incluyendo todo tipo de discapacidades y necesidades concretas de los solicitantes. Creando un plan de intervención, servicios públicos y accesibles y eficaces para personas con discapacidad psíquica mental.

DISCAPACIDAD EN CIFRAS

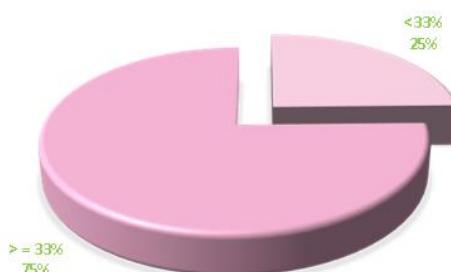
La discapacidad se “mide” en grados. Este grado depende de la gravedad de la situación de cada persona. Es en el Real Decreto 1971/1999, donde se establecen las bases para la evaluación y el reconocimiento del grado de discapacidad.

Este proceso de valoración de la discapacidad, no implica esencialmente que el grado de discapacidad alcanzado dispense la consideración de persona con discapacidad. Según la normativa vigente, la persona valorada obtiene legalmente el nombramiento de persona con discapacidad cuando el resultado de la valoración realizada alcanza un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

En el año 2018, Aragón fue la quinta comunidad autónoma con más valoraciones de discapacidad realizadas (por encima de la media estatal). La ciudad de Zaragoza contaba ya con 109.526 valoraciones realizadas (Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, 2018).

De esas valoraciones, el número de personas que alcanzaron el 33% o más, fue de 82.503 personas. De las cuales, 41.847 son hombres y 40.656 mujeres.

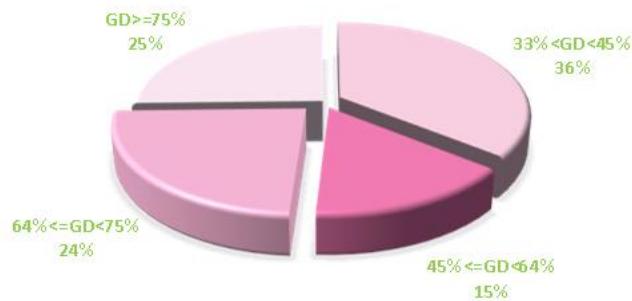
Gráfico 01. Personas valoradas de discapacidad.



Elaboración propia a partir de Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, (2018).

En la siguiente gráfica, vemos qué grados son los que fueron alcanzados con una mayor frecuencia.

Gráfico 02. Grado alcanzado de discapacidad.

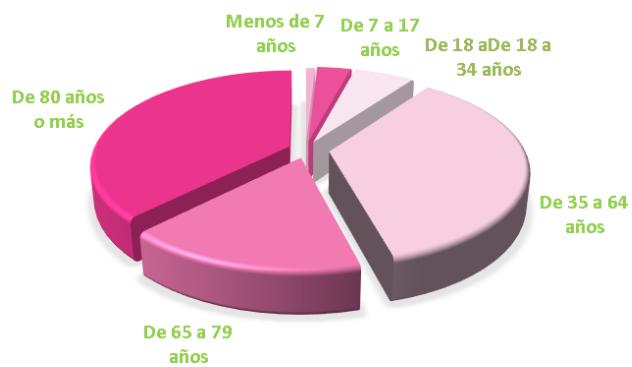


Elaboración propia a partir de Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, (2018).

Observamos una mayor frecuencia de puntuación de entre el 33% y el 45%, lo que equivaldría a una discapacidad leve.

En Zaragoza, en el año 2018, había 12.616 personas valoradas y reconocidas con discapacidad psíquica mental. Como se puede ver en la siguiente gráfica, había con este tipo de discapacidad 112 niños de menos de 7 años y 415 de 7 a 17 años. Había 739 personas de entre 18 y 34 años y la mayoría de personas con discapacidad psíquica se encuentran entre la franja de edad comprendidas entre los 35 y 64 años. La cifra aumenta hasta 4.522 personas. Despues, notamos un descenso, en las edades de 65 a 79 años, con 2.096 personas. En la última franja de edad, había 4.732 personas con más de ochenta años con este tipo de discapacidad.

Gráfico 03. Franja de edades.



Elaboración propia a partir de Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, (2018).

CONTEXTUALIZACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD DE ZARAGOZA

La parte práctica de la investigación de este trabajo, se realizará en el Centro de Atención a la Discapacidad de Zaragoza (CADZA). El CADZA es un centro de atención social especializada, de ámbito provincial y dependiente del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. En él, se desarrollan fundamentalmente programas de atención básica a personas con discapacidad. Este constituye la vía de acceso a los servicios y prestaciones establecidos para las personas con discapacidad. En el centro se desarrollan actuaciones de prevención y promoción de la autonomía personal tanto a personas con discapacidad como a sus familias. El centro facilita también la colaboración y coordinación entre organismos públicos y entidades privadas, recoge las demandas de las personas con discapacidad e impulsa su participación social.

El RD 1971/1999 determina las competencias de los órganos correspondientes de las CCAA, con la finalidad de que la valoración y calificación del grado de discapacidad sea el mismo en todo el territorio nacional. Esta norma es la que regula la composición, organización y funciones de los Equipos de Valoración y Orientación (EVO), así como el procedimiento administrativo para la valoración del grado de minusvalía en Aragón.

La estructura organizativa del Centro, se compone de la directora del centro, una secretaría administrativa, un equipo de administrativos y auxiliares que conforman el Área administrativa. Un equipo técnico formado por médicos, psicólogos y trabajadores sociales conforman el Área técnica del Centro. Los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) son la unidad básica de los centros de valoración y orientación.

En el centro, se llevan a cabo las valoraciones de discapacidad de todas las personas residentes en la ciudad de Zaragoza, sus comarcas y los centros penitenciarios de Zuera y Daroca. Entre los objetivos de CADZA se encuentran, valorar y orientar a las personas con discapacidad, facilitar el reconocimiento de los derechos legales relacionados con su discapacidad, y favorecer la plena integración en el ámbito social, personal y laboral. El Centro sirve de apoyo técnico a profesionales, colectivos y entidades públicas en materia de discapacidad (Gobierno de Aragón, s.f.).

CADZA tiene la función de valorar la discapacidad de tipo física, psíquica o sensorial, así como los factores sociales complementarios que dificulten su integración social, con la finalidad de

determinar el grado de discapacidad del individuo, con los procedimientos y baremos establecidos en la normativa vigente en Aragón³.

Finalmente, el Centro tiene también una función informativa, en él, se orienta tanto a personas como a entidades públicas o privadas sobre cuestiones específicas relacionadas con la atención a las personas con discapacidad, como los beneficios, ventajas y otros, que otorga el grado de discapacidad a cada persona.

Los **trabajadores sociales** del Centro de Atención a la Discapacidad, toman un papel muy importante dentro de él, ya que forman parte del equipo de los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) del centro. Este equipo interdisciplinar está constituido además de por un trabajador social, por un médico y un psicólogo.

El primer objetivo de los trabajadores sociales del Centro de Atención a la Discapacidad es realizar la valoración social de las situaciones de discapacidad y obtener una puntuación analizando la información con respecto al nivel cultural y educativo, situación laboral, situación económica, situación familiar, recursos del entorno del que hace uso, mediante una descripción de la vivienda, vida cotidiana, pertenencia a grupos, etc.

El segundo objetivo de los trabajadores sociales dentro de CADZA es el de orientar e informar tanto a los usuarios como a sus familias y otras entidades que lo precisen, en lo relativo a recursos y beneficios obtenidos si alcanzan un grado de discapacidad.

Para realizar la valoración de discapacidad, los trabajadores sociales, realizan un análisis previo de la solicitud (aportada en el anexo II) y los informes aportados por los solicitantes de discapacidad y, posteriormente, realizan entrevistas a los usuarios con el fin de redactar un informe social emitiendo el correspondiente dictamen atendiendo a los baremos y criterios que recoge la norma.

Cabe señalar que la valoración de los trabajadores sociales solo se lleva a cabo si el usuario ha llegado o sobrepasado el 25% de puntuación con los profesionales que lo han visto anteriormente, ya sean solo por el médico, psicólogo o ambos. Para sumar la puntuación del trabajador social, se valoran cinco factores sociales: el factor familiar, cultural, económico, laboral, profesional y del entorno. La puntuación obtenida de la valoración social, se sumará a la puntuación de los otros miembros del EVO para obtener el porcentaje final de discapacidad.

³ Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Oficial del Estado*, de 26 de enero de 2000, núm. 22.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Atención a la Discapacidad, durante el mes de abril de 2021, como hemos puntualizado anteriormente. Los cuestionarios, fueron respondidos por un total de 10 personas. El perfil de los sujetos es variado, aunque todos tienen en común una discapacidad psíquica mental que, en algunos casos, está acompañada de otro tipo de discapacidad, siendo así mixta. Las edades están comprendidas entre los 18 y los 54 años de edad, y 6 de ellas son mujeres y 4 son hombres.

Sujeto	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de estudios	Situación laboral actual
1	Mujer	De 18 a 34	Soltero/a	Estudios primarios	Estudiante
2	Hombre	De 18 a 34	Soltero/a	Estudios secundarios (Bachiller / Formación Profesional)	Otros
3	Mujer	De 18 a 34	Soltero/a	Estudios secundarios (Bachiller / Formación Profesional)	Estudiante
4	Hombre	De 35 a 44	Casado/a	Estudios secundarios (Bachiller / Formación Profesional)	Incapacidad laboral permanente
5	Mujer	De 35 a 44	Separado/a-divorciado/a	Estudios superiores (Universitarios / Formación Profesional Superior)	En activo
6	Hombre	De 35 a 44	Soltero/a	Estudios superiores (Universitarios / Formación Profesional Superior)	En desempleo
7	Mujer	De 35 a 44	Casado/a	Estudios secundarios (Bachiller / Formación Profesional)	En activo
8	Mujer	De 45 a 54	Soltero/a	Estudios secundarios (Bachiller / Formación Profesional)	En desempleo
9	Mujer	De 45 a 54	Casado/a	Estudios secundarios (Bachiller / Formación Profesional)	Incapacidad laboral transitoria
10	Hombre	De 45 a 54	Casado/a	Estudios superiores (Universitarios / Formación Profesional Superior)	En activo

Tabla 12. Resultados sociodemográficos.

Figura. Elaboración propia.

Como vemos en los datos demográficos de la tabla anterior, la mayoría de las personas que participaron en la encuesta, fueron mujeres, y la edad más repetida entre todos ellos es de entre 35 a 44 años.

La mitad de los encuestados, están solteros, cuatro personas están casadas, y solo una de ellas se encuentra Separado/a-divorciado/a.

Tres de los participantes han completado unos estudios superiores, mientras que seis personas obtuvieron estudios secundarios y solo una persona tiene únicamente los estudios primarios.

En cuanto a la situación laboral, nos encontramos con dos estudiantes, tres personas activas actualmente; una persona con Incapacidad laboral permanente y otra con Incapacidad laboral transitoria. Encontramos a dos personas en desempleo, y una que respondió “Otros”.

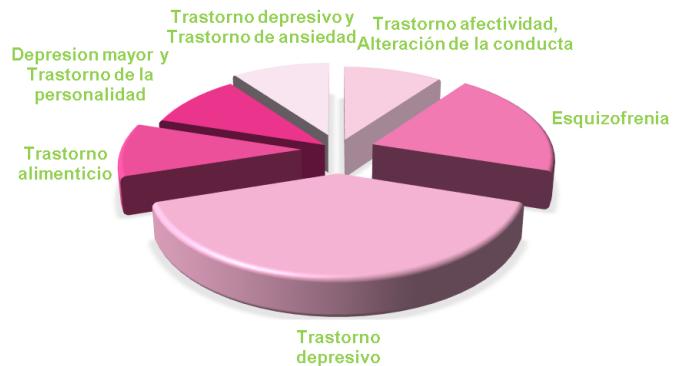
El 50% de los encuestados cuentan con un diagnóstico único, lo que significa que únicamente tienen un trastorno mental. Dos personas presentan un diagnóstico combinado, esto quiere decir que ambos presentan dos trastornos mentales. Por consiguiente, estos dos grupos tienen únicamente discapacidad psíquica mental. Entre los encuestados aparecen dos personas con discapacidad mixta física, y uno con discapacidad mixta intelectual, esto quiere decir que, aparte de tener un trastorno mental, estas personas cuentan también con uno de carácter físico o intelectual.

Gráfico 04. Tipo de discapacidad.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 05. Tipo de diagnóstico.



Fuente: elaboración propia.

Entre los encuestados, se encontraron varios tipos de trastornos mentales. Aunque como vemos en la siguiente gráfica, hubo variedad entre los tipos de trastornos mentales, destaca el Trastorno depresivo, con un 60% de prevalencia, ya sea junto con otra patología física (20%) o junto con otro trastorno mental (20%). Entre esas 6 personas que padecían Depresión encontramos dos hombres, y el doble de mujeres.

Entre los trastornos que nos encontramos, vemos también a una persona con un trastorno alimenticio (10%), dos personas con esquizofrenia (20%) y a una con alteración de la conducta y trastorno de la afectividad (10%).

Dimensión emocional

Recordemos que el bienestar emocional, se evaluaba mediante indicadores como la satisfacción, el autoconcepto, la ausencia de estrés o los sentimientos negativos. Así pues, las preguntas dedicadas a medir esta dimensión, han sido enfocadas esos aspectos. Se ha tratado de averiguar, si las personas se sienten satisfechos con su vida, con su forma de ser, se sienten capaces de ser ellos mismos, y creen que pueden llevar bien los obstáculos en su día a día.

A continuación, hablaremos sobre los datos más relevantes obtenidos de la encuesta.

La afirmación “*Creo que mi vida es útil y valiosa*”, es bastante importante a nivel emocional, sobre todo, para conocer una perspectiva muy introspectiva. Resulta de vital importancia para uno mismo el sentir que valemos la pena. Esto demuestra el nivel de conformidad y de estima que se tiene con uno mismo. La mayoría de ellos, no tienen una visión demasiado valiosa de sí mismos. Vemos que seis personas se encuentran a la izquierda de la gráfica. Tres de los encuestados están en desacuerdo con la afirmación, las otras tres personas en la parte negativa están muy en desacuerdo con la primera afirmación.

La afirmación “*Me siento satisfecho con mi forma de ser*”, tiene bastante que ver con la anterior. Volvemos a ver unos resultados no muy buenos con la perspectiva introspectiva emocional de los sujetos. La mitad de los encuestados manifiesta un claro desacuerdo con la afirmación (40% muy en desacuerdo y 10% en desacuerdo), y solo el 30% se sienten de acuerdo, o de acuerdo.

Para un bienestar emocional de calidad, para sentir que somos válidos y útiles, es necesario sentirse bien con uno mismo, sentirse capaz y lograr aceptarse a la manera de ser de uno mismo.

La próxima afirmación “*Disfruto cada día de muchas pequeñas cosas*”, está enfocada al placer propio del día a día, al sentirse contentos, felices y con capacidad de disfrutar de lo que se nos ofrece. A menudo, las personas con un Trastorno depresivo, tienen síntomas de anhedonia, apatía o fatiga y se suelen sentir débiles durante el día (Álvarez-Mon, M. A et al.,2019). Esto concuerda con los resultados ya que las puntuaciones más desfavorables de estas últimas dos afirmaciones, vienen de las personas diagnosticadas con un Trastorno depresivo, así como por

esquizofrenia y de la persona con trastorno alimenticio. Solo el 30% manifiesta estar de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación.

La afirmación *“En mi día a día tengo muchos ratos en los que me siento mal”* (Gráfico 06), es negativa e inversa. Por lo tanto, las puntuaciones se han sumado al revés de como las vemos en la gráfica (10 9 8...2 1 0). Como podemos ver, son cinco las personas que están muy de acuerdo con la afirmación y una que está simplemente de acuerdo. Esto significa que un 60% de las personas reconocen que se sienten mal varias veces al día. Tan solo dos personas están totalmente en desacuerdo con la afirmación y una en desacuerdo.

Se entiende como malestar, en este caso un malestar emocional o sentimental, en su mayoría, relacionado con su situación en base a su trastorno mental, ya que únicamente dos de los encuestados estaba diagnosticado con una patología física (en ambos casos acompañada de un trastorno por depresión).

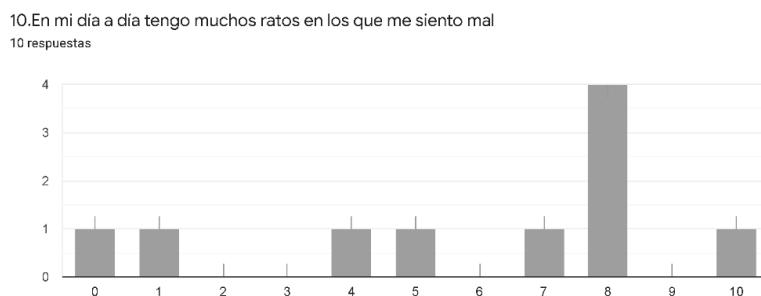


Gráfico 06. “En mi día a día tengo muchos ratos en los que me siento mal”.

Fuente: elaboración propia.

La última afirmación, sobre la dimensión emocional es *“Creo que vivo en una sociedad que me permite desarrollarme plenamente”*. Esta sirve para descubrir en qué medida, personas con discapacidad psíquica mental pueden sentirse incluidos y qué visión tienen de la sociedad, en base a lo que sienten que pueden llegar a desarrollarse y a dar todo lo mejor de ellos mismos. Es de vital importancia que personas con discapacidad, se sientan valiosos, tanto para sí mismos como para los demás.

Los resultados no son demasiado favorables, un 20% de las personas están de acuerdo con la afirmación, y otro 20% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo. Un 30% de los encuestados dicen estar en desacuerdo y otro 30%, se muestra muy en desacuerdo. Por lo tanto, está claro una mayoría de los encuestados siente que la sociedad no le permite desarrollarse plenamente.

Entre las conclusiones que se pueden sacar de las afirmaciones del bloque de BE, está el dato de que solo un 40% de las personas se sienten capaces para resolver la mayoría de los problemas de su día a día. Solo un 30% creen que pueden ser ellos mismos. Solo un 20% de todos los encuestados está de acuerdo con la afirmación *“Me siento muy satisfecho con mi vida”* y únicamente un 10% está muy de acuerdo.

En general, los resultados de este primer bloque, son especialmente desfavorables para los sujetos 8, 9 y 10 de la tabla presentada al principio de este análisis. Se trata de dos mujeres y un hombre y coinciden siendo las de mayor edad. Solo una de ellas está activa laboralmente. Igualmente, de estas, es una la que cuenta con un doble diagnóstico de depresión mayor, con trastorno de personalidad. Todas tienen solo una discapacidad (psíquica mental).

Dimensión de relaciones interpersonales

Esta dimensión es la segunda que tomamos para medir la CV. Las relaciones interpersonales, son relaciones sociales entre dos o más sujetos. A demás de una dimensión de la CV es una gran habilidad social a desarrollar por todos los seres humanos. Las RI, fomentan las amistades y el apoyo entre familiares entre otros tipos de interacciones sociales posibles.

Esta se mide a partir de indicadores como las relaciones sociales, el grupo de amigos claramente definidos, las relaciones entre familiares y otros contactos sociales positivos y fructíferos, así como también entrarían las relaciones de pareja.

Por lo tanto, las preguntas de este bloque van dirigidas sobre las redes sociales de los individuos y la forma en la que se relacionan con otros.

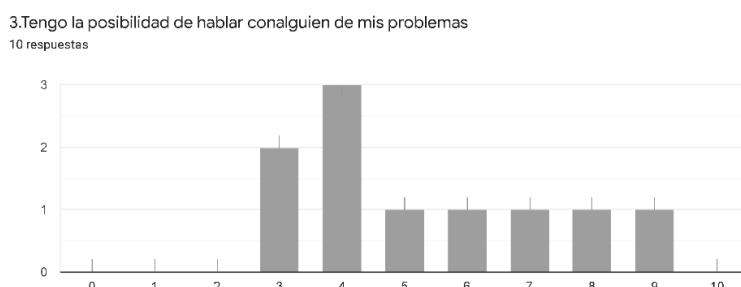


Gráfico 07. “Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas”

Fuente: elaboración propia.

4.Cuento con alguien con quien divertirme y pasar un buen rato
10 respuestas

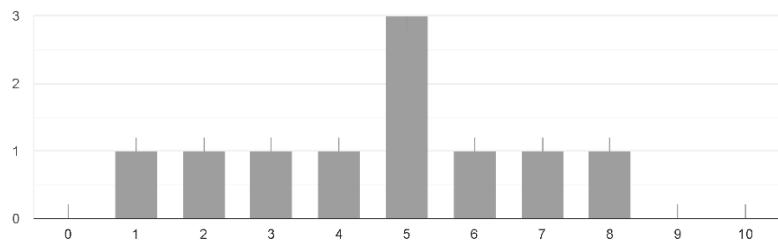


Gráfico 08. “Cuento con alguien con quien divertirme y pasar un buen rato”

Fuente: elaboración propia.

Las afirmaciones del gráfico 07 y 08, hacen referencia a una cosa muy parecida, contar con gente con quien pasar el tiempo. Por un lado, el 40% de las personas se muestran de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación ‘Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas’, frente a un 50% que dicen no estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con ella. Mientras, un 30% de los sujetos dice estar de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación ‘Cuento con alguien con quien poder pasar un buen rato’ frente al 40% que manifiesta estar en desacuerdo o muy en desacuerdo. El 30% restante dice estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Estas gráficas muestran que es más probable que los encuestados puedan contar con gente para hablar de los problemas que para pasárselo bien. Lo ideal, sería que pudieran contar con el mismo número de personas para ambas situaciones, ya que, así como se debe de contar con una amplia red social para divertirse y pasarlo bien, es importante tener confianza para poder contar también los problemas. Los resultados mostrarían una pequeña carencia en estos aspectos.

Descubrimos que el 60% de las personas dicen estar de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación *“Intento que mis disgustos no dañen mi relación con mis amigos o familiares”* frente al 20% que dice no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, otro 20% que dice no estar muy en desacuerdo con ella. A veces intentamos no hablar de nuestros problemas para evitar molestar a los demás. Esta situación puede conllevar muchas veces a una falta de apoyo en este tipo de contexto, donde las personas con un trastorno mental, a veces callan su sufrimiento, y así, sus relaciones sociales se van disminuyendo.

En este bloque vemos buenos resultados en cuanto a la comunicación con las personas con las que se relacionan. Por ejemplo, el 50% de los encuestados se muestra de acuerdo o muy de

acuerdo con la afirmación “*Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede*” frente al 40% que dice estar en desacuerdo, y una persona ni de acuerdo ni en desacuerdo.

El 70% dice mostrar interés al escuchar a los demás y demostrar afecto a sus seres queridos. Lo que indica un claro interés por crear relaciones de calidad. Aun así, se ven carencias de tipo relacional en el resto de personas. El 50% de personas dicen recibir una buena cantidad de amor y afecto, frente a un 30% que se muestra en desacuerdo con esa afirmación y un 20% en situación neutra.

Conclusiones de la encuesta

A continuación, se muestran las puntuaciones finales, creando una relación entre los resultados de ambas dimensiones y sacando las conclusiones pertinentes, teniendo en cuenta todo lo estudiado. Finalmente, se crean propuestas de mejora desde la perspectiva del trabajo social.

Sujeto	Sexo	BE	RI	Puntuación	Resultados
1	Mujer	75	82	157	CV ALTA
2	Hombre	42	41	83	CV MEDIA
3	Mujer	83	85	168	CV ALTA
4	Hombre	61	67	128	CV MEDIA
5	Mujer	58	71	129	CV MEDIA
6	Hombre	47	44	93	CV MEDIA
7	Mujer	46	74	120	CV MEDIA
8	Mujer	26	62	88	CV MEDIA
9	Mujer	32	33	65	CV BAJA
10	Hombre	15	31	46	CV BAJA

Tabla 13. Puntuaciones finales de la encuesta.

Fuente: elaboración propia.

Los resultados finales del estudio, una vez sumadas las puntuaciones obtenidas y según los criterios explicados antes en la metodología⁴, son los siguientes.

⁴ La puntuación más baja posible será de 0, y la más alta será de 220. Los encuestados con una puntuación menor que 73 puntos, estarán antes una CV baja, una puntuación entre 74 y 147 puntos, CV media y las puntuaciones más altas que 148, tendrían una CV alta.

Gráfico 09. Calidad de vida en las personas encuestadas.



Fuente: elaboración propia.

El 20% de los participantes de la encuesta, goza de una CV baja, el 60% de una CV media, y otro 20% de una CV alta.

Como nos muestra la tabla, la dimensión emocional es la que ha obtenido menores puntuaciones en el 80% de los sujetos. La puntuación de BE es especialmente baja en los sujetos 8, 9 y 10. Podríamos decir que las personas con menor BE son las diagnosticadas de trastorno alimenticio, trastorno depresivo persistente y de depresión mayor con trastorno de la personalidad (combinado).

En cuanto a las RI, las puntuaciones son más favorables. El sujeto 9 y 10 obtuvieron las peores, ambos con un trastorno de depresión. A demás, recordemos que el 60% de las personas sufrían este trastorno.

Dos de las características más habituales en las personas con depresión son la dificultad alrededor de las relaciones interpersonales y la escasa sensibilidad hacia el propio mundo tanto interior como exterior (Alfonseca y Fernández, 2020, p.422). Por lo tanto, viendo los resultados, esto tiene una clara relación con las bajas puntuaciones obtenidas por parte de ambos sujetos.

El caso del sujeto 8, es un tanto particular. Esta mujer, de entre 45 a 54 años y diagnosticada de trastorno alimenticio, ha obtenido la segunda peor puntuación en la dimensión emocional pero no se encuentra entre los sujetos con CV baja. Su puntuación en la dimensión de RI es considerablemente alta. Por tanto, deducimos que no muestra carencias en su red social, sin embargo, encontramos un claro deterioro, y dificultades en cuanto al estado emocional en el que se haya.

Por otro lado, descubrimos que las dos personas que cuentan con una CV más alta, y tanto en el BE como en las RI, cuentan las dos con discapacidad mixta. Ambas son mujeres y las dos son estudiantes. El diagnóstico del sujeto 1 es de TDAH, Trastorno afectividad, Alteración de la conducta y el del sujeto 3, es de trastorno depresivo + patología física. Esto nos hace suponer que ambas personas, al tener más de un trastorno o más de una patología de distinto tipo, reciben más apoyo, o apoyo de una mejor calidad. Entendemos también, que al estar ambas en la franja de edad más joven (18 a 34) y ser estudiantes, es más probable que tengan una red social más amplia y sólida que haga que se sientan mejor emocionalmente y que disfruten de sus relaciones sociales más fácilmente, que las personas de mayor edad, y con menos tiempo libre.

Como se ha explicado en la metodología, no realicé yo misma los cuestionarios. Lo hicieron las dos trabajadoras sociales de CADZA, con las cuales estuve en contacto las dos semanas que se utilizaron para obtener los diez cuestionarios. Este proceso fue costoso y algo complicado, según contaron, ya que el colectivo al que iban dirigidos suele ser un poco difícil de tratar. Hay que tener cierta sensibilidad a la hora de tratar con ellos.

CONCLUSIÓN Y PROPUESTA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

Con todo lo aprendido, tenemos claro que la salud mental conforma una parte primordial sobre la salud general de las personas. En consecuencia, a esto, la salud mental se encuentra directamente vinculada con la calidad de vida. Hemos visto también, que está relacionada con el desarrollo emocional, afectivo e interrelacionar. Además, gracias al método observacional participativo de este estudio sabemos que incide en la situación laboral, y en la relación con el propio entorno.

Como trabajadores sociales, debemos prestar atención a las consecuencias de la enfermedad mental, ya que estas, en ocasiones derivan en una limitación, discapacidad o desarrollo de algún problema social. Durante mi estancia en el Centro de Atención a la discapacidad, llegué a la conclusión que todos los tipos de discapacidad no se pueden tratar de la misma forma, y de que no hay suficientes recursos disponibles para las personas con discapacidad psíquica. Las enfermedades y trastornos mentales, están invisibilizados y estigmatizados en la sociedad. Estas personas no cuentan con suficientes recursos ni servicios disponibles en los que poder participar y poder llevar a cabo su recuperación o mejora en su calidad de vida.

La salud mental y la discapacidad provocada por la falta de esta, no solo deberían abordarse desde el ámbito sanitario, sino que debería de cobrar mucho más peso una intervención de ámbito social; siguiendo de esta manera el modelo biopsicosocial anteriormente explicado.

Comencemos promoviendo la salud mental en diferentes áreas como el ámbito educativo y el laboral, apoyando por ejemplo políticas o proyectos que visibilicen las enfermedades mentales. Mediante la sensibilización en áreas tanto laborales como educativas, se podría lograr un mayor nivel de conocimiento y un mayor nivel de integración social. Se podrían adoptar medidas o políticas a favor de esta integración mediante adaptaciones laborales o apoyos educativos. Es necesario ayudar a entender discapacidad como una condición, en este caso mental, que afecta la persona reduciendo su nivel de participación, así como en muchos casos violando también sus derechos humanos.

Así pues, la integración social se puede lograr a partir de un modelo que incluya la participación de las personas con un trastorno mental (TM) en las diferentes actividades de la vida social. En cierto modo, se debe romper con los estigmas y la cierta marginación que surge a partir del TM mediante el apoyo comunitario.

Asimismo, se debería de garantizar a las personas con discapacidad un buen acceso a servicios de orientación laboral, así como también un buen acceso a vivienda, ocio y a otras actividades de participación social del día a día. Al igual que estas medidas en beneficio de las propias personas con discapacidad, debería de llevarse a cabo una intervención de tipo apoyo a las familias de estos, proporcionándoles un buen mecanismo de información y orientación. Esta modificación y adaptación de la ‘sociedad’ a las personas con discapacidad, se apoyaría sobre ese modelo social desarrollado anteriormente.

Sin embargo y en estos casos, hay veces que no es suficiente con una intervención de tipo social o comunitario. En muchas ocasiones, la intervención debe ser claramente de tipo sanitario, mediante un plan individualizado, que ofrezca los recursos y cuidados necesarios a las personas con un TM.

Esta atención sanitaria implica a un equipo de profesionales de varias ramas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc. El papel del trabajador social en el ámbito clínico aún no está reconocido del todo, no obstante, la disciplina tiene el papel de promover el cambio mediante precisamente las relaciones interpersonales con los pacientes y hacer que su situación social de un cambio.

En este tipo de intervenciones, el trabajo social debe incorporar siempre el factor social e intervenir en los problemas psicosociales. Incorporar la disciplina en escenarios de este tipo es primordial para asegurar una rehabilitación e integración social mediante la creación de un diagnóstico psicosocial, un análisis de su entorno y redes sociales y una puesta de atención sobre el malestar del individuo; bien sean problemas familiares, laborales, económicos, etc. El objetivo del trabajador social en el ámbito sanitario debe ser lograr una mejora en las conductas y habilidades sociales de los individuos afectados por un TM y prevenir en la medida de lo posible las consecuencias de la discapacidad.

El trabajador social debe tener ciertas características al trabajar con este tipo de personas. Un buen profesional debe de tener recursos y dominio para tratar con las personas con un TM y discapacidad, además de con sus familias. Debe de tener noción sobre los recursos y servicios comunitarios disponibles. Debe tener capacidades de escucha activa, empatía, colaboración, trabajo de grupo, mentalidad abierta careciendo de prejuicios y, sobre todo, respeto e incluyendo habilidad para adaptarse a las distintas situaciones que pueden presentarse.

La clave finalmente es, la creación y organización de varios dispositivos o conjunto de prestaciones sociales, políticas sociales, servicios sanitarios, públicos y accesibles, que sirvan de apoyo a las personas con discapacidad. Promoviendo sus derechos y creando planes de integración comunitarios, así como intervenciones individualizadas que impulsen su rehabilitación e inclusión social logrando como último fin, un alto nivel de calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, G. A., Hidalgo, C. Rosa Mª. (2011). Definiciones de discapacidad en España. Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 109.
- Adolfo Apreda, G (2004): “Epistemología y Psiquiatría”, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica Vol. 11 nº 4 (en línea) http://alcmeon.com.ar/11/44/02_apreda.htm
- Alfonseca, G.M., Fernández, O. P. (2020). Índice de depresión y de inhabilidad social del Rorschach en adultos con trastornos depresivos. *Humanidades Médicas*, 20(2), 421-440.
- Álvarez-Mon, M. A., Vidal, C., Llavero-Valero, M., y Ortúño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine*, 12(86), 5041-5051.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.012>
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed). Arlington, VA: *American Psychiatric Publishing*.
- Barranco, C. (2002). *La Calidad percibida en Centros de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica de Tenerife. Un enfoque integrado de la Calidad de Vida, Calidad de Servicio y Calidad de Vida Laboral*. Tenerife: Cabildo de Tenerife.
- Barranco, C. (2004). La Intervención en Trabajo Social desde la Calidad Integrada. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 12, 79-103 ó en <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5592>
- Barranco, C (2009). Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia*, IX(2), 133-145.
- BirthLH. (s.f.). Enfermedades generadoras de dependencia. Definición y clasificación de las enfermedades mentales. [Página Web].
https://ikastaroak.birt.eus/edu/argitalpen/backupa/20200331/1920k/es/APSD/CNPSD/CNPSD05/es_APSD_CNPSD05_Contenidos/website_31_definicin_y_clasificacin_de_las_enfermedades mentales.html
- Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26: 709-23.
- Caqueo-Urízar, A., Urzua M, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de la investigación social*. (Edición revisada). Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Cordero Ramos, N., & Palacios Esteban, J. (2016). Claves éticas para el trabajo social: dependencia, cuidado y autonomía. *Cuadernos De Trabajo Social*, 30(1), 65-75.
<https://doi.org/10.5209/CUTS.52504>
- Cristóbal Rey, P. (2020). Carga social de los trastornos mentales. *Psiquiatría.com*, 24, 1-17.
- Cuenca Gómez, P. (2011). Derechos humanos y modelos de tratamiento de la discapacidad. *Papeles el tiempo de los derechos*. 3-2011.
- Delfino, G., Botero Rojas, C. M., González Insua, F. (2019). Una escala corta de bienestar: el índice de felicidad de Pemberton aplicado a la población adulta de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 26, 115-122.
- Ejea García, C., Sarabia Sánchez, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. 15-30.
- Federación Española de Rehabilitación Psicosocial. (2011). Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves. IMSERSO
http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3863/guia_de_orientacion_en_la_practica_profesional.pdf?sequence=1&rd=0031531418444033
- Florián, A. (2017). Sobrecarga y niveles de ansiedad y depresión del cuidador familiar. Tesis de segunda especialidad. Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo.
- Fundación Prevent. (2010). Guía para conseguir una prevención de riesgos laborales inclusiva en las organizaciones. *Consejería de Empleo y Cultura de la comunidad de Madrid*.
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM010763.pdf>
- Gobierno de Aragón. (s.f.). Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). Centros. Centros de Atención a la Discapacidad a [Página Web] <https://www.aragon.es/-/iass.-centros.-centros-de-atencion-a-la-discapacidad#anchor2>
- Hernández Sampieri, R. F., Fernández-Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 ed.) México D.F.: McGraw-Hill.
- Huete, A., Díaz, E. y Jiménez, A. (2009). Discapacidad en contextos de multiexclusión. En Verdugo Alonso, M.A. (Coord.) *Mejorando resultados personales para una vida de calidad*

dad: *VII Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. (pp-271-288). Salamanca: Armarú

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (s.f.). Base Estatal de datos de personas con discapacidad [Página Web].

https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/bd_estatal_pcd/index.htm

Lorna, S. (2014). El trabajo social en el área de discapacidad: *especificidades del rol profesional*. *XXVII Congreso Nacional de Trabajo Social* celebrado el 11, 12 y 13 de septiembre, publicado en diciembre de 2014.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports* (10th ed.).

Maldonado, V., Jorge A. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109.

Martín, B. H. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (52), 314-325.

Mejía, B. E., & Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Discapacidades. [Página Web].

<https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*, Madrid. Ed. *Méditor*.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. IMSERSO. Madrid.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS.

<https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. [Página Web]

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pérez, M. E. Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*, 7 (I): 7-27.

Pérez Urdániz, A y Romero, E.F. (1995) Psiquiatría para no psiquiatras, Salamanca: Tesitex S.L

Petisco Rodríguez, E., Quezada García, M.Y. (2018). *Estudio sobre la prevalencia de las alteraciones de la salud mental y/o problemas de conducta en las personas con discapacidad intelectual de Extremadura*. Observatorio Estatal de la Discapacidad.

RTVE.es. (2021) *Ocho datos sobre la salud mental en España: la otra pandemia de la que hay que hablar*. [Página Web]. <https://www.rtve.es/noticias/20210317/datos-salud-mental-otra-pandemia/2082633.shtml>

Schalock, R. L., Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4) (224), 21-36.

SMG, C. (19 de febrero de 2020). Diversidad funcional o discapacidad: ¿hay alguna diferencia? *SerPadres* [Página Web]. <https://www.serp padres.es/3-6-anos/educacion-desarrollo/articulo/diversidad-funcional-o-discapacidad-hay-alguna-diferencia-361582015451>

Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. (2018). *Base estatal de datos de personas con valoración de grado de discapacidad. Informe 31/12/2016*. Madrid, 4 de julio de 2018.

https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2018.pdf

Traid, V; Giner, D; Castillo, C; Misiego, J y Lopez, I. (2005). Revisión histórica del modelo biopsicosocial. *Interpsiquis, VI*. <http://psiqui.com/1-2880>

Van Gigch, H. P. (1990). *Teoría General de Sistemas*. México: Trillas

- Velarde-Lizama, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista empresa y humanismo*, 15 (Nº. 1), 115-136.
- Verdugo, M., Vicent, C., Campo, M. y Jordán de Urríes, B. (2001). *Definiciones de discapacidad en España: Un análisis de la normativa y la legislación más relevante*. Publicación del servicio de información sobre discapacidad (SID).
- Verdugo, M. Á., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L. E. y Jordán de Urríes, B. (2013). Calidad de vida. En M. Á. Verdugo y R. L. Schalock (Eds.), *Discapacidad e inclusión: Manual para la docencia* (pp. 440-461). Salamanca: Amarú
- Victoria Maldonado, J. A. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109.
- Wehmeyer, M. L., Buntinx, W. H., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Yeager, M. H. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and developmental Disabilities*, 46(4), 311-318.

NORMATIVA

Orden por la que se aprueba el texto refundido de los Decretos 2421/1968, de 20 de septiembre, y 1076/1970, de 9 de abril, por los que se establece y regula la asistencia en la Seguridad Social a los subnormales. *Boletín Oficial del Estado* núm 121, de 21 de mayo de 1970, páginas 7871 a 7872. <https://www.boe.es/boe/dias/1970/05/21/pdfs/A07871-07872.pdf>

Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos. *Boletín Oficial del Estado* núm. 221, de 15 de septiembre de 1970.

<https://www.boe.es/boe/dias/1970/09/15/pdfs/A15156-15159.pdf>

Constitución Española (1978). *Boletín Oficial del Estado* núm. 311, 29 de diciembre de 1978.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. *Boletín Oficial del Estado* núm 103, de 30 de abril de 1982, páginas 11106 a 11112.

<https://www.boe.es/boe/dias/1982/04/30/pdfs/A11106-11112.pdf>

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Oficial del Estado*, de 26 de enero de

2000, núm. 22, páginas 3317 a 3410. <https://www.boe.es/boe/dias/2000/01/26/pdfs/A03317-03410.pdf>

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 289, de 03/12/2003. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-22066-consolidado.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, del 13 de diciembre de 2006.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado, de 3 de diciembre de 2013. núm. 289.*

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>

Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad en Aragón. *Boletín Oficial del Estado, de 25 de mayo de 2019 núm. 125.*

<https://www.boe.es/boe/dias/2019/05/25/pdfs/BOE-A-2019-7785.pdf>

ANEXO

Anexo I. Cuestionario

Encuesta de Calidad de vida

Esta encuesta es anónima.

Está diseñada para investigar la calidad de vida en personas con discapacidad psíquica.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

EDAD

- De 18 a 34
- De 35 a 44
- 45 a 54
- 55 a 64

GENERO

- Femenino
- Masculino
- Otro

ESTADO CIVIL

- Soltero/a
- Pareja de hecho
- Casado/a
- Separado/a-divorciado/a
- Viudo/a

SITUACION LABORAL ACTUAL

- En activo
- Estudiante
- En desempleo
- Incapacidad laboral transitoria
- Incapacidad laboral permanente
- Ama de casa
- Otros

NIVEL DE ESTUDIOS

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios (Bachiller / Formación Profesional)
- Estudios superiores (Universitarios / Formación Profesional Superior)

TIPO DE DISCAPACIDAD

- Discapacidad Psíquica Mental
- Discapacidad Psíquica Intelectual
- Discapacidad Física
- Discapacidad Sensorial

DIAGNOSTICO (Trastorno mental):

Por favor, usando la siguiente escala del 0 al 10, donde 0 significa totalmente en **desacuerdo** y 10 totalmente **de acuerdo**, diga en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES. (Marque con un círculo o una X un número por cada frase, según la escala que aparece a continuación)

PRIMERA PARTE

1. Me siento muy satisfecho con mi vida	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Tengo la energía necesaria para cumplir bien mis tareas cotidianas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Creo que mi vida es útil y valiosa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Me siento satisfecho con mi forma de ser	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Mi vida está llena de aprendizajes y desafíos que me hacen crecer	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Me siento muy unido a las personas que me rodean	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Me siento capaz de resolver la mayoría de los problemas de mi día a día	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Creo que en lo importante puedo ser yo mismo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Disfruto cada día de muchas pequeñas cosas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. En mi día a día tengo muchos ratos en los que me siento mal	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Creo que vivo en una sociedad que me permite desarrollarme plenamente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SEGUNDA PARTE

1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Cuento con alguien con quien divertirme y pasar un buen rato	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Cuento con alguien con quien poder relajarme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Muestro interés al escuchar a los demás	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Me resulta fácil hablar con personas poco conocidas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Muestro afecto a mis seres queridos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Intento que mis disgustos no dañen mi relación con mis amigos o familiares	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Recibo amor y afecto	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo II. Solicitud del grado de discapacidad.

 GOBIERNO DE ARAGÓN	RECONOCIMIENTO, DECLARACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD (R.D. 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad)	 iass Instituto Aragonés de Servicios Sociales
SOLICITUD		

1. MOTIVO DE LA SOLICITUD (señale con X lo que proceda)

<input type="checkbox"/> Reconocimiento inicial del G.D.	Revisión por: <input type="checkbox"/> Agravamiento <input type="checkbox"/> Mejoría
--	--

2. OBJETO O FINALIDAD DE LA SOLICITUD

El firmante SOLICITA el reconocimiento de grado de discapacidad a efectos de poder solicitar u obtener (se pueden marcar varias opciones)

- Beneficios fiscales
- Dificultades de movilidad. Se requiere disponer de grado de discapacidad igual o superior al 33 % para los supuestos de valoración exclusiva en este ámbito
- Prestación familiar por hijo a cargo
- Prestación No Contributiva (PNC)
- Ayudas y medidas de inclusión y apoyo laboral.
- Ayudas y medidas de inclusión educativa
- Ayudas y/o subvenciones sometidas a plazos
- Existencia de un procedimiento abierto, judicial o administrativo
- Otros

Solicito traslado de expediente por cambio de domicilio a la Comunidad Autónoma de Aragón.

Persona que cumplemanta y firma la Solicitud:

- Persona solicitante
- Representante legal, tutor

3. DATOS DEL SOLICITANTE

3.1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	
NIE/DNI	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Nacionalidad	
Localidad de nacimiento	Provincia de nacimiento	Fecha de nacimiento	
Domicilio (Denominación de Vía pública, número, piso, escalera, letra...)			
Código Postal	Localidad	Provincia	
Teléfono	Teléfono móvil	Correo Electrónico	Nº tarjeta sanitaria

**1.1. DATOS DEL REPRESENTANTE (O LOS REPRESENTANTES, EN SU CASO: Ver punto 2
Instrucciones)**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
NIE/DNI	Domicilio (Denominación de Vía pública, número, piso, escalera, letra...)	
Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono	Teléfono móvil	Correo Electrónico
Tipo de representación <input checked="" type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Tutor de menor de 18 años <input type="checkbox"/> Tutelado por la Administración.		

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
NIF/NIE	Domicilio (Denominación de Vía pública, número, piso, escalera, letra...)	
Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo Electrónico
Tipo de representación <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Tutor de menor de 18 años <input type="checkbox"/> Tutelado por la Administración.		

1.2. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Apellidos y nombre:

DNI/NIE:

Correo electrónico:

Nº teléfono móvil:

Y marque sólo una de las dos siguientes opciones:

OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:

NIF/NIE	Domicilio (Denominación de Vía pública, número, piso, escalera, letra...)	
Código Postal	Localidad	Provincia

OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Telemáticas (SNT) del Gobierno de Aragón.

2. VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE DATOS

Según el artículo 28.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales PODRÁ CONSULTAR O RECABAR los datos del interesado que sean necesarios para la resolución de su expediente a través de los correspondientes Sistemas de Verificación de Datos de la Administración u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto, SALVO que conste en el procedimiento su OPOSICIÓN EXPRESA.

En caso de que la persona solicitante, mayor de 14 años, o su representante, SE OPEGAN a esta consulta, deberán marcar con una "X" las casillas en las que no autorizan dicha comprobación.

ME OPGONO: a la consulta de mis datos que obren en la historia clínica del Servicio Aragonés de Salud

De acuerdo con la disposición adicional octava de la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales queda facultado, en el ejercicio de sus competencias, a realizar las **VERIFICACIONES** de los datos de **IDENTIDAD y RESIDENCIA** que resulten necesarias para comprobar la exactitud de los datos aportados por el ciudadano en las solicitudes formuladas.

1. DATOS SOBRE CONDICION DE PERSONA CON DISCAPACIDAD

5.1. La discapacidad que alega es:
<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica Intelectual <input type="checkbox"/> Psíquica Mental <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Enfermedad rara
5.2. ¿Ha sido reconocido o calificado como persona con discapacidad? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo, indique: Grado Reconocido % Provincia Fecha
5.3. ¿Tiene reconocida Incapacidad Laboral Permanente o Jubilación o Retiro por Incapacidad para el Servicio o Inutilidad por Clases Pasivas? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> Incapacidad Laboral Permanente TOTAL <input type="checkbox"/> Incapacidad Laboral Permanente ABSOLUTA <input type="checkbox"/> Incapacidad Laboral Permanente GRAN INVALIDEZ <input type="checkbox"/> Jubilación o retiro por Incapacidad para el servicio o inutilidad.
En caso afirmativo, indique: fecha organismo declarante
5.4. ¿Tiene reconocida la situación de dependencia? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo, indique: Porcentaje Provincia Fecha

2. DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ADJUNTAR

<input type="checkbox"/> En el caso de menores de 14 años, fotocopia del Libro de Familia.
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de representación y, en su caso, de la filiación (ver punto 2 Instrucciones).
<input type="checkbox"/> Informes médicos y/o psicológicos recientes que avalen la discapacidad alegada (ver punto 3 Instrucciones).
<input type="checkbox"/> En caso de revisión por agravamiento: fotocopia de los informes médicos y/o psicológicos que acrediten dicho agravamiento.
<input type="checkbox"/> En su caso, fotocopia de la resolución de reconocimiento de Grado de Discapacidad anterior.
<input type="checkbox"/> En su caso, documentación para acreditar la custodia (ver punto 2 Instrucciones).
<input type="checkbox"/> En su caso, fotocopia de la resolución de reconocimiento como Pensionista de la Seguridad Social que tiene reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez; o como pensionista de clases pasivas que tiene reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.
<input type="checkbox"/> En su caso, fotocopia de la resolución de reconocimiento de grado de dependencia.

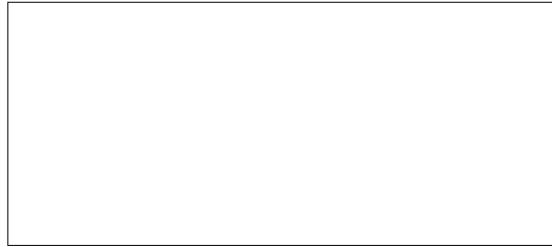
1. DECLARACIÓN

DECLARO que son ciertos cuantos datos anteceden y los documentos que acompañan a la solicitud, así como los facilitados a los profesionales para la elaboración de la Resolución que proceda.

En _____ a _____ de 20____

La persona solicitante o su representante

Fdo:



El órgano responsable del tratamiento de los datos de carácter personal es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). Dichos datos serán tratados con el fin exclusivo de gestionar el procedimiento de la demanda de solicitudes de valoración inicial y revisión del reconocimiento de grado de discapacidad. La licitud del tratamiento es el cumplimiento de una obligación legal. No se comunicarán sus datos a terceros salvo obligación legal. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, ante el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), Plaza de Nuestra Señora del Pilar, 3, obteniendo información en el correo electrónico iass@aragon.es. Podrá consultar información adicional y detallada en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón, http://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/ identificando la Actividad de Tratamiento del IASS "Gestión de valoración del grado de discapacidad".

SR/A. DIRECTOR/A GERENTE DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES