

# MEJORA DE LA AUTODETERMINACIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON NECESIDADES GENERALIZADAS DE APOYO

## *Self-Determination and Quality of Life Promotion in Adults with Generalized Support Needs*

Olga ÁLVAREZ GONZÁLEZ  
*Fundación Magdalena. Madrid*

Eva VICENTE SÁNCHEZ  
*Universidad de Zaragoza*  
evavs@unizar.es

Cristina MUMBARDÓ-ADAM  
*Universidad de Barcelona*

Recepción: 26 de marzo 2021

Aceptación: 4 de mayo de 2022

**RESUMEN:** Existen evidencias que relacionan la promoción de la autodeterminación en personas con discapacidad con la mejora de su calidad de vida. Si bien se reconoce la importancia del constructo de autodeterminación para todas las personas con discapacidad, independientemente de sus necesidades de apoyo, no disponemos de evidencias que describan intervenciones con personas con necesidades generalizadas de apoyo. El objetivo de este estudio fue implementar una adaptación del *Modelo de Enseñanza y Aprendizaje de la Autodeterminación* en adultos con discapacidad intelectual y necesidades de apoyo generalizadas. En concreto, 44 mujeres con una media de edad de 51.6 años y un grado medio de discapacidad superior al 75 % formaron parte del estudio (12 en el grupo experimental y 32 en el grupo control). Los resultados señalan una mejora en su autodeterminación y calidad de vida y constituyen una de las pocas evidencias empíricas de la promoción de la autodeterminación y la aplicabilidad del modelo a personas con necesidades generalizadas.

PALABRAS CLAVE: autodeterminación; *Modelo de Enseñanza y Aprendizaje de la Autodeterminación*; adultos; discapacidad; necesidades de apoyo generalizadas.

ABSTRACT: Self-determination promotion has been related with the improvement of people with disabilities quality of life. However, despite the recognition of the construct importance for people with disabilities, regardless of their support needs, there is a lack of evidence in the scientific literature targeting the promotion of self-determination in people with generalized support needs. The main aim of this study was to implement an adaptation of the *Self-Determined Learning Model of Instruction* to adults with intellectual disability and generalized support needs. Specifically, 44 women with a mean age of 51 years and a disability average above of 75 % participated in the study (12 in the experimental group and 32 in the control group). The results obtained highlighted an improvement of their self-determination and their quality of life levels after the intervention implementation. This study stands then as one of the few empirical evidence of self-determination instruction and the model applicability to people with intellectual disability and generalized support needs.

KEYWORDS: self-determination; *Self-Determined Learning Model of Instruction*; adults; disability; generalized support needs.

## 1. Introducción

### 1.1. Calidad de vida

EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD, el concepto de calidad de vida ha pasado de tener una función más general de evaluación de bienestar social a tener un uso más operativo centrado en la persona, de manera que se coloca en el centro de los programas de intervención y transformación que se ponen en marcha desde las entidades. Uno de los modelos más difundidos y reconocidos a nivel internacional es el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002). Este marco conceptual entiende la calidad de vida como un estado deseado de bienestar definido a partir de ocho dimensiones (i. e., bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos). Si bien, desde este enfoque no se entiende la calidad de vida únicamente como un constructo teórico, sino que debe ser el principio clave que guíe cualquier diseño, estrategia, práctica y evaluación de resultados personales en los servicios para las personas con discapacidad intelectual (Schalock y Verdugo, 2007), además de alinearse con el sistema de apoyos y estar así relacionado con cambios positivos en la vida de las personas (Gómez *et al.*, 2021; Verdugo *et al.*, 2021).

### 1.2. Autodeterminación

La autodeterminación es un concepto complejo que, además de estar ligado al modelo de calidad de vida, ha tenido su propio desarrollo teórico. Recientemente, bajo el

prisma de la Teoría de la Agencia Causal, se ha redefinido la autodeterminación como ‘una característica disposicional que se pone de manifiesto cuando la persona actúa como agente causal de su propia vida’ (Shogren *et al.*, 2015, p. 258). En concreto, desde esta perspectiva se proponen tres características esenciales que definen una acción como autodeterminada: (1) acciones volitivas; (2) acciones agenciales; y (3) creencias de control-acción (Shogren *et al.*, 2015). Decimos que una acción es volitiva cuando se realiza de forma autónoma, autoiniciada, libre de influencias externas y basada en los intereses de la persona. La acción agencial hace referencia a las estrategias que el individuo utiliza para regular y dirigir la consecución de metas u objetivos basados en intereses y preferencias personales, impulsado por los apoyos y las oportunidades que el entorno le ofrece. Por último, las creencias de control-acción aluden a los conocimientos que la persona tiene sobre sí misma, el control de expectativas y el empoderamiento. Estas características esenciales se desarrollan a través de la adquisición de componentes específicos (e. g., resolución de problemas, establecimiento de metas, toma de decisiones, autoevaluación y monitorización), siendo importante fomentar estas habilidades y estructurar los apoyos para optimizar dichos componentes y ofrecer oportunidades para que las personas puedan desarrollarlos. Por tanto, hablar de autodeterminación no es hablar de capacidades o de control absoluto, sino es garantizar que la persona sea el centro y tenga el control de lo que sucede en su vida. Es indiscutible que cualquier persona puede mejorar su grado de autodeterminación independientemente de su discapacidad (Wehmeyer, 2005; Wehmeyer *et al.*, 2011), siempre que disponga de habilidades, conocimientos, apoyos y oportunidades para hacerlo. El desarrollo de la autodeterminación en cualquier persona (con o sin discapacidad y con menor o mayor necesidad de apoyo), aunque pueda ser un aspecto complejo, debe ser una meta plausible.

### 1.3. *Relación entre calidad de vida y autodeterminación*

La investigación pone de manifiesto la relación entre la autodeterminación y la calidad de vida (Lachapelle *et al.*, 2005; Nota *et al.*, 2007; Pascual-García *et al.*, 2014; Wehmeyer y Schalock, 2001; Wehmeyer, 2020). Desde un punto de vista teórico, si entendemos la calidad de vida como un constructo multidimensional (Schalock y Verdugo, 2002), se puede generalizar que mejorar cualquiera de sus dimensiones (entre las que se incluye la autodeterminación) repercutirá sobre el nivel general de calidad de vida (Wehmeyer y Schalock, 2001). Empíricamente, Wehmeyer y Schawartz (1998) encontraron que los adultos con mayor nivel de autodeterminación mostraban también mayor calidad de vida. Resultados en línea con los de Lachapelle *et al.* (2005), que evidenciaron una correlación positiva y significativa entre ambos conceptos; o McDougall *et al.* (2010), que hallaron asociaciones específicas entre la autodeterminación y algunas de las dimensiones de calidad de vida (i. e., desarrollo personal y realización personal).

A este respecto cabe destacar el estudio realizado por Pascual-García *et al.* (2014), quienes demostraban que diseñar una intervención para promover la autodeterminación

a personas con discapacidad intelectual (incluyendo aquellas con grandes necesidades de apoyo) permite mejorar la calidad de vida en su conjunto y en algunas de sus dimensiones (i. e., autodeterminación, bienestar emocional, inclusión social, derechos y desarrollo personal).

#### 1.4. *Evaluación de calidad de vida y autodeterminación*

El impacto del modelo de Schalock *et al.* (2016) y las implicaciones a nivel práctico y social en el contexto español se evidencian por el amplio desarrollo de instrumentos de calidad de vida, desarrollados para distintos contextos y poblaciones específicas, tales como: la Escala Gencat (Verdugo *et al.*, 2010), dirigida a usuarios de servicios sociales; la Escala INICO-FEAPS (Gómez *et al.*, 2015), para adultos con discapacidad intelectual; la Escala San Martín (Verdugo *et al.*, 2014), para adultos con necesidades de apoyo significativas; o la Escala Kidslife (Gómez *et al.*, 2016), para niños y jóvenes con discapacidad intelectual, entre otras. Este amplio abanico de instrumentos para evaluar la calidad de vida contrasta con el limitado número de instrumentos disponibles para evaluar la autodeterminación. La mayoría de los instrumentos se han centrado en población juvenil (y en contexto educativo) y han sido diseñados en formato autoinforme, destacando: la Escala ARC-INICO de evaluación de la autodeterminación (Verdugo *et al.*, 2015); la Escala ARC de autodeterminación (Wehmeyer *et al.*, 2006); o la adaptación y validación del Inventario de Autodeterminación (Mumbardó-Adam *et al.*, 2018). Para población adulta con discapacidad intelectual, únicamente está disponible la Escala AUTODDIS (Verdugo *et al.*, 2021), que permite evaluar la autodeterminación de jóvenes y adultos (hasta 40 años) a partir de la información de terceros; no existiendo ningún instrumento disponible para mayores de 40 años y adultos en proceso de envejecimiento.

#### 1.5. *Promoción de la autodeterminación*

Existe una amplia cantidad de currículos en inglés diseñados específicamente para trabajar autodeterminación (e. g., *Steps to Self-Determination Curriculum*, Field y Hoffman, 2000; *The Self-Determination Learning Model of Instruction*, Wehmeyer *et al.*, 2000; Shogren *et al.*, 2018). En España, la autodeterminación está siendo promovida muy activamente por Plena inclusión y por otras entidades que trabajan por y para las personas con discapacidad intelectual, si bien son pocos los currículos y propuestas publicadas (Equipo de ASPRONA Valladolid, 2002; Grupo de autogestores de ATZEGI, 2009; Ponce, 2010); o las investigaciones con evidencias empíricas (Martorell *et al.*, 2008; Pascual-García *et al.*, 2014). Cabe destacar *el Modelo de Enseñanza y Aprendizaje de la Autodeterminación* (Wehmeyer *et al.*, 2000; Shogren *et al.*, 2018) por ser una de las propuestas que más se ha utilizado a nivel internacional (e. g., Kim y Park, 2012; Wehmeyer *et al.*, 2012; Wehmeyer *et al.*, 2013) y que ha sido traducido al español (Mumbardó-Adam *et al.*, 2017). Este modelo está pensado



para organizar la enseñanza de las estrategias relacionadas con la autodeterminación a través de un proceso de resolución de problemas que el estudiante debe seguir para alcanzar un objetivo preestablecido a partir de sus preferencias. Aunque está originalmente creado para implementarse en contextos educativos, la principal característica de este modelo es su flexibilidad. Permite implementarse tanto individualmente como en grupo y en personas con distintos tipos de discapacidad y necesidades [e. g., discapacidad intelectual (Agran *et al.*, 2002); trastorno del espectro autista (Cote *et al.*, 2014)]. Principalmente se ha llevado a cabo con adolescentes y jóvenes, también se ha probado su eficacia con niños más pequeños (Palmer y Wehmeyer, 2003) e incluso con universitarios (Finn *et al.*, 2008). Se ha comprobado también la eficacia del modelo con versiones adaptadas que incorporan apoyos visuales (e. g., Agran *et al.*, 2002) o recursos computerizados (Mazzotti *et al.*, 2012). Cabe destacar que existe una versión del instrumento dirigido a apoyar el establecimiento y logro de metas profesionales (Wehmeyer *et al.*, 2003).

La implementación del modelo consta de tres fases (Mumbardó-Adam *et al.*, 2017). La finalidad de la primera fase (establecer un objetivo) radica en que cada participante establezca una meta a conseguir (curricular o no). El educador puede dar apoyo al participante guiándole (utilizando las preguntas preestablecidas) hacia la identificación del problema, cuáles son sus conocimientos o habilidades previas y qué deberá hacer para conseguirlo. Una vez superada esta fase, en la segunda (actuar), el participante deberá especificar el plan de acción, es decir, pensar en las acciones que deberá realizar, las posibles barreras con las que se puede encontrar y cómo las podría resolver, así como los apoyos que va a requerir para lograr su objetivo. Tras la implementación del plan, en esta tercera fase (ajustar el objetivo o plan), el participante evalúa el conjunto de las acciones realizadas, los obstáculos y los aprendizajes alcanzados. Deberá también valorar si ha logrado su objetivo y, en caso negativo, qué ajustes hacer en su plan.

Gracias a la versatilidad demostrada por este modelo, en el presente estudio se decidió utilizarlo y adaptarlo para su aplicación en población adulta y con necesidades de apoyo generalizadas. Aun siendo uno de los instrumentos más ampliamente conocidos para promover la autodeterminación, tradicionalmente se ha usado con personas con discapacidad intelectual leve o moderada, pero nunca con personas con necesidades de apoyo generalizadas (Hagiwara *et al.*, 2017). El objetivo de este estudio pretende así responder a esta necesidad, valorando la eficacia de una propuesta de intervención diseñada a partir de este modelo en la mejora del nivel de autodeterminación y la calidad de vida de un grupo de mujeres adultas con necesidades de apoyo generalizadas.

## 2. Método

### 2.1. Participantes

Para el presente estudio se ha empleado un diseño cuasiexperimental pretest-postest con grupo experimental y grupo control. Participó una muestra incidental de

44 personas con discapacidad intelectual, todas ellas mujeres de la Fundación Magdalena de Madrid (entidad compuesta exclusivamente por mujeres con necesidades de apoyo extenso y/o generalizado). La propuesta de intervención se llevó a cabo con 12 usuarias como grupo experimental; mientras que las restantes 32 usuarias del servicio actuaron como grupo control. El grupo experimental era un grupo ya creado en la entidad, que realiza distintas actividades dentro del servicio y cuentan con las habilidades comunicativas y lazos afectivos necesarios para el fin propuesto. Dichas personas determinaron su participación de forma voluntaria. La media de edad del grupo experimental fue de 50.9 años ( $DT = 8.73$ ; rango: 34-66). Todas las participantes presentaban necesidades extensas y/o generalizadas de apoyo, con una media en el grado de minusvalía (según sus certificados) del 77.3 %. Aunque todas ellas poseían lenguaje oral, solo dos tenían habilidades para mantener una conversación fluida; el resto necesitaban apoyos para fomentar la comunicación.

Por otro lado, las 32 participantes del grupo control tenían una media de edad de 51.9 años (rango: 31-72). Respecto a sus necesidades de apoyo, era un grupo muy heterogéneo. Incluía personas que, aunque precisaban de un apoyo extenso, colaboraban de forma activa en sus actividades de la vida diaria con otras que precisaban apoyos más generalizados. La media del grado de minusvalía era del 83.19 %.

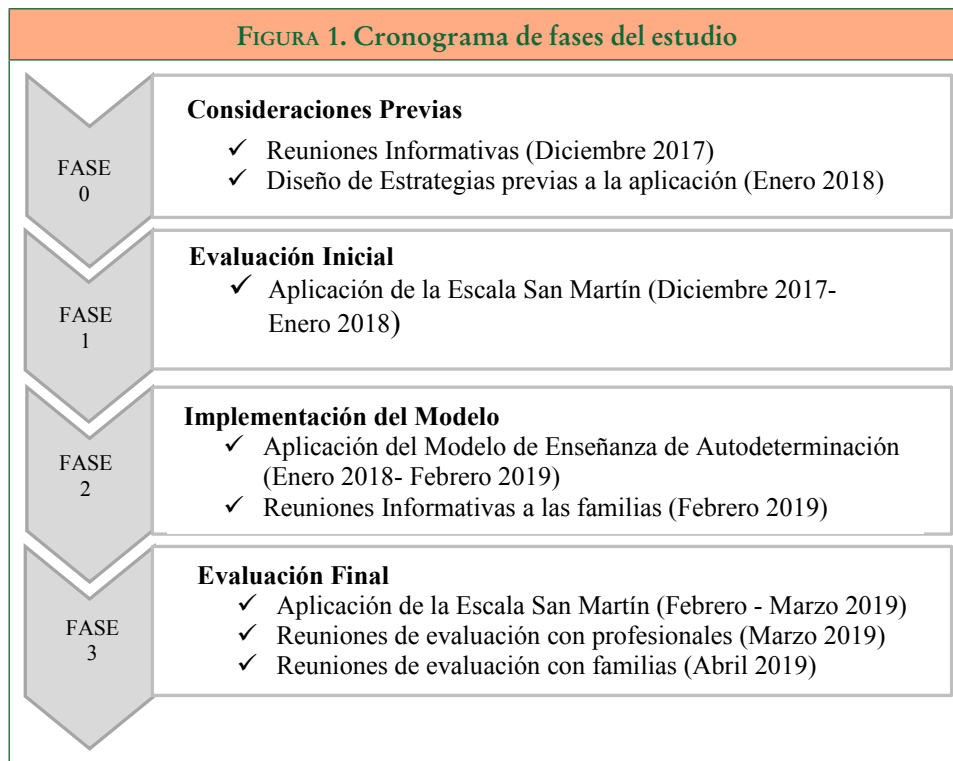
Toda la intervención fue dinamizada y coordinada por un profesional del centro. Si bien, para la valoración de validez social de la intervención se contó con 12 profesionales (todas ellas mujeres) con una media de edad de 51.4 años y 10.25 años de experiencia de media en la fundación. Respecto al perfil profesional se incluían cuidadoras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y técnicos de integración social.

Para dicha valoración se contó con tres familias. La elección se realizó siguiendo criterios de disponibilidad y se dio valor a que pertenecieran al centro de día, ya que esto implicaba mayor oportunidad de observar los avances derivados de la intervención. La media de edad de las familias fue de 62.3 años.

## 2.2. Procedimiento

Se usó el *Modelo de Enseñanza y Aprendizaje de la Autodeterminación* (Wehmeyer *et al.*, 2000) como metodología de intervención y cuatro fueron las fases que guiaron el proceso (Figura 1). Como primer paso, se realizaron las reuniones informativas a todos los grupos implicados de la organización (usuarias, gerencia y profesionales) y se tomaron decisiones respecto a la implementación (e. g., permisos de protección de datos, medidas organizacionales, etc.). En segundo lugar, se llevó a cabo la fase de pretest, aplicando la Escala San Martín (Verdugo *et al.*, 2014) para obtener las puntuaciones de calidad de vida de todas las usuarias. En la siguiente fase, se ejecutó la propuesta de intervención en el grupo experimental, aplicándose las tres etapas que propone el modelo (Wehmeyer *et al.*, 2000), realizando las adaptaciones necesarias (tal y como se detalla más adelante). Por último, en la fase de postest, se volvió a evaluar la calidad de vida de todas las participantes y se recogieron evidencias de va-

lidez social derivadas de la implementación de la propuesta (tal y como recomiendan Hagiwara *et al.*, 2017).



### 2.3. Detalles implementación de la propuesta de intervención

La implementación del modelo se extendió durante trece meses, desarrollándose 38 sesiones distribuidas de la siguiente forma: una sesión de presentación del proyecto; dos de indagación de gustos, preferencias y construcción de material fotográfico; veinticuatro reuniones en el desarrollo (doce respectivamente para las fases 1 y 2); diez sesiones en la fase 3, y una sesión final de cierre donde se observaron los logros y dificultades encontradas. Dichas sesiones se realizaron de forma grupal para fomentar la colaboración y la ayuda entre las integrantes. Teniendo en cuenta las características de la muestra, se efectuaron las siguientes modificaciones para ajustar el modelo a adultos con grandes necesidades de apoyo.

### 2.3.1. Fase 1. Establecimiento del objetivo

En este estudio, para las personas que lo necesitaron, se diseñaron los objetivos con el soporte de material fotográfico. Se construyó dicho material de apoyo a través de la información extraída de sus Planificaciones Centradas en la Persona (que incluían gustos, personas y lugares significativos...) y de los bloques temáticos (viajes, compras, visitas culturales, aprendizajes...) que iban a servir de orientación en la elección de la meta. A continuación, individualmente con el apoyo del material y a través de las preguntas propuestas, las personas definieron sus objetivos. En un segundo momento, el modelo plantea analizar las necesidades a través de preguntas como ¿qué tengo que hacer para aprender lo que desconozco? y ¿qué puedo hacer para conseguirlo? Con las personas que tenían dificultades para responderlas se efectuó un *role-playing* de la ejecución de la meta, realizando preguntas guiadas para poner en situación a la persona.

### 2.3.2. Fase 2. Actuar

En esta etapa, se implementaron dos adaptaciones: la adecuación del enunciado de las preguntas del modelo para concretarlas al objetivo planteado en la fase anterior y a su nivel de lenguaje oral; y la puesta en marcha de estrategias basadas en el *role-playing*, similares a las de la fase anterior.

### 2.3.3. Fase 3. Ajustar el objetivo o el plan

Esta fase fue la que menos adaptaciones necesitó. A través de las adecuaciones del enunciado de las preguntas del modelo, las participantes consiguieron identificar los aprendizajes adquiridos y las acciones de reajuste necesarias. Con el fin de que las personas tuvieran un soporte visual de su proceso, al finalizar cada una de las fases, se construían con el material fotográfico los mapas que mostraban de forma esquematizada las decisiones adoptadas en cada una de las etapas. Asimismo, es de señalar que la totalidad de los objetivos diseñados por las personas se llevaron a cabo con el apoyo de los profesionales y voluntarios de la fundación, si bien fueron las propias usuarias las que identificaron que necesitaban esa ayuda y decidieron qué persona de la entidad prestaría el apoyo necesario.

## 2.4. Instrumento

*Calidad de Vida.* Para la medida pretest y postest se decidió emplear la Escala San Martín (Verdugo *et al.*, 2014), instrumento basado en el modelo de Schalock y Verdugo (2002) y que permite obtener puntuaciones en las ocho dimensiones de calidad de vida, así como un índice global de calidad de vida. Esta decisión se adoptó teniendo en cuenta que en el momento de iniciar la fase de evaluación del estudio no existía

ninguna herramienta disponible para evaluar la autodeterminación de adultos con discapacidad intelectual; y porque, de entre las escalas de calidad de vida disponibles, la Escala San Martín es el único instrumento diseñado para evaluar la calidad de vida en adultos con discapacidades significativas.

*Validez social de la intervención.* Después de la intervención se recogieron los datos de las percepciones de los profesionales y familiares sobre las mejoras en autodeterminación observadas. A tal efecto, se elaboró un cuestionario de conductas a observar en los distintos entornos de la persona, agrupadas en relación con las características esenciales de la autodeterminación. En la Tabla 1 se presentan las preguntas utilizadas en dicho cuestionario. Se administró en formato entrevista con tres familias; y a través de cuatro reuniones con los 12 profesionales.

TABLA 1. Preguntas de evaluación de la Validez social de la intervención	
Dimensiones	Conductas observadas
Autonomía	Ha notado un aumento de participación en acciones como: 1. Elección de la ropa que se quiere poner 2. Colaboración en las tareas de la casa 3. Intervenir en su cuidado personal 4. Pide ayuda cuando le duele algo 5. En su tiempo libre, elige las actividades que son de su gusto
Autoiniciación	Ha percibido si ahora: 1. Inicia más actividades por decisión propia 2. Realiza lo que quiere hacer según sus gustos 3. Pide ayuda cuando tiene un problema
Autodirección	Puede citar una situación en la que: Cuando al querer conseguir algo, haya planeado los pasos para conseguirlo
Autorregulación	Podría asegurar que: 1. Cuando fracasa en la consecución de un plan, ¿busca otra alternativa? 2. Cuando en sus actividades cotidianas se produce un cambio, ¿se adapta?
Autoconcepto	¿Cree que ha aumentado el conocimiento de sus gustos?
Control de expectativas	Puede citar alguna acción en la que se aprecie que: 1. Puede trabajar en equipo para conseguir un fin 2. Ha demostrado persistencia para conseguir un deseo
Empoderamiento	Ha percibido si con más frecuencia: 1. Toma sus propias decisiones 2. Dice NO ante acciones que no quiere hacer 3. Si alguien le hace daño, se lo dice 4. Expresa lo que quiere o lo que le gusta

## 2.5. *Análisis de datos*

Para el análisis de los datos obtenidos, inicialmente se calcularon los estadísticos de tendencia central, así como la prueba de Shapiro-Wilk para comprobar la normalidad de la distribución de las puntuaciones obtenidas por la muestra en todas las variables. En las variables relacionadas con el índice global de calidad de vida la muestra siguió una distribución normal, tanto en el pretest como en el postest (ver Tabla 2), como en las diferencias entre pre- y postest ( $w = .961$ ;  $p = .140$ ), por lo que se usó el estadístico t de Student para las comparaciones entre medias.

Por otro lado, en la distribución de los datos en las variables relacionadas con las ocho dimensiones de calidad de vida no siempre se cumplía el supuesto de normalidad (ver Tabla 2), así que, teniendo en cuenta el tamaño muestral y que los análisis a realizar implicaban la comparación entre variables con distribuciones de datos diferentes (e. g., la variable bienestar emocional tenía una distribución normal en el grupo experimental en el pretest pero no en el postest), se optó por realizar pruebas no paramétricas de comparación de medias. En concreto, se calculó el estadístico W de Wilcoxon en los casos de muestras relacionadas, es decir, para la comparación entre los datos pre y post del grupo experimental y del grupo control, y el estadístico U de Mann-Whitney para la comparación entre los datos del grupo experimental y del grupo control.

Para valorar la validez social de la propuesta, se analizaron y unificaron las respuestas de los cuestionarios de las tres familias. Por otro lado, en las reuniones mantenidas con los profesionales, la primera autora se encargó de recoger y anotar las opiniones dadas en torno a las conductas observadas sobre los resultados de la intervención a través del cuestionario de evaluación. Por tanto, a partir de estas notas se revisaron individualmente todas las respuestas y, posteriormente, se agruparon en función de las similitudes, para poder evidenciar si se habían percibido cambios y mejoras en las distintas dimensiones.

## 3. Resultados

### 3.1. *Análisis descriptivo de las puntuaciones*

En la Tabla 2 se presentan la media, la mediana y la desviación típica de las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental y el grupo control en ambas medidas. Se proporciona también el nivel de significación de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para comprobar el ajuste de las puntuaciones a la distribución normal. A nivel descriptivo se puede afirmar que las dimensiones de calidad de vida con puntuaciones más bajas fueron la de desarrollo personal para el grupo control y la de derechos para el grupo experimental, en ambos casos con puntuaciones escalares inferiores a 7. Si bien, en general, el grupo experimental parece obtener puntuaciones ligeramente más altas en la mayoría de las dimensiones, a excepción de en derechos.

TABLA 2. Estadísticos descriptivos y pruebas de normalidad de las puntuaciones en pretest y postest

	Pretest								Postest							
	Grupo experimental				Grupo control				Grupo experimental				Grupo control			
	M	Me	DT	S-W p	M	Me	DT	S-W p	M	Me	DT	S-W p	M	Me	DT	S-W p
Índice de Calidad de vida	100	100	6.87	.996	90.1	89	8.06	.436	110	110	4.70	.131	92.2	90.5	8.33	.363
Autodeterminación	10.9	10	1.62	.011	10.1	10	2.17	.431	14.3	14.5	1.23	.005	9.84	9.5	2.29	.197
Bienestar emocional	8.17	8	1.80	.665	7.63	7	1.98	.246	10.3	10.5	.965	.005	9.81	10	1.49	.109
Bienestar físico	10.7	11.5	2.42	.016	8.56	9	2.44	.005	12.0	12	.603	.005	8.47	8	2.21	.027
Bienestar material	11.4	11	1.38	.100	7.94	8.5	2.27	.041	11.7	12	1.44	.006	8.97	9	1.96	.149
Derechos	6.87	6	2.04	.009	7.94	8	1.62	<.001	8.08	8	1.93	.550	9.81	10	.914	<.001
Desarrollo personal	10.25	10	2.80	.336	5.75	5.5	1.85	.078	11.2	12	2.37	.594	5.63	5	2.34	.002
Inclusión social	11.0	11	1.65	.073	8.78	9	2.27	.650	13.0	14	1.60	.027	10.0	10	2.14	.035
Relaciones interpersonales	11.4	11	1.24	.172	8.56	9	1.79	.004	12.7	13	1.44	.038	9.16	9	1.55	.093

Nota: M= Media, Me = Mediana, dt = desviación típica, S-W p = significación prueba Shapiro-Wilk.

### 3.2. Análisis de los resultados en el grupo experimental

Comparando los resultados antes y después de llevar a cabo la propuesta de intervención dentro del grupo experimental (ver Tabla 3), se observa la presencia de diferencias estadísticamente significativas en cuatro de las ocho dimensiones, siendo la autodeterminación en la que más diferencias se aprecia ( $w = 78, p = .002$ ), seguida de bienestar emocional ( $w = 64, p = .006$ ), inclusión social ( $w = 44, p = .010$ ) y relaciones interpersonales ( $w = 36, p = .011$ ). Además, se puede observar que, aunque en algunas dimensiones el incremento no es significativo, en todas las dimensiones existe una mayor puntuación en el postest.

Por otro lado, también encontramos diferencias estadísticamente significativas en el índice global de calidad de vida de las participantes ( $t_{(11)} = -5.38; p < .001; d = -1.554$ ), aumentando su calidad de vida tras el proceso de intervención.



**TABLA 3. Comparación pre-post en las dimensiones de calidad de vida del grupo experimental**

Dimensión	Pre Mediana	Post Mediana	W	ES	W(S)	Sig.
Autodeterminación	10.0	14.5	78.0	12.7	3.1	.002
Bienestar emocional	8.0	10.5	64.0	11.2	2.8	.006
Bienestar físico	11.5	12.0	30.0	7.0	1.7	.085
Bienestar material	11.0	12.0	33.5	9.7	.62	.534
Derechos	6.0	8.0	47.5	11.2	1.3	.196
Desarrollo personal	10.0	12.0	36.5	9.7	.93	.354
Inclusión social	11.0	14.0	44.0	8.3	2.6	.010
Relaciones interpersonales	11.0	13.0	36.0	7.1	2.5	.011

Nota: sig. = nivel de significación, W = índice de Wilcoxon, ES = Error estándar, w(S) = estadístico estandarizado.

### 3.3. *Análisis comparativo entre grupo experimental y grupo control*

En un segundo nivel, se contrastaron los resultados entre el grupo experimental y el grupo control en los dos momentos de evaluación para comprobar si el efecto de la propuesta de intervención puede atribuirse a ella misma y no a otros factores. Como se puede ver en la Tabla 4, la única dimensión en la que no existían diferencias significativas antes de la intervención entre el grupo experimental y el control ( $U = 230.5$ ,  $p = .315$ ), pero sí se observan diferencias después de la misma ( $U = 362$ ,  $p < .001$ ), así como en la diferencia entre ambos momentos, es en la puntuación de la dimensión de autodeterminación ( $U = 345$ ,  $p = < .001$ ).

Respecto a los resultados globales de calidad de vida, se observan diferencias significativas entre grupos tanto antes como después de la intervención (Tabla 5). También es significativa la diferencia en el incremento de la calidad de vida entre ambas medidas ( $t_{(42)} = 2.99$ ,  $p = .005$ ), evidenciándose una mejora de calidad de vida mayor en el grupo experimental que se podría atribuir a la participación en la propuesta de intervención.

TABLA 4. Comparación por dimensiones entre grupo experimental y grupo control						
Dimensión		Grupo experimental Mediana	Grupo control Mediana	U	U(S)	sig
Autodeterminación	pretest	10.0	10.0	230.5	1.03	.315
	posttest	14.5	9.5	362.0	4.5	<.001
	dif.	3.5	0.0	345.0	4.1	<.001
Bienestar emocional	pretest	8.0	7.0	299.5	2.9	.004
	posttest	10.5	10.0	229.5	1.0	.307
	dif.	2.5	2.0	189.0	-.08	.936
Bienestar físico	pretest	11.5	9.0	299.5	2.9	.004
	posttest	12.0	8.0	343.0	4.0	<.001
	dif.	0.5	0.0	244.5	1.4	.163
Bienestar material	pretest	11.0	8.5	350.5	4.2	<.001
	posttest	12.0	9.0	334.5	3.8	<.001
	dif.	0.0	0.5	166.0	-.70	.489
Derechos	pretest	6.0	8.0	96.5	-2.6	.010
	posttest	8.0	10.0	90.5	-2.8	.005
	dif.	2.0	2.0	183.0	-.24	.809
Desarrollo personal	pretest	10.0	5.5	352.5	4.3	<.001
	posttest	12.0	5.0	362.0	4.5	<.001
	dif.	1.0	0.0	250.0	1.6	.119
Inclusión social	pretest	11.0	9.0	379.0	2.9	.004
	posttest	14.0	10.0	337.5	3.9	<.001
	dif.	2.0	2.0	197.0	.14	.892
Relaciones interpersonales	pretest	11.0	9.0	358.5	4.5	<.001
	posttest	13.0	9.0	363.0	4.6	<.001
	dif.	1.0	0.5	223.0	.83	.407

Nota: dif. = diferencia entre posttest y pretest, U = U de Mann-Whitney, U(S) = estadístico U de Mann-Whitney estandarizado, sig. = nivel de significación.

TABLA 5. Comparación del índice de calidad de vida entre grupo experimental y grupo control						
	Media (desviación típica)		t	gl	sig	Cohen's d
	Grupo experimental	Grupo control				
Pretest	100.33 (6.87)	90.09 (8.06)	3.89	42	<.001	1.32
Posttest	109.67 (4.70)	92.19 (8.33)	6.84	42	<.001	2.31
Dif.	9.33 (6.01)	2.09 (7.53)	2.99	42	.005	1.12

Nota: t = t de Student, gl = grados de libertad, sig. = nivel de significación.

### 3.4. Validez social

Respecto a las opiniones de las profesionales sobre los resultados de la intervención, se observaron cambios y mejoras en todas las dimensiones de autodeterminación (Tabla 6). Nueve de los profesionales indican que se aprecia un aumento en acciones como elección de ropa, cuidado personal, colaboración en tareas de la casa o peticiones de ayuda frente al dolor (i. e., autonomía). Respecto a las familias, también observaron un aumento de conductas en esta dimensión, apreciando mayor colaboración en las tareas de la casa, en peticiones de ayuda y en la elección de ropa. Destaca la opinión de una de las familias que informaba que su hija *impone* la ropa que se quiere poner. La totalidad de los profesionales apreciaron que, en general, las personas inician más actividades por decisión propia y piden más ayuda cuando tienen problemas; las familias también observaron un aumento en la realización de las actividades atendiendo a sus gustos (i. e., autoiniciación). Los profesionales mencionaban que las participantes eligen de forma más autónoma dónde y con quién quieren compartir las actividades y reconocen a quién se deben dirigir para obtener la respuesta que esperan (i. e., autodirección). En general, ni las familias ni los profesionales advirtieron un aumento en conductas específicas de autorregulación, sin embargo, observaron una disminución de las conductas desajustadas debidas a cambios imprevistos. Todos los profesionales observan que las personas tienen más conocimiento de sus gustos y que se han creado más oportunidades donde expresarlos (i. e., autoconcepto). Las familias y ocho de los profesionales percibían que las personas se mostraban más persistentes en la consecución de las peticiones, objetivos y deseos en el día a día (i. e., control de expectativas). Finalmente, la dimensión de empoderamiento fue en la que profesionales y familias observaron más cambios, visualizando un incremento en la toma de decisiones y en la expresión de lo que las personas quieren y les gusta hacer, así como en la negativa ante las acciones que no quieren realizar.

**TABLA 6. Ejemplos de opiniones expresadas por profesionales (P) y familiares (F)**

Dimensiones	Ejemplos
Autonomía	“Cuando está X (médico) o X (enfermera) y se encuentran mal van a su despacho, si no están nos lo dicen a nosotras” (P)
Autoiniciación	“He notado que ahora casi no les tengo que motivar para que inicien las actividades”; “A veces cuando llego ya han sacado los materiales y están liadas cada una con lo suyo” (P)
Autodirección	“Ahora no les vale cualquiera en las salidas de ocio, eligen con quién quieren salir” (P)
Autorregulación	“Yo he notado que cuando hay algún problema y no podemos hacer un plan que se había previsto, y les explicamos las causas, ya no se enfadan tanto” (P)
Autoconcepto	“Ahora saben muy bien lo que les gusta o no. Nosotros también hemos aprendido mucho sobre sus gustos y esto es de gran ayuda” (P)
Control de expectativas	“Hay unas cuantas que cuando quieren algo es erre que erre” (P)
Empoderamiento	“Ahora, algunas cuando te dicen no es no” (P); “Pide más cosas que de costumbre” (F); “Reclama más peticiones” (F); “No sé lo que le pasa, pero ahora se niega a hacer más cosas que antes” (F)

Nota: Se han codificado los nombres propios para salvaguardar la confidencialidad.

#### 4. Discusión

El objetivo de este estudio fue desarrollar una intervención para la promoción de la autodeterminación en personas adultas con grandes necesidades de apoyo a través de una adaptación del *Modelo de Enseñanza y Aprendizaje de la Autodeterminación* (Wehmeyer *et al.*, 2000). En este sentido, las participantes tuvieron la oportunidad de expresar sus metas y diseñar un plan de acción para alcanzarlas con el apoyo de su personal de apoyo. Los resultados indican un aumento de la autodeterminación y del índice de calidad de vida en el grupo experimental con respecto al grupo control, tras la implementación de la propuesta. Por tanto, los resultados ponen de manifiesto que la promoción de la autodeterminación no solo es posible y necesaria en personas con graves necesidades de apoyo (Wehmeyer, 2005), sino que también es un elemento que incide en la mejora de su calidad de vida (Wehmeyer y Schalock, 2001), tal y como también encontraron Pascual-García *et al.* (2014). Estos resultados aportan evidencia empírica en un campo de investigación hasta ahora poco estudiado, ya que, según Wehmeyer (2020), apenas hay estudios sobre la calidad de vida y la autodeterminación de personas con discapacidad que tienen dificultades para completar medidas

de autoinforme, como es el caso de las personas con grandes necesidades de apoyo. Asimismo, la intervención mediante el *Modelo de Enseñanza y Aprendizaje de la Autodeterminación* (Shogren *et al.*, 2018) se erige como una práctica para la promoción de la autodeterminación no solo en adolescentes, sino también en adultos con discapacidad intelectual, independientemente de sus necesidades de apoyo (Wehmeyer *et al.*, 2011). Cabe destacar la flexibilidad de dicho modelo ya que ha posibilitado tener en cuenta la singularidad de las personas, dando respuesta a las decisiones de cada una de ellas y respetando el ritmo necesario en su desarrollo. Igualmente ha permitido integrarlo dentro de su contexto cotidiano, facilitando la generalización de las habilidades desarrolladas.

Los resultados obtenidos deben interpretarse a la luz de ciertas limitaciones. En primer lugar, la muestra de participantes estaba compuesta solo por mujeres pertenecientes al mismo servicio y a un grupo preestablecido, puesto que los datos se recogieron en una entidad que da apoyo exclusivamente a mujeres. En segundo lugar, las mejoras en autodeterminación han sido medidas con un instrumento de evaluación de la calidad de vida, cuyas dimensiones incluyen la autodeterminación. Cuando se llevó a cabo el estudio no existía ningún instrumento en formato heteroinforme que permitiera evaluar la autodeterminación de personas con grandes necesidades de apoyo. Futuras investigaciones podrían intentar confirmar los resultados obtenidos utilizando instrumentos específicos para evaluar la autodeterminación, como la Escala AUTODDIS (Verdugo *et al.*, 2021). De hecho, sigue existiendo la necesidad de desarrollar instrumentos para la vida adulta y envejecimiento o específicos para personas con graves necesidades de apoyo u otras poblaciones (i. e., trastorno del espectro autista, personas con problemas de salud mental, etc.). En tercer lugar, aunque el modelo usado para la promoción en autodeterminación está originalmente pensado para contextos educativos y con jóvenes adultos y adolescentes, ante la inexistencia de modelos específicos para personas adultas con necesidades de apoyo generalizado, se decidió adaptar el modelo cuya flexibilidad permitió una implementación exitosa del mismo. Finalmente, cabe también señalar que el análisis de los datos obtenidos en relación con la validez social de la intervención se realizó a través de las anotaciones tomadas por la primera autora, que fue quien condujo las entrevistas y reuniones, ya que no se pudieron grabar dichos encuentros. No obstante, dada la relevancia de las opiniones y aportaciones de los profesionales y familiares, se ha considerado oportuno añadir dicha información.

A pesar de las limitaciones expuestas, el presente estudio constituye una de las pocas evidencias existentes para mejorar la autodeterminación de personas con necesidades de apoyo generalizadas. Pese a los reiterados llamamientos a reconocer el derecho a ser agente causal de la propia vida a cualquier persona, incluidas aquellas con grandes necesidades de apoyo (Wehmeyer, 2005), pocas han sido las iniciativas que han promovido su autodeterminación en el ámbito práctico. Entre estas escasas iniciativas, destacan la de Pascual-García *et al.* (2014), que diseñaron una intervención para promover la autodeterminación y la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual (algunos con grandes necesidades de apoyo), a partir del empleo de estrategias alternativas de comunicación e incrementando las oportunidades para la

toma de elecciones, confirmando que esta dimensión está directamente relacionada con la mejora de la calidad de vida; y que dichas personas son también susceptibles de mejorar su autodeterminación (Pascual-García *et al.*, 2014; Wehmeyer, 2005), tal y como muestran nuestros resultados y los de otros estudios (Lachapelle *et al.*, 2005; McDougall *et al.*, 2010).

Para ello, los principales proveedores de apoyos de los contextos de vida y desarrollo de dichas personas deben contribuir a crear oportunidades (Mumbardó-Adam *et al.*, 2020) y elaborar programas de apoyo individualizados para que actúen de forma volitiva y agencial, nutriendo a su vez sus creencias de control, en definitiva, para que sean los agentes causales de sus vidas y mejorar también su calidad de vida. La integración del concepto de calidad de vida y el modelo de apoyos (Verdugo *et al.*, 2021) proporciona un marco teórico y profesional sólido para la provisión de apoyos, la evaluación de resultados centrada en la persona, la transformación de las organizaciones y el cambio de sistemas. La familia y los profesionales de atención directa se configuran como agentes principales de apoyo al desarrollo de la autodeterminación (Vega *et al.*, 2020; Grigal *et al.*, 2003). No obstante, si bien los profesionales reconocen la importancia del constructo y son cercanos a su concepción (Vicente *et al.*, 2020), destacan también que existen barreras para la promoción de la autodeterminación, mencionando las conductas de sobreprotección tanto en el contexto familiar como en otros contextos; la falta de flexibilidad de los horarios y de la organización de las instituciones que no facilitan ajustarse a los objetivos y necesidades de las personas con discapacidad; o, a nivel social, las actitudes negativas (Mumbardó-Adam *et al.*, 2020). En esta línea, existen investigaciones que han estudiado otros factores familiares (i. e., la composición familiar) que también pueden influir en el nivel de autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual (Vicente *et al.*, 2018), reiterando la importancia de tener en cuenta los factores contextuales (familiares y organizacionales) en su intervención. Paralelamente, los propios adultos con discapacidad intelectual señalan como una de las principales barreras para poder actuar de forma autodeterminada la falta de disponibilidad de los profesionales proveedores de apoyo (Nonnemacher y Bambara, 2011).

Estudios recientes mencionan que las personas con discapacidad intelectual y más necesidades de apoyo suelen tener menos oportunidades para actuar de forma autodeterminada (Vicente *et al.*, 2020), aun siendo aquellas que más lo necesitan y, por ende, tienen niveles más bajos de autodeterminación. No obstante, el instrumento de intervención utilizado en este estudio, el *Modelo de Enseñanza y Aprendizaje de la Autodeterminación*, puede dotar al profesional proveedor de apoyos de pautas para promover la autodeterminación (Shogren *et al.*, 2018). En este sentido, este modelo puede usarse en múltiples situaciones y actividades en las que participa la persona, incorporándolo a las dinámicas habituales y aprovechando las oportunidades que los educadores deben crear para promover la autodeterminación y la calidad de vida. Gracias a los resultados de este estudio disponemos de evidencias de su eficacia en la promoción de la autodeterminación en personas con discapacidad intelectual y necesidades de apoyo generalizadas. Futuras líneas de investigación deberán seguir ahondando en cómo trabajar con las instituciones para crear oportunidades que fo-

menten la autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual, independientemente de sus necesidades de apoyo.

## 5. Referencias bibliográficas

- AGRAN, M., BLANCHARD, C., WEHMEYER, M. L. y HUGHES, C. (2002). Increasing the problem solving skills of students with developmental disabilities participating in general education. *Remedial and Special Education*, 23(5), 279-288. <https://doi.org/10.1177/07419325020230050301>
- COTE, D. L., JONES, V. L., BARNETT, C., PAVELEK, K., NGUYEN, H. y SPARKS, S. L. (2014). Teaching problem solving skills to elementary age students with autism. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 49(2), 189-199. <https://www.jstor.org/stable/23880604>
- Equipo de profesionales ASPRONA. (2002). *La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual*. FEAPS. Cuadernos de Buenas Prácticas.
- FIELD, S. y HOFFMAN, A. (2000). *Steps to self-determination idea book*. Wayne State University.
- FINN, D., GETZEL, E. E. y MCMANUS, S. (2008). Adapting the Self-Determined Learning Model of Instruction for college students with disabilities. *Career Development for Exceptional Individuals*, 31(2), 85-93. <https://doi.org/10.1177/0885728808318327>
- GÓMEZ, L. E., ALCEDO, M. A., VERDUGO, M. Á., ARIAS, B., FONTANIL, Y., ARIAS, V. B., ... y VERDUGO, M. Á. (2016). *Escala KidsLife: evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual*. Publicaciones del INICO.
- GÓMEZ, L. E., SCHALOCK, R. L. y VERDUGO, M. Á. (2021). A new paradigm in the field of intellectual and developmental disabilities: characteristics and evaluation. *Psicothema*, 33(1), 28-35. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.385>
- GÓMEZ, L. E., VERDUGO, M. Á. y ARIAS, B. (2015). Validity and reliability of the Inico-Feaps Scale: an assessment of quality of life for people with intellectual and developmental disabilities. *Research in Intellectual and Developmental Disabilities*, 36, 600-610. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.049>
- GRIGAL, M., NEUBERT, D., MOON, M. y GRAHAM, S. (2003). Self-determination for students with disabilities: views of parents and teachers. *Exceptional Children*, 70(1), 97-112. <https://doi.org/10.1177/001440290307000106>
- Grupo de autogestores de ATZEGI. (2009). *Autodeterminación*. FEAPS. Cuadernos de Buenas Prácticas.
- HAGIWARA, M., SHOGREN, K. y LEKO, M. (2017). Reviewing research on the Self-Determined Learning Model of Instruction: mapping the terrain and charting a course to promote adoption and use. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1(1), 3-13. <https://doi.org/10.1007/s41252-017-0007-7>
- KIM, N. H. y PARK, J. (2012). The effects of the family-involved SDLMI on academic engagement and goal attainment of middle school students with disabilities who exhibit problem behavior. *International Journal of Special Education*, 27(1), 117-127.
- LACHAPPELLE, Y., WEHMEYER, M., HAELEWYCK, M., COURBOIS, Y., KEITH, K., SCHALOCK, R., VERDUGO, M. Á. y WALSH, P. N. (2005). The relationship between quality of life and self-determination: an international study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 74-744. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00743.x>



- MARTORELL, A., GUTIÉRREZ-RECACHA, P., PEREDA, A. y AYUSO-MATEOS, J. L. (2008). Identification of personal factors that determine work outcome for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1091-1101. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01098.x>
- MAZZOTTI, V. L., TEST, D. W. y WOOD, C. L. (2012). Effects of multimedia goal-setting on students' knowledge of the Self-Determined Learning Model of Instruction and disruptive behavior. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 15(2), 90-102. <https://doi.org/10.1177/1098300712440452>
- MCDougALL, J., EVANS, J. y BALDWIN, P. (2010). The importance of self-determination to perceived quality of life for youth and young adults with chronic conditions and disabilities. *Remedial and Special Education*, 31(4), 252-260. <https://doi.org/10.1177/0741932509355989>
- MUMBARDÓ-ADAM, C., GUÀRDIA-OLMOS, J., GINÉ, C., SHOGREN, K. A. y VICENTE, E. (2018). Psychometric properties of the Spanish Version of the Self-Determination Inventory Student Self-Report: a Structural Equation Modeling Approach. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 123(6), 545-557. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-123.6.545>
- MUMBARDÓ-ADAM, C., VICENTE, E., GINÉ, C., GUÀRDIA-OLMOS, J., RALEY, S. K. y VERDUGO, M. Á. (2017). Promoviendo la autodeterminación en el aula: el Modelo de Enseñanza y Aprendizaje de la Autodeterminación. *Siglo Cero*, 48(2), 41-59. <https://doi.org/10.14201/scero20174824159>
- MUMBARDÓ-ADAM, C., VICENTE, E., SIMÓ-PINATELLA, D. y COMA, T. (2020). Understanding practitioners' needs in supporting self-determination in people with intellectual disability. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(4), 341-351. <https://doi.org/10.1037/pro0000292>
- NONNEMACHER, S. L. y BAMBARA, L. M. (2011). "I'm supposed to be in charge": Self-advocates' perspectives on their self-determination support needs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49, 327-340. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-49.5.327>
- NOTA, L., FERRARI, L., SORESI, S. y WEHMEYER, M. L. (2007). Self-determination, social abilities, and the quality of life of people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 850-865. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00939.x>
- PALMER, S. B. y WEHMEYER, M. L. (2003). Promoting self-determination in early elementary school: teaching self-regulated problem-solving and goal-setting Skills. *Remedial and Special Education*, 24(2), 115-126. <https://doi.org/10.1177/07419325030240020601>
- PASCUAL-GARCÍA, D. M., GARRIDO-FERNÁNDEZ, M. y ANTEQUERA-JURADO, R. (2014). Autodeterminación y calidad de vida: un programa para la mejora de personas adultas con discapacidad intelectual. *Psicología Educativa*, 20(1), 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2014.05.004>
- PONCE, A. (2010). *Formación en autodeterminación para familias*. FEAPS, Cuadernos de Buenas Prácticas.
- SCHALOCK, R. L., GÓMEZ, L. E., VERDUGO, M. Á. y REINDERS, H. S. (2016). Moving us toward a theory of individual quality of life. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121, 1-12. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.1.1>
- SCHALOCK, R. L. y VERDUGO, M. Á. (2002). *Quality of life for human service practitioners*. American Association on Mental Retardation.
- SCHALOCK, R. L. y VERDUGO, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38, 21-36.

- SHOGREN, K. A., RALEY, S. K., BURKE, K. M. y WEHMEYER, M. L. (2018). *The Self Determined Learning Model of Instruction: teacher's guide*. Kansas University Center on Developmental Disabilities.
- SHOGREN, K. A., WEHMEYER, M. L., PALMER, S. B., FORBER-PRATT, A. J., LITTLE, T. J. y LOPEZ, S. (2015). Causal agency theory: reconceptualizing a functional model of self-determination. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 50(3), 251-263.
- VEGA, V., ÁLVAREZ-AGUADO, I., SPENCER, H. y GONZÁLEZ, F. (2020). Avanzando en autodeterminación: estudio sobre las autopercepciones de personas adultas con discapacidad intelectual desde una perspectiva de investigación inclusiva. *Siglo Cero*, 51(1), 31-52. <https://doi.org/10.14201/scero2020511315>
- VERDUGO, M. Á., ARIAS, B., GÓMEZ, L. E. y SCHALOCK, R. L. (2010). Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: reliability and validity in Spain. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 105-123
- VERDUGO, M. Á., GÓMEZ, L. E., ARIAS, B., SANTAMARÍA, M., NAVALLAS, E., FERNÁNDEZ, S. y HIERRO, I. (2014). *Escala San Martín. Evaluación de la calidad de vida de personas con discapacidades significativas*. FOSM.
- VERDUGO, M. Á., SCHALOCK, R. L. y GÓMEZ, L. E. (2021). El Modelo de Calidad de Vida y Apoyos: la unión tras veinticinco años de caminos paralelos. *Siglo Cero*, 52(3), 9-28. <https://hdl.handle.net/10366/147415>
- VERDUGO, M. Á., VICENTE, E., GÓMEZ-VELA, M., FERNÁNDEZ, R., WEHMEYER, M. L., BADIA, M., GONZÁLEZ-GIL, F. y CALVO, M. I. (2015). *Escala ARC-INICO de Evaluación de la Autodeterminación. Manual de aplicación y corrección*. Publicaciones del INICO.
- VERDUGO, M. Á., VICENTE, E., GUILLÉN, V. M., SÁNCHEZ, S., IBÁÑEZ, A., FERNÁNDEZ-PULIDO, R., GÓMEZ, L. E., COMA, T., BRAVO-ÁLVAREZ, M. A. y VIVED, E. (2021). *Escala AUTODIS: evaluación de la Autodeterminación de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual. Manual de aplicación y corrección*. Publicaciones del INICO.
- VICENTE, E., CALVO-ÁLVAREZ, M. I., VERDUGO-ALONSO, M. Á. y GUILLÉN-MARTÍN, V. M. (2018). El rol de los factores personales y familiares en la autodeterminación de jóvenes con discapacidad intelectual. *Revista de Psicología Educativa*, 24(2), 75-83. <https://doi.org/10.5093/psed2018a13>
- VICENTE, E., COMA, T., MUMBARDÓ-ADAM, C. y SIMÓ-PINATELLA, D. (2020). Self-determination and people with intellectual disability: a construct analysis from a professional perspective. *International Journal of Disability, Development and Education*, 69(3), 822-836. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1735625>
- VICENTE, E., MUMBARDÓ-ADAM, C., GUILLÉN, V. M., COMA, T., BRAVO, M. Á. y SÁNCHEZ, S. (2020). Self-determination in people with intellectual disability: the mediating role of opportunities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6201. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176201>
- WEHMEYER, M. L. (2005). Self-determination and individuals with severe disabilities: Re-examining meanings and misinterpretations. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(3), 113-120. <https://doi.org/10.2511/rpsd.30.3.113>
- WEHMEYER, M. L. (2020). The importance of self-determination to the quality of life of people with intellectual disability: a perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7121. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197121>
- WEHMEYER, M. L., ABERY, B. H., ZHANG, D., WARD, K., WILLIS, D., HOSSAIN, W. A., BALCAZAR, F., BALL, A., BACON, A., CALKINS, C., HELLER, T., GOODE, T., DIAS, R., JESIEN, G. S., McVEIGH, T., NYGREN, M. A., PALMER, S. B. y WALKER, H. M. (2011). Personal self-

- determination and moderating variables that impact efforts to promote self-determination. *Exceptionality*, 19, 19-30. <https://doi.org/10.1080/09362835.2011.537225>
- WEHMEYER, M. L., LATTIMORE, J., JORGENSEN, J., PALMER, S. B., THOMPSON, E. y SCHUMAKER, K. M. (2003). The Self-Determined Career Development Model: a pilot study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 19, 79-87. <http://hdl.handle.net/1808/6238>
- WEHMEYER, M. L., PALMER, S., AGRAN, M., MITHAUG, D. y MARTIN, J. (2000). Promoting causal agency: the self-determined learning model of instruction. *Exceptional Children*, 66, 439-453. <https://doi.org/10.1177/001440290006600401>
- WEHMEYER, M. L., PALMER, S. B., SHOGREN, K. A., WILLIAMS-DIEHM, K. y SOUKUP, J. H. (2013). Establishing a causal relationship between intervention to promote self-determination and enhanced student self-determination. *The Journal of Special Education*, 46(4), 195-210. <https://doi.org/10.1177/0022466910392377>.
- WEHMEYER, M. L., PERALTA, F., ZULUETA, A., GONZÁLEZ-TORRES, M.C. y SOBRINO, A. (2006). *Escala de Autodeterminación Personal: instrumento de valoración y guía de aplicación*. Editorial CEPE.
- WEHMEYER, M. L. y SCHALOCK, R. (2001). Self-determination and quality and life: implications for special education services and supports. *Focus on Exceptional Children*, 33, 1-16.
- WEHMEYER, M. L. y SCHWARTZ, M. (1998). The relationship between self-determination and quality of life for adults with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33, 3-12.
- WEHMEYER, M. L., SHOGREN, K. A., PALMER, S. B., WILLIAMS-DIEHM, K. L., LITTLE, T. D. y BOULTON, A. (2012). The impact of the Self-Determined Learning Model of Instruction on student self-determination. *Exceptional Children*, 78(2), 135-153. <https://doi.org/10.1177/001440291207800201>

