



Fedeafes

Buru gaixotasuna  
duten pertsona  
eta senide elkarteen  
Euskadiko federazioa

Federación de Euskadi  
de asociaciones de  
familiares y personas  
con enfermedad mental



# Itinerarios óptimos de intervención y abordaje coordinado en los ámbitos social y sanitario para la atención de las personas con enfermedad mental en Euskadi

INFORME FINAL | 2015

Estudio elaborado en colaboración con las asociaciones :



Con el apoyo de:



## AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a todas las personas participantes en este proyecto y muy especialmente a las 191 personas usuarias de los diferentes servicios de nuestras asociaciones participantes, asimismo, queremos agradecer a todas las personas profesionales de las asociaciones que han colaborado en la recogida de datos y a todas las personas profesionales que han participado en el proyecto de diferentes instituciones o entidades.

## Equipo motor del proyecto:

Yolanda Iglesias y Ruth Encinas, **Agifes**.

Endika Minguela y Justine Gestoso, **Asafes**.

Gurutze Villanueva y Naiara Gabiña, **Asasam**.

Amaia Arbaiza y M<sup>a</sup> José Cano, **Fedeafes**.

Irama Vidorreta y Ainara Canto, **Fundación Ede**.

Estudio realizado por FEDEAFES y sus asociaciones Agifes, Asafes y Asasam.

Con el apoyo técnico de Fundación Ede.

Publicado en 2015.

Edición impresa 2019.

**Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES)**

Tres Cruces 14, Bajo Dcha · Polígono Arza · 01400 Ludio - LLodio Alava

[www.fedeafes.org](http://www.fedeafes.org) · [fedeafes@fedeafes.org](mailto:fedeafes@fedeafes.org)

Depósito Legal: BI-1532-2019



Fedeafes

Buru gaixotasuna  
duten pertsona  
eta senide elkarteen  
Euskadiko federazioa

Federación de Euskadi  
de asociaciones de  
familiares y personas  
con enfermedad mental

Reconocimiento – NoComercial (by-nc): Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga un uso comercial. Tampoco se puede utilizar la obra original con finalidades comerciales.

## PRÓLOGO

La Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, FEDEAFES, junto con sus asociaciones Agifes, Asafes y Asasam y con la Fundación EDE, nos presentan este estudio sobre ***“Itinerarios óptimos de intervención y abordaje coordinado en los ámbitos social y sanitario para la atención de las personas con enfermedad mental en Euskadi”***. En este trabajo, financiado por Bioef, han participado cerca de 200 personas con enfermedad mental y numerosas personas profesionales de la red de Fedeaefes, así como de las redes de salud mental de los diferentes territorios, diputaciones y organizaciones del tercer sector.

El estudio arroja resultados de gran interés relativos a la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, apreciados de forma objetiva, desde el punto de vista de los y las profesionales que les atienden, y también de forma subjetiva, por las propias personas afectadas.

El estudio tiene en cuenta trece variables personales (como edad, sexo, diagnóstico principal, diagnósticos añadidos, necesidades de apoyo, ingresos en psiquiatría, etc.) y dieciséis variables contextuales (convivencia, nivel de estudios, red de apoyo, etc.), lo que proporciona un diagnóstico de especial valor sobre la realidad de las personas con enfermedad mental, sobre todo en relación con su calidad de vida.

El resultado de este estudio muestra los factores personales y contextuales de mayor incidencia en la calidad de vida de las personas con enfermedad mental. Al mismo tiempo, el estudio nos ofrece orientaciones para mejorar la respuesta coordinada (social y sanitaria) para la atención del colectivo.

Por todo ello, nuestro más profundo agradecimiento por el trabajo realizado, teniendo en cuenta que las personas con enfermedad mental se encuentran entre los colectivos prioritarios de atención en las Líneas Estratégicas Sociosanitarias aprobadas por el Consejo Sociosanitario de Euskadi.

Y también, a través de estas líneas, queremos expresar nuestra sincera enhorabuena a todas las personas los que han hecho posible este estudio.

Jon Darpón

Angel Toña

Consejero de Salud

Consejero de Empleo y Políticas Sociales

## ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>2.- MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>2</b>
2.1.- Los derechos de las personas con discapacidad .....	2
2.2.- Caracterización de las personas con enfermedad mental .....	4
2.3.- La estigmatización de las personas con enfermedad mental .....	6
2.4.- El concepto de Calidad de Vida.....	8
2.6.- Instrumentos de medición de la Calidad de Vida: .....	10
<b>3.- METODOLOGÍA .....</b>	<b>13</b>
3.1.- Objetivos.....	13
3.2.- Proceso metodológico.....	14
3.3.- Técnicas .....	14
3.4.- Objeto de estudio.....	25
3.5.- Hipótesis de trabajo .....	26
3.6.- Muestra .....	27
3.7.- Análisis.....	28
<b>4.- RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
4.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO: ¿CÓMO SON LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CON LAS QUE TRABAJA FEDEAFES? .....	30
4.1.1 Perfil sociodemográfico de las personas usuarias:.....	30
4.1.2 Perfil de las personas usuarias en relación con la enfermedad mental: .....	31
4.1.3 Red social y apoyos informales de las personas usuarias.....	40
4.1.4 Nivel de estudios, recursos económicos y empleo de las personas usuarias .....	43
4.1.5 Atención profesional que reciben las personas usuarias.....	47
4.2.- NIVELES DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA O SUBJETIVA .....	55
4.3.- NIVELES DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVA.....	58
4.3.1 Calidad de vida “objetiva”: Escala GENCAT.....	58
4.3.2 Factores que intervienen en la calidad de vida.....	61
<b>5.- PRINCIPALES CLAVES QUE DERIVAN DE LOS DATOS .....</b>	<b>85</b>
<b>6.- REFLEXIONES FINALES EN RELACIÓN CON LA RESPUESTA ACTUAL Y ORIENTACIONES DE MEJORA.....</b>	<b>90</b>
<b>7.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>100</b>
<b>8.- INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS .....</b>	<b>103</b>
<b>9.- ANEXOS .....</b>	<b>106</b>

## 1.- INTRODUCCIÓN

El trabajo que aquí se presenta responde a la preocupación de FEDEAFES y sus entidades miembro por conseguir adecuar las condiciones de respuesta del Sistema de Salud y Servicios Sociales en la atención del colectivo de personas con enfermedad mental, desde la perspectiva del modelo de calidad de vida.

Esta perspectiva implica un enfoque ecológico, poniendo en el centro a la persona y subrayando su participación en distintas dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Este proyecto se orienta a generar un conocimiento aplicado a la intervención a partir de la evaluación de la calidad de vida. Persigue identificar claves útiles para establecer estrategias que contribuyan a la mejora de los niveles de calidad de vida de las personas con enfermedad mental usuarias de las entidades de FEDEAFES, al tiempo que se propone esclarecerlos itinerarios óptimos de intervención y abordaje coordinado en los ámbitos social y sanitario para la atención de estas personas en Euskadi. Así mismo, el proceso de trabajo diseñado para alcanzar estos objetivos contribuirá también a promover un acercamiento de las entidades de FEDEAFES al modelo de calidad de vida facilitando su futura implantación.

Se trata de un proyecto desarrollado en colaboración entre FEDEAFES y el Servicio de Investigación Social de Fundación EDE con el fin de aunar el saber hacer y la experiencia específica de ambas entidades.

**FEDEAFES** -Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental – se constituyó en el año 1987 y desde entonces su trabajo ha consistido en la representación del colectivo en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

La federación se constituye para generar investigación, intercambio, aprendizaje e innovación en las iniciativas que buscan la mejora en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familiares; impulsar y difundir políticas y experiencias dentro del Modelo de Calidad de Vida; defender y reivindicar la dignidad y los derechos de las personas afectadas y sus familiares; sensibilizar a la sociedad, participar en foros y redes así como exigir políticas públicas en beneficio de las personas afectadas y sus familiares.

El trabajo de esta federación está orientado hacia el “modelo de calidad de vida”, la promoción de la autonomía y el desarrollo de todas las potencialidades de la persona.

El **Servicio de Investigación Social** se integra dentro del Centro de Conocimiento de Fundación EDE y cuenta con una amplia trayectoria en investigación en el ámbito de la intervención social. Desde el mismo se apuesta por reforzar la importancia de conocer para actuar, conectando las investigaciones con las funciones de planificación e innovación.

Entendiendo que a través de la investigación se genera conocimiento orientado a la transformación social, en este proyecto se ha conferido una especial importancia a la participación de las personas y organizaciones que son objeto de estudio y en última instancia destinatarias del mismo.

## 2.- MARCO CONCEPTUAL

### 2.1.- Los derechos de las personas con discapacidad

Son diversas las iniciativas del marco normativo (internacional, europeo, estatal y autonómico) que incorporan importantes avances en el reconocimiento y garantía de los derechos de las personas con discapacidad, dirigidos a asegurar su efectiva igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, su inclusión social, autonomía personal, vida independiente, participación activa y desarrollo en todos los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social, y que comportan nuevos retos en la intervención y en los itinerarios de apoyo para promoción de capacidades y autonomía de estas personas.

En particular, la **Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad**<sup>1</sup>, tiene por objeto *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 el respeto de su dignidad inherente.*

Por personas con discapacidad la Convención *incluye aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.*

La aprobación de la Convención deja claro que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos, que las personas con discapacidad no son “objeto” de políticas caritativas o asistenciales, sino que son “sujetos” de derecho. Por tanto, las desventajas sociales que sufren no deben eliminarse como consecuencia de la “buena voluntad” de otras personas o de los Gobiernos, sino que deben eliminarse porque dichas desventajas son violatorias del goce y ejercicio de sus derechos humanos.

Además la Convención reconoce *la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones* y hace varias referencias a la Igualdad de Oportunidades y Autonomía Personal en su articulado:

El Art. 3.a., dedicado a los principios que inspiran esta Convención, se señala *el respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.*

El Art. 19 (Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad) dispone que *los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad.* Entre otras cosas, esto comporta que *las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta.*

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2006.

El Art. 26 (habilitación y rehabilitación) señala que *los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.*

A nivel estatal, la **Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**<sup>2</sup> se inspira en el principio de *la promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.*

También en su art. 13 (objetivos de las prestaciones de dependencia) afirma que *la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberá orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades.*

En Euskadi, la **Ley 12/2008, de 5 de diciembre de Servicios Sociales**<sup>3</sup> en su art. 8.c., dedicado a modelo de atención e intervención, apunta que *se diseñará el tipo de intervención adecuada a cada caso, sobre la base de una evaluación de necesidades y en el marco de un plan de atención personalizada, que, al objeto de garantizar la coherencia y la continuidad de los itinerarios de atención, deberá elaborarse con la participación de la persona usuaria y deberá incluir mecanismos de evaluación y revisión periódica que permitan verificar la adecuación del plan a la evolución de las necesidades de la persona.*

Por otro lado, y avanzando en las líneas apuntadas en el Plan Estratégico 2004-2008 "Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental", es preciso mencionar la **Estrategia de Salud Mental de la CAPV**<sup>4</sup> (ESM-2010) del Consejo Asesor de Salud Mental en Euskadi.

La ESM-2010 adopta, en consonancia con los documentos estratégicos anteriores y buscando garantizar la seguridad al mismo tiempo que respetar los derechos de los y las pacientes, un modelo organizativo de tipo comunitario para la atención a la salud mental, el denominado 'Community based mental health model', referente europeo prácticamente universal.

También el **III Plan Vasco de Inclusión Activa (2012-2016)**<sup>5</sup> establece como segundo objetivo estratégico el de *fomentar la inclusión social mediante la activación desde los Servicios Sociales para favorecer la integración social, la autonomía y el bienestar social de todas las personas, familias y grupos, mediante el desarrollo de sus funciones promotora, preventiva, protectora y asistencial, y a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional, reforzando sus servicios en las situaciones de vulnerabilidad, riesgo y/o exclusión social.* Dentro de este objetivo estratégico se especifica el objetivo general 2.3 de *adecuar la atención a las necesidades de las personas más vulnerables: elaboración de herramientas comunes que faciliten la determinación de la intensidad de apoyo requerida por las personas demandantes de Servicios Sociales y de otros ámbitos de intervención, según las necesidades detectadas.*

---

<sup>2</sup> España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, p. 44142

<sup>3</sup> País Vasco. Ley 12/2008, de 5 de diciembre de 2008, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del País Vasco*, 24 de diciembre de 2008, núm. 246, p.31840.

<sup>4</sup> EUSKO JAURLARITZA-GOBIERNO VASCO. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Estrategia en Salud Mental de la CAPV (ESM-2010)*. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo, 2010.

<sup>5</sup> EUSKO JAURLARITZA-GOBIERNO VASCO. DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y ASUNTOS SOCIALES. *III Plan Vasco de inclusión Activa 2012-2016*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza- Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, 2012.

Por otro lado, cabe señalar el reconocimiento explícito que este plan hace a las organizaciones del Tercer Sector como agente promotor del cambio social así como con el trabajo que desarrolla con colectivos en situación o riesgo de exclusión social (objetivo estratégico 7)

Por último, cabe señalar el **Plan para la Participación y Calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia 2010-2013**<sup>6</sup>, tiene como objetivo *mejorar la actuación de las personas, instituciones y entidades que participan en la atención y promoción de las personas con discapacidad y sus familias en Bizkaia.*

El Plan señala que *este Modelo de Participación y Calidad de Vida nace del propio recorrido que vienen realizando las entidades de iniciativa social del sector de la atención a la discapacidad en Bizkaia. Se nutre de los avances obtenidos por aquellas organizaciones que representan, atienden y prestan servicios a las personas con discapacidad y sus familias, tales como el modelo de calidad (con sus componentes de calidad de vida, calidad de gestión y ética), compromiso ético y valores coherentes con dicho modelo, el movimiento de vida independiente, autonomía personal y desarrollo en el entorno comunitario, planificación centrada en la persona, etc.*

La orientación hacia visión y la consecución de esta finalidad son premisas indispensables para que las personas con discapacidad consigan:

- calidad de vida
- satisfacción personal en todos los ámbitos
- realización de su proyecto personal de vida

## **2.2.- Caracterización de las personas con enfermedad mental**

La Guía de Estilo elaborada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES)<sup>7</sup> define un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc., lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

En cuanto a las causas, cabe señalar que el trastorno mental no responde a modelos simples del tipo causa-efecto. Las causas de las enfermedades mentales son múltiples, y en algunos casos desconocidas. Se sabe qué factores como alteraciones en la química del cerebro y otros mecanismos biológicos, predisposición genética, factores ambientales y culturales, lesiones cerebrales, consumo de sustancias, etc. pueden influir poderosamente en su aparición y curso, pero no se conoce con exactitud ni en qué grado impacta cada uno de estos factores, ni qué combinaciones se producen significativamente en cada caso.

Los trastornos mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. A nivel mundial, y de acuerdo con los estimados proporcionados en el Informe de Salud Mundial 2001 de la OMS,

---

<sup>6</sup>DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA. DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SOCIAL. *Plan de acción para la participación y la calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia 2010-2013*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social, 2010.

<sup>7</sup>CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEAFES). *Salud mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), 2003.



alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales y una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida<sup>8</sup>.

Resulta complicado realizar estimaciones precisas en relación a la población de personas con enfermedad mental en nuestro entorno. Según la Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008<sup>9</sup> elaborada por el INE, en España el número de personas con alguna discapacidad o limitación es de 3.847.900 personas, de los cuales 1.547.700 (40,2%) son hombres y 2.300.200 (59,8%) son mujeres.

En Euskadi, y en base a estos mismos datos, las personas con discapacidad podrían rondar las 169.400 personas. Las mujeres representarían el 59,7% de este grupo (101.2000 personas) mientras que el 40,3% son hombres (68.200 personas).

Esta misma encuesta estima que en Euskadi habría un total de 27.600 personas con “deficiencias mentales” de las cuales 14.000 (el 50,7%) serían mujeres y 13.600 (49,3%) hombres. No obstante, cabe señalar que la categoría “deficiencias mentales” se están considerando diagnósticos variados como “Retraso madurativo; Deficiencia intelectual profunda y severa; Deficiencia intelectual moderada; Deficiencia intelectual ligera; Inteligencia límite; Demencias; Enfermedad mental; y Otros trastornos mentales y del comportamiento”.

Los datos ofrecidos por la Encuesta de Salud del País Vasco elaborada en 2013 (ESCAV-2013)<sup>10</sup>, el 24,3% de las mujeres y el 15,5% de los hombres presentaron síntomas de ansiedad y/o depresión.

Además, y teniendo en cuenta los datos publicados en 2010 por el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia en el Plan para la Participación y Calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia 2010-2013<sup>11</sup>, hay 64.257 personas en Bizkaia con discapacidad, lo que representa el 5,56% de la población del territorio histórico. De ellas, 13.048 personas tienen diagnosticada una enfermedad mental, lo que supondría aproximadamente el 1,13% del total de la población vizcaína<sup>12</sup>.

Además de la magnitud cuantitativa, es preciso tener en cuenta la diversidad existente entre las personas con enfermedades mentales graves. Las personas con enfermedad mental representan un colectivo heterogéneo, con personas que pueden llevar una vida normal, y también personas con distintas intensidades en sus dificultades a la hora de desarrollar las distintas actividades.

Según los criterios de clasificaciones internacionales como la CIE-10 de *trastornos mentales y del comportamiento*<sup>13</sup> de la OMS, los grupos de diagnósticos que dan lugar a la aparición de una situación valorada como enfermedad mental grave son:

---

<sup>8</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *El informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevo entendimiento, nueva esperanza*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001.

<sup>9</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 (EDAD, 2008). Disponible en Web: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>>

<sup>10</sup> EUSTAT. Encuesta de Salud del Gobierno Vasco 2013 (ESCAV-20103). Disponible en Web: <[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85gkgnr100/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta\\_salud/es\\_escav/encuesta\\_salud.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85gkgnr100/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/encuesta_salud.html)>

<sup>11</sup> VEGA, CÓRDOBA, V. *Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en centros residenciales permanente chilenos. Tesis doctoral*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 2011.

<sup>12</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Cifras de Población. Estadística del Padrón Continuo. Datos Municipales (explotación a 1 de enero de 2013). Disponible en Web: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2Fp05%2F%2Fa2013>>

<sup>13</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992.

- **Esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos:** se caracteriza por los trastornos del pensamiento, alucinaciones y síntomas negativos; suele conllevar gran afectación de las funciones de relación social. Se produce un grave deterioro de la evaluación de la realidad que interfiere en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida. Estas distorsiones provienen de la percepción del pensamiento y de las emociones.
- **Trastorno Bipolar y grupo de los trastornos afectivos mayores:** se caracteriza por las fases de alteración severas del estado de ánimo y el nivel de la actividad de la persona que lo padece (episodios maníaco-depresivos).
- **Trastornos de la Personalidad:** es una alteración de la personalidad, de la forma de vivir, de la forma de ser y de relacionarse con el entorno. La patología viene dada por agrupaciones de rasgos peculiares (no síntomas clínicos) que hacen sufrir a la persona o le generan importantes conflictos en la relación interpersonal y/o social.

### 2.3.- La estigmatización de las personas con enfermedad mental

Las personas con enfermedad mental tradicionalmente han tenido dificultades para ser aceptadas como un colectivo social más y con ello susceptible de la necesidad de ayuda. Esta situación discriminatoria ha conducido a una estigmatización endémica de las personas con enfermedad mental.

Tal y como se señala en el informe *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV*<sup>14</sup>, el estigma es un atributo profundamente desacreditante que ocasiona que quien los soporta pase de ser una persona “normal” a una persona “contaminada”, rebajada en su condición social. Subrayada esta diferencia, resulta muy difícil para la persona ser aceptada como tal persona, con su dignidad y sus derechos, como todas las personas.

El estigma social no se manifiesta de igual forma en todas las enfermedades mentales. Así por ejemplo, en los trastornos del estado de ánimo (depresión), trastornos de ansiedad (ansiedad, fobia, trastorno obsesivo, trastorno por estrés) y trastornos alimentarios (bulimia, anorexia) no se produce el mismo tipo de estigma social que en los trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) o en determinados trastornos de la personalidad (paranoide, límite...). Es fundamentalmente en estos casos donde el estigma social se manifiesta en comportamientos de miedo y rechazo por parte de la sociedad, debido a la frecuente vinculación de la imagen de estas enfermedades con episodios de violencia.

A pesar de ello, y tal y como concluye el citado informe, la realidad del estigma social afecta al conjunto de personas con enfermedad mental provocando implicaciones negativas en todas sus dimensiones de calidad de vida, tanto debidas a la discriminación y rechazo de quienes les rodean y de la sociedad, como debidas a su propio auto-rechazo (autoestigma):

- En su **bienestar emocional:** ya que el estigma les genera sentimientos de culpabilidad y gran sufrimiento ante la no aceptación y rechazo de la sociedad, les hace sentirse

<sup>14</sup> FEDERACIÓN DE EUSKADI DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEDEAFES). *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental de la CAPV*. Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES), 2014.

condicionados por lo que otros piensan y dicen. Asimismo el estigma social les genera angustia y tristeza, desmotivación y desilusión para plantearse y llevar a cabo su proyecto de vida. Implica su aceptación de sí mismos/as, baja autoestima y sentimientos de vergüenza que le llevan a su aislamiento y soledad.

- En sus **relaciones interpersonales**: el estigma social genera rechazo de las personas que le rodean, incluso las más cercanas: familiares, amigos... Las personas con enfermedad mental tienden a ocultar su enfermedad para evitar el rechazo de las demás personas. Tienen dificultades para encontrar pareja y también para mantener e iniciar relaciones de amistad con otras personas.
- En su **bienestar material**: una de las implicaciones del estigma social es la dificultad para acceder y mantener el empleo, en la mejora de su capacitación profesional a través de la formación y de la promoción laboral. En muchos casos, sus opciones de actividad y ocupación suelen desarrollarse en modalidad de empleo protegido, o bien en otros recursos de carácter ocupacional (centro ocupacional) o en centros de día. Además, la propia enfermedad y la medicación les supone dificultades para desarrollar una actividad laboral normalizada. Lógicamente, esta situación tiene implicaciones directas sobre las posibilidades económicas de estas personas, lo que implica un futuro de dependencia económica tanto de su familia como de la Administración Pública que determina las pensiones a las que tiene derecho.
- En su **desarrollo personal**: siendo frecuentes sus sentimientos de estancamiento en su desarrollo personal con respecto al desarrollo que observan en las demás personas de su entorno. El estigma social también tiene implicaciones en la negación de sus capacidades y de sus potencialidades, sintiéndose en un “estatus de inferioridad”.
- En su **bienestar físico**: la negación de la enfermedad y la vergüenza que provoca el estigma social, implica que las personas rechacen o retrasen la aceptación del diagnóstico y tratamiento, así como otros apoyos que se les brindan, tanto en el ámbito de salud como en el de los servicios sociales y también por las organizaciones sociales. A los efectos que ya de por sí tiene la enfermedad en el deterioro físico de la persona, se suma, en muchos casos, el retraso en el diagnóstico e intervención adecuada, provocado por la realidad del estigma social, que implica una peor evolución de la enfermedad y sus consecuencias.
- En su **autodeterminación**: el rechazo de las demás personas y su no aceptación y rechazo, les conduce a la negación de sus capacidades y potencialidades, negando también su capacidad para decidir y desarrollar su proyecto de vida. También esta negación de su capacidad para decidir y desarrollar su proyecto de vida se produce, en muchos casos, desde sus familiares y profesionales de apoyo, como consecuencia de situaciones de sobreprotección e incredulidad ante sus posibilidades de desarrollo.
- En su **inclusión social**: el estigma social provoca el aislamiento y soledad de estas personas. Tanto el rechazo de las demás personas como su propio auto-rechazo limita sus oportunidades y posibilidades de participación en todos los ámbitos de la comunidad que hacen posible su inclusión social: educación, empleo, ocio...
- En la **protección y defensa de sus derechos**. el estigma social implica la negación de derechos de estas personas: en muchos casos se decide por ellos y ellas sin preguntarles, desde la convicción de que no saben, no pueden, no son capaces... Por otro lado, el propio autoestigma dificulta que estas personas creen en sí mismas y, en consecuencia, su empoderamiento para proteger, defender y ejercer sus derechos.

La realidad del estigma social también afecta a las familias de las personas con enfermedad mental. Con frecuencia les supone sentimientos de vergüenza y no aceptación de su familiar con enfermedad mental, culpabilidad, sufrimiento, incertidumbre ante el futuro. De igual modo perciben el rechazo del entorno, de otros familiares... en muchos casos también ocultan

la situación y temen que públicamente se les relacione con las organizaciones sociales de enfermedad mental a las que acuden en busca de información, ayuda, apoyos...

Las familias que también son víctimas y parte de este estigma social a veces incurren en actitudes de sobreprotección hacia sus familiares con enfermedad mental, dado que pierden la confianza en sus capacidades y les ven como personas muy dependientes y vulnerables ante esa sociedad que les estigmatiza.

#### **2.4.- El concepto de Calidad de Vida**

Aunque el interés por la calidad de vida ha existido siempre, puede decirse que la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. Cada vez es más recurrente el uso de este término y ha sido especialmente en las últimas décadas cuando ha ido adquiriendo especial interés por parte de la comunidad científica, profesionales, organizaciones y, progresivamente, se está convirtiendo en un eje central de las políticas sociales.

La OMS ha definido la Calidad de Vida 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. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros*<sup>15</sup>.

En la actualidad el concepto de calidad de vida es utilizado como una noción sensibilizadora que proporciona una referencia y orientación desde la perspectiva del individuo centrado en la persona y en su ambiente y que también se emplea como constructo social para mejorar el bienestar de la persona y contribuir al cambio social<sup>16</sup>.

Este concepto se ha posicionado como el principal marco de referencia conceptual y de evaluación en el ámbito de la discapacidad así como en otros colectivos en riesgo de exclusión social. Del mismo modo, se ha convertido en el eje central de los programas y servicios para personas con discapacidad así como para otros colectivos en riesgo de exclusión social<sup>17</sup>.

La investigación realizada en la última década ha servido para desarrollar el modelo teórico, identificar las dimensiones y sus indicadores centrales, y guiar su aplicación en la planificación centrada en la persona, en la evaluación de resultados y en la mejora de la calidad

Aunque las diferentes áreas que componen la calidad de vida y sus indicadores pueden variar entre los diferentes modelos propuestos existe un claro consenso en aceptar que cualquier modelo explicativo ha de ser multidimensional, que debe representar el constructo completo y que, en cualquier caso, son las personas las que determinan qué es importante para ellas.

Uno de los modelos de calidad de vida que más consenso suscita es el propuesto por Schallock y Verdugo. Estos autores definen la calidad de vida como un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades universales y propiedades ligadas

---

<sup>15</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Evaluación de la Calidad de Vida. Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida? Grupo WHOQOL*. En Foro Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 1996.

<sup>16</sup>SCHALLOCK, R., BROWN, I., BROWN, R., CUMMINS, R., FELCE, D., MATIKKA, L., KEITH, K. Y PARMENTER, T. *Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts*, 2002, 40 (5), 390–405 citado en VEGA, CÓRDOBA, V. *Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en centros residenciales permanente chilenos. Tesis doctoral*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 2011.

<sup>17</sup>VERDUGO, M. A., JORDÁN DE URRÍES, F. B., MARTÍN-INGELMO, R., RUIZ, N. Y SANTAMARÍA, M. *Impacto social del programa ECA Caja Madrid de empleo con apoyo*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), 2010.

a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciado por características personales y factores ambientales<sup>18</sup>.

En cuanto a su medición, los autores defienden que hace referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, tiene en cuenta el contexto de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas e incluye experiencias humanas comunes y experiencias vitales únicas<sup>19</sup>.

El modelo de calidad de vida se operativiza a través de dimensiones, indicadores y resultados personales. Las **dimensiones** básicas de calidad de vida se entienden como “un conjunto de factores que componen el bienestar personal”<sup>20</sup>. Las dimensiones de calidad de vida propuestas en el modelo son:

1. **Bienestar Emocional** que tiene en cuenta los sentimientos como la satisfacción, tanto a nivel personal y vital, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad-inseguridad y de capacidad-incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión.

2. **Relaciones Interpersonales** a partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,) y si manifiesta sentirse querido por las personas importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes.

3. **Bienestar Material** que contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan una calidad de vida confortable, saludable y satisfactoria.

4. **Desarrollo Personal** que tenga en cuenta las competencias y habilidades sociales, la utilidad social, la participación en la elaboración del propio Plan Personalizado de Apoyo. El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de nuevas o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación.

5. **Bienestar Físico** desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.); tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y cómo inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. El bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayudas técnicas si las necesita.

6. **Autodeterminación** que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. En ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y permiten que la persona tenga la opción de defender ideas y opiniones. La autonomía personal, como derecho fundamental que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia.

---

<sup>18</sup> SCHALOCK, R. L. Y VERDUGO, M. A. *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero, 2007, Vol. 38 (4), nº 224, 21-36.*

<sup>19</sup> VERDUGO, M. A., GÓMEZ L.E., ARIAS, B., Y SANTAMARÍA, M., CLAVERO, D., TAMARIT, J. *Escala INICO-FEAPS. Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo.* Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), 2013.

<sup>20</sup> SCHALOCK, R. L. Y VERDUGO, M. A. *Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002/2003* [Traducido al castellano por M. A. Verdugo y C. Jenaro. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales.* Madrid: Alianza, 2003].

7. **Inclusión Social** valorando si se da rechazo y discriminación por parte de los demás. Podemos valorarlo a partir de saber si su red de amistades es amplia o limitada, si utiliza entornos de ocio comunitarios. La inclusión puede medirse desde la participación y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social.

8. Defensa de los **Derechos** que contempla el derecho a la Intimidad, el derecho al respeto medible desde el trato recibido en su entorno. Es importante indagar sobre el grado de conocimiento y disfrute de los derechos propios de ciudadanía.

A su vez, las dimensiones se operativizan mediante **indicadores centrales**, que se definen como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona”.

La evaluación de la situación personal o de las aspiraciones de la persona en estos indicadores se refleja en los **resultados personales**, que se definen como “aspiraciones definidas y valoradas personalmente”<sup>21</sup>.

## **2.6.- Instrumentos de medición de la Calidad de Vida:**

El énfasis actual en la intervención y en la mejora de los resultados personales relacionados con la calidad de vida conlleva la necesidad de disponer de **instrumentos de evaluación útiles**, que permitan determinar la situación real de cada persona y establecer las líneas de intervención que se deberían seguir para desarrollar planificaciones centradas en la persona.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para varios propósitos que incluyen:

- La evaluación objetiva de las necesidades de las personas y sus niveles subjetivos de satisfacción.
- La evaluación de los resultados de los programas, estrategias y actividades dirigidas a la mejora de la calidad llevadas a cabo por los servicios humanos y sociales.
- La recogida de información relevante que sirve de dirección y guía para la provisión de servicios.
- La planificación y formulación de políticas dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas, con o sin discapacidad, y la calidad de las organizaciones proveedoras de servicios sociales a distintos colectivos en situación de riesgo o exclusión y con necesidades de apoyo.

Una revisión acerca de los instrumentos existentes para evaluar la calidad de vida de las personas con discapacidad pone de manifiesto que el desarrollo de tales instrumentos es acorde a la evolución del concepto. Así, se pueden clasificar según la perspectiva de calidad de vida con la que fueron diseñados; esto es, recogiendo la perspectiva o percepción de la persona con discapacidad, reflejando la valoración u observación de un tercero que la conoce bien (persona próxima: profesional, familiar, tutor legal, etc.), o desde una perspectiva integradora que combina ambas.

---

<sup>21</sup>SCHALOCK, R. L., GARDNER, J. F. Y BRADLEY, V. J. *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities. Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2007 [Traducido al castellano por E. JALAIN. *Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo*. Madrid: FEAPS, 2009].

De este modo, si se pretende evaluar resultados personales y desarrollar programas centrados en la persona, se deben utilizar instrumentos cumplimentados por la persona cuya calidad de vida se quiere evaluar. Por el contrario, cuando el objetivo consiste en llevar a cabo la evaluación de programas, la mejora de la calidad de los servicios o evaluar cambios organizacionales de una forma sensible se recomienda utilizar informes de otras personas basadas en la observación directa de experiencias y circunstancias personales<sup>22</sup>.

Existen múltiples de instrumentos orientados a medir la calidad de vida tanto de la población en general como de determinados colectivos. A continuación se destacan algunos de los más conocidos de cara a evaluar la calidad de vida en las personas con enfermedad mental:

NOMBRE	PERFIL DE APLICACIÓN	APLICACIÓN	OBSERVACIONES
<b>Escala Calidad de Vida – GENCAT (2008)</b> <sup>23</sup>	Cualquier persona usuaria de los servicios sociales con una edad mínima de 18 años.	El cuestionario administrado con respuestas escala lickert del 1 al 4  El cuestionario debe ser cumplimentado por un profesional que esté trabajando en el campo de los servicios sociales.  Evalúa un total de 69 ítems y 8 dimensiones.	Se basa en el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo  Esta escala presenta algunos problemas a la hora de evaluar la calidad de vida en personas con un grave deterioro cognitivo.  No es un instrumento específico para las personas con enfermedad mental
<b>WHOQOL-BREF (2000)</b> <sup>24</sup>	Personas adultas, tanto personas sanas como pacientes	Se trata de un cuestionario autoadministrado con respuestas escala lickert del 1 al 5.  El Instrumento original es el cuestionario WHOQOL-100, que comprende 100 ítems y 6 dimensiones. Posteriormente se desarrolló la versión resumida, el WHOQOL-BREF de 26 ítems y 4 dimensiones.	Reconocimiento de la naturaleza multidimensional de la calidad de vida  Se centra en la calidad de vida percibida por el paciente por lo que no se espera que mida los síntomas, la enfermedad o la condición en sí sino los efectos de la enfermedad y las intervenciones sanitarias en la calidad de vida.  Se trata de un instrumento genérico, multinacional y multilingüe.
<b>Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (1997)</b> <sup>25</sup>	Personas adultas con esquizofrenia	Está compuesta por dos escalas: la Escala F o escala de aspectos favorables y la Escala D o escala de aspectos desfavorables con respuestas escala lickert del 1 al 5.  Se trata de una entrevista realizada por una tercera persona entrenada para ello.	

<sup>22</sup>VERDUGO, M. A., GÓMEZ L.E., ARIAS, B., Y SANTAMARÍA, M., CLAVERO, D., TAMARIT, J. *Escala INICO-FEAPS. Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), 2013.

<sup>23</sup>VERDUGO, M.A., SCHALOCK, R., GÓMEZ, L. Y ARIAS, B. *Escala GENCAT. Formulario de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 2009.

<sup>24</sup>THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization Quality of life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 1998. p551-558.

<sup>25</sup>GINER, J., IBAÑEZ, E., BACA, E., BOBES, J., LEAL, C., CERVERA, S., *Desarrollo del cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)*. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 1987; 13:261-76.



<b>Entrevista de Calidad de Vida de Lehman (1995)<sup>26</sup></b>	Personas con enfermedad mental crónica	Existen dos versiones de este instrumento: la versión completa con 158 ítems y la versión abreviada con 78 ítems.  Se trata de una entrevista muy estructurada realizada por una tercera persona entrenada para ello.	Proporciona un indicador objetivo de calidad de vida, uno subjetivo y una medida de satisfacción global.
<b>Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia QLS (1984)<sup>27</sup></b>	Personas con esquizofrenia sin hospitalizar	Se trata de una entrevista semiestructurada realizada por una tercera persona.  Se evalúan 21 ítems agrupados en 4 áreas básicas	La escala se desarrolló tomando como constructo base la importancia de las manifestaciones de déficit en el proceso esquizofrénico.

<sup>26</sup> LEHMAN, A.F. *A Quality of Life Interview for the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planning*. 1988; 11, 51-62 [Traducido al español por BOBES, J., GONZALEZ, M.P. Y BOUSOÑO, M. *Calidad de Vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J.R. Prous, 1995].

<sup>27</sup> HEINRICHS, D.W., HANLON, T.E. Y CARPENTER, W.T. *The Quality of Life Schale: An Instrument of rating the squizohrenic deficit syndrome. Schizophrenia Bulletin*. 1984; 10,388-399 [Traducido al español por RODRIGUEZ FORNELLS, A. RODRIGUEZ MARTINEZ A., JARNE ESPARCIA, A., SOLER PUJOL, R., MIARONS, TUNEU, R., GRAU FERNANDEZ, A. *Estudio Factorial y Adaptación de la Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia*. Revista de psicología general y Aplicada. 1995; 48 (3) 353-365].



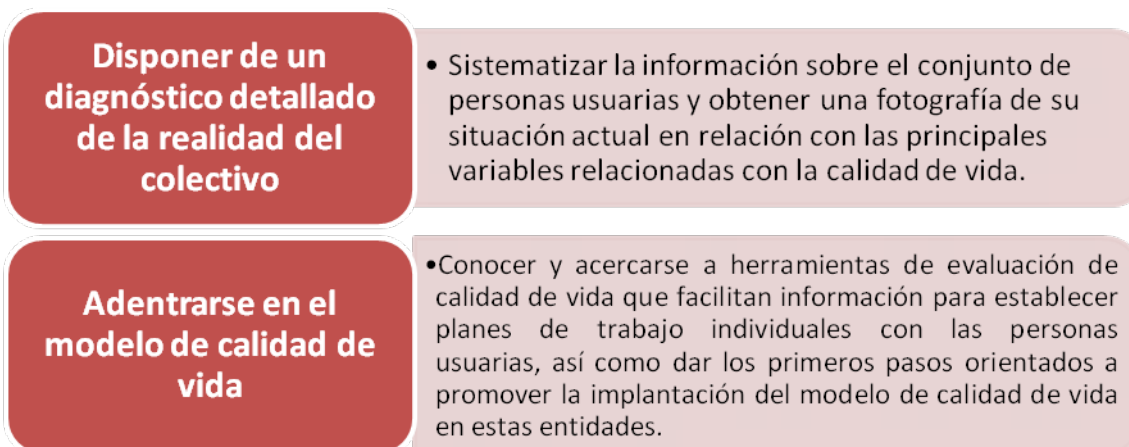
### 3.- METODOLOGÍA

#### 3.1.- Objetivos

Como se ha dicho, la finalidad última de este estudio es contribuir a adecuar las condiciones de respuesta del Sistema de Salud y Servicios Sociales en la atención del colectivo de personas con enfermedad mental, desde la perspectiva del modelo de calidad de vida. Para alcanzarla nos proponemos identificar los itinerarios óptimos de intervención con el colectivo de personas con enfermedad mental y de abordaje coordinado en los ámbitos social y sanitario.



El desarrollo del proyecto ofrece también a las entidades que forman parte de FEDEAFES la posibilidad de:



El enfoque del estudio permite un acercamiento al tema objeto de análisis desde una perspectiva abierta y multidimensional que considera a los agentes sociales implicados copartícipes de la reflexión. Desde esta óptica se han alcanzado también los siguientes objetivos:



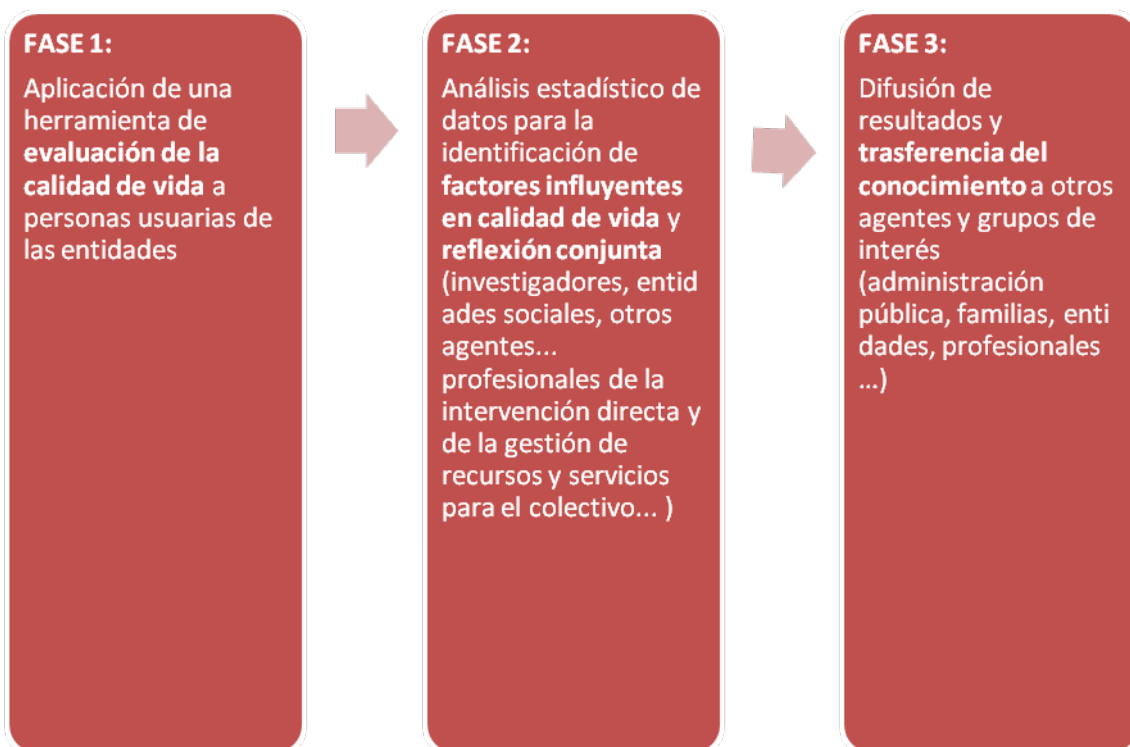
### 3.2.- Proceso metodológico

Para la consecución de la mayor parte de los objetivos del estudio a desarrollar se ha optado por la **metodología cuantitativa**. Este método busca describir y explicar los fenómenos de forma que se pueda llegar a formular generalizaciones que existen objetivamente y que se vincula al conocimiento sistemático comprobable y comparable, medible y replicable.

Más concretamente se trata de recoger datos en relación con el índice de calidad de vida y sus dimensiones para el conjunto de casos estudiados y analizarlos para identificar asociaciones entre determinadas variables y el índice de calidad de vida.




El estudio cuenta también con una parte de corte **cualitativo** que ha permitido complementar y profundizar en algunos de los aspectos abriendo la reflexión sobre la realidad observada a distintos agentes implicados.

El proyecto ha comprendido tres fases diferenciadas:



### 3.3.- Técnicas

A continuación se ofrece un cuadro síntesis que asocia cada una de las técnicas empleadas con el objetivo alcanzado con cada una de ellas:

TÉCNICA	OBJETIVO
<b>1.Revisión documental</b> 	Contextualizar la investigación e identificar los instrumentos de medición de la calidad de vida.
<b>2. Sesiones de trabajo equipo motor</b> 	Diseñar la estrategia de trabajo, elegir los instrumentos de medición más oportunos, orientar el análisis de los datos, incorporar el análisis cualitativo a los resultados cuantitativos, elaborar las conclusiones y establecer orientaciones.
<b>3.Cuestionario</b> 	Recoger información sobre la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y otras variables independientes.
<b>4. Seminario de trabajo (diversos agentes)</b>	Validar las conclusiones y establecer orientaciones.

### **1.- Revisión documental:**

Se ha realizado una revisión documental orientada a identificar las distintas escalas e instrumentos de medición de la Calidad de Vida validados en trabajos precedentes que permitiera identificar aquellos instrumentos más oportunos para lograr los objetivos que se persiguen en esta investigación.

Uno de los principios que ha guiado esta búsqueda ha sido el interés por aplicar herramientas de medición de la calidad de vida no sólo desde el punto de vista de los y las profesionales que les atienden sino también desde la perspectiva de las propias personas con enfermedad mental.

Por otro lado, la búsqueda documental ha permitido establecer un marco de referencia del panorama general actual, es decir, situar el contexto de la investigación y constituir el soporte a partir del cual iniciar la reflexión.

### **2.- Sesiones de trabajo equipo motor:**

Se ha constituido un grupo motor que ha acompañado el desarrollo de las distintas acciones del proyecto. Este grupo está formado por personal del Servicio de Investigación Social de Fundación EDE – 2 personas con amplia experiencia en el ámbito de la investigación social aplicada y los procesos de generación de conocimiento-; por 6 profesionales de las entidades que forman FEDEAFES (profesionales de intervención directa y responsables); y 2 profesionales de FEDEAFES.

Durante la primera fase del proyecto este equipo se ha reunido (presencial y virtualmente) para orientar el proyecto, aportar información de contexto, establecer criterios para delimitar el objeto de estudio y la selección de participantes, elegir la herramienta de recogida de información, acordar criterios para el desarrollo del trabajo de campo, establecer hipótesis de trabajo, etc.

Concretamente se han organizado dos sesiones de trabajo presencial en las que el grupo ha podido participar activamente tanto en el diseño de la investigación como en la revisión del informe completando cualitativamente el análisis cuantitativo realizado por el equipo investigador.

Participantes de la 1ª sesión:	Participantes de la 2ª sesión:
Mari Jose Cano (Gerente FEDEAFES), Amaia Arbaiza (Responsable de proyectos FEDEAFES), Ruth Encinas (Gerente AGIFES), Yolanda Iglesias (Psicóloga y directora de programas AGIFES), Naiara Gabiña (Responsable programa alojamiento y grupo de gerentes ASASAM), Gurutze Villanueva (Trabajadora Social ASASAM), Justine Gestoso (Técnico de empleo ASAFES), Endika Minguela (Técnico del Centro Especial de Empleo ASAFES), Ainara Canto (Responsable Servicio de investigación Social de Fundación EDE) e Irama Vidorreta (Técnico Servicio Investigación Social de Fundación EDE).	Mari Jose Cano (Gerente FEDEAFES), Amaia Arbaiza (Responsable de proyectos FEDEAFES), Ruth Encinas (Gerente AGIFES), Yolanda Iglesias (Psicóloga y directora de programas AGIFES), Naiara Gabiña (Responsable programa alojamiento y grupo de gerentes ASASAM), Gurutze Villanueva (Trabajadora Social ASASAM), Endika (Técnico del Centro Especial de Empleo ASAFES) y Ainara Canto (Responsable Servicio de investigación Social de Fundación EDE).

Cabe destacar que el proceso de trabajo del equipo motor se ha concebido como una construcción colectiva que parte de un diagnóstico que las personas implicadas realizan y que deriva en la identificación de acciones y cambios para poner en marcha. Es una fórmula de participación para la resolución y cambio de la realidad así como un espacio de toma de conciencia en torno a las distintas realidades sobre las que se trabaja.

Se ha pretendido cualificar y transferir el conocimiento que se va generando a lo largo del trabajo a las propias entidades participantes. El análisis de los resultados ayuda a comprender mejor la naturaleza de los problemas, pero además, está produciendo por sí mismo acción generando temas para la reflexión colectiva (uso colectivo de los resultados o vuelta de la información a la comunidad), ligando el conocimiento y la práctica. En definitiva, el proceso que se ha seguido para el estudio tiene una doble finalidad: más allá de generar conocimiento se refuerzan las potencialidades de las personas participantes, tanto en el nivel de conocimiento como de la acción.

### 3.- Cuestionarios:

La recogida de información sobre las personas objeto de estudio se desarrolló entre los meses de enero y marzo de 2014 a través de un cuestionario específicamente diseñado para tal fin.

Puede diferenciarse entre datos relacionados con sus características personales, datos relativos a su situación contextual o ambiental, datos sobre su calidad de vida medida a través de una herramienta que considera la evaluación del profesional de referencia y datos en relación con la calidad de vida percibida por la propia persona con enfermedad mental.



La herramienta final incluye variables de diferentes instrumentos:

## **A) Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo, Schallock, Gómez y Arias, 2009)<sup>28</sup>.**

La Escala GENCAT de Calidad de Vida es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schallock y Verdugo. Se trata de una escala multidimensional diseñada para obtener el perfil de calidad de vida de un individuo. La escala fue pensada para ser utilizada como instrumento para la mejora continua de los servicios sociales, con la intención de que los planes de atención y apoyo que éstos realizan sean más personalizados y adecuados a las necesidades actuales y futuras de las personas usuarias.

Partiendo del marco teórico propuesto por Schallock y Verdugo, calidad de vida se entiende como un concepto multidimensional, compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, que está influido por factores tanto ambientales como personales, así como por su interacción, y que se mejora a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida. Su medición hace referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, tiene en cuenta el contexto de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas, e incluye tanto experiencias humanas comunes como experiencias vitales únicas<sup>29</sup>.

Se trata de una herramienta compuesta por 69 ítems agrupados en 8 dimensiones que permite realizar una evaluación objetiva de la calidad de vida de personas usuarias de servicios sociales mayores de 18 años. Del conjunto de datos registrados se obtendrá en última instancia el perfil de calidad de vida individual.

Todos los ítems están enunciados en tercera persona y pueden responderse con un formato de respuesta de frecuencia de cuatro opciones: nunca o casi nunca, a veces, frecuentemente, siempre o casi siempre. La puntuación mínima de cada ítem es de 1 y la máxima de 4. Estos ítems son respondidos por un o una profesional que debe conocer lo suficiente a la persona usuaria de un servicio siguiendo un manual de aplicación de la escala<sup>30</sup>.

Esta escala ha sido construida con rigor metodológico, combinando metodologías cuantitativas y cualitativas, y desarrollando un proceso de elaboración que ha servido como modelo en otros países para la construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto.

A continuación, se presenta una breve definición de cada una de las ocho dimensiones del modelo, así como los indicadores que comprenden dichas dimensiones:

TABLA 1: ÍTEMS Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA DE LA ESCALA GENCAT

CALIDAD DE VIDA	
ESCALA GENCAT (Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E. y Schallock, R L, 2009)	
<b>1. Bienestar emocional (BE)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se muestra satisfecho con su vida presente</li><li>2. Presenta síntomas de depresión</li><li>3. Está alegre y de buen humor</li><li>4. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad</li><li>5. Presenta síntomas de ansiedad</li></ol>

<sup>28</sup>VERDUGO, M.A., SCHALOCK, R., GÓMEZ, L. Y ARIAS, B. Escala GENCAT. Formulario de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 2009

<sup>29</sup>VERDUGO, M. A., SCHALOCK, R. L., KEITH, K. D. Y STANCLIFFE, R. *Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines*. Journal of Intellectual Disability Research, 2005.

<sup>30</sup>VERDUGO, M.A., SCHALOCK, R., GÓMEZ, L. Y ARIAS, B. *Escala GENCAT. Formulario de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 2009.

<p><b>2. Relaciones interpersonales (RI)</b></p>	<p>6. Se muestra satisfecho consigo mismo  7. Tiene problemas de comportamiento  8. Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad  9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.  10. Mantiene con su familia la relación que desea.  11. Se queja de la falta de amigos estables.  12. Valora negativamente sus relaciones de amistad.  13. Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.  14. Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.  15. Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.  16. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.  17. La mayoría de personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.  18. Tiene una vida sexual satisfactoria.</p>
<p><b>3. Bienestar material (BM)</b></p>	<p>19. El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores...)  20. El lugar donde trabaja cumple las normas de seguridad.  21. Dispone de los bienes materiales que necesita.  22. Se muestra descontento con el lugar donde vive.  23. El lugar donde vive está limpio.  24. Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.  25. Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.  26. El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.</p>
<p><b>4. Desarrollo personal (DP)</b></p>	<p>27. Muestra dificultades para adaptarse a las situaciones que se le presentan.  28. Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil...)  29. El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.  30. Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.  31. Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.  32. El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.  33. Participa en la elaboración de su programa individual.  34. Se muestra desmotivado en su trabajo.</p>
<p><b>5. Bienestar físico (BF)</b></p>	<p>35. Tiene problemas de sueños.  36. Dispone de ayudas técnicas si las necesita.  37. Sus hábitos de alimentación son saludables.  38. Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.  39. Tiene un buen aseo personal.  40. En el servicio al que acude se le supervisa la medicación que toma.  41. Sus problemas de salud le producen dolor o malestar.  42. Tiene dificultades de acceso a los recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general,...)  43. Tiene metas, objetivos e intereses personales.  44. Elige cómo pasar su tiempo libre.  45. En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.</p>
<p><b>6. Autodeterminación (AD)</b></p>	<p>46. Defiende sus ideas y opiniones.  47. Otras personas deciden sobre su vida personal.  48. Otras personas deciden sobre cómo gastar su dinero.  49. Otras personas deciden a la hora a la que se acuesta.  50. Organiza su propia vida.  51. Elige con quien vivir.  52. Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros...)  53. Su familia le apoya cuando lo necesita.  54. Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.  55. Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.  56. Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.  57. El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.  58. Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.  59. Es rechazado o discriminado por los demás.  60. Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).</p>
<p><b>8. Derechos (DR)</b></p>	<p>61. En su entorno es tratado con respeto.  62. Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.  63. Muestra dificultades para defender sus derechos cuando estos son violados.  64. En el servicio al que acude se respeta su intimidad.</p>

65. En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.
  66. Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales...).
  67. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).
  68. El servicio respeta la privacidad de la información.
  69. Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.
- 

Nuestra herramienta incluye el total de variables de esta escala a fin de asegurar un análisis coherente con los baremos ya validados por estudios precedentes.

## B) Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF)<sup>31</sup>

El cuestionario WHOQOL fue elaborado por la división de salud mental de la organización Mundial de la Salud (OMS) con el objetivo de desarrollar un instrumento de evaluación de calidad de vida que fuera aplicable a personas tanto sanas como enfermas o en situaciones difíciles y que además, permitiera comparaciones transculturales. En español están validadas dos versiones del WHOQOL:

El WHOQOL-100, que está compuesto por 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida global y la salud general. Consta de 6 áreas o dimensiones: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión/ creencias personales; y 24 facetas o aspectos. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta orinales tipo Lickert.

El WHOQOL-BREF, que contiene un total de 26 preguntas, dos preguntas de calidad de vida global y salud general y una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100. Produce un perfil de 4 áreas o dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta orinales tipo Lickert. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por pacientes, personal sanitario y personas de la población en general.

Las preguntas que contiene el WHOQOL son auto-evaluaciones de la calidad de vida de la persona. Es decir, que se trata de un cuestionario escrito autoadministrado que cumplimentan las propias personas usuarias.

Para este estudio se ha optado por analizar únicamente 2 de los 26 ítems que incluye el instrumento en su versión abreviada, concretamente aquellas cuestiones encaminadas a medir la calidad de vida y el estado de salud general de las personas con enfermedad mental.

Las alternativas de respuesta para las dos preguntas generales sobre calidad de vida y salud global de la persona usuaria oscilan desde “muy mal” a “muy bien” y desde “muy insatisfecho/a” a “muy satisfecho/a” respectivamente.

Se ha optado por utilizarlos como referencia “subjetiva” para complementar la visión “objetiva” del instrumento anterior, si bien debemos ser conscientes de que reducir su número para no complejizar el proceso de trabajo puede suponer ciertas limitaciones a la hora de interpretar los resultados.

---

<sup>31</sup> THE WHOQOL GROUP. *Development of the World Health Organization Quality of life Assessment*, Psychological Medicine, 28, 1998, 551-558.

TABLA 2: ITEMS Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF  
 WHOQOL-BREF (World Health Organization-WHO, 2000)

<b>0. Calidad de vida General</b>	1. En general, ¿cómo puntuaría su calidad de vida? 2.- ¿Está satisfecho-a con su salud?
<b>1. Salud física</b>	3. Dolor y malestar 4. Sueño y descanso 5. Energía y fatiga 6. Movilidad 7. Actividades diarias 8. Dependencia en sustancias médicas y ayudas médicas 9. Capacidad de trabajo
<b>2. Salud psicológica</b>	10. Sentimientos positivos 11. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración 12. Autoestima 13. Imagen corporal y apariencia 14. Sentimientos negativos 15. Espiritualidad, religión, creencias personales
<b>3. Relaciones sociales</b>	16. Relaciones personales 17. Apoyo social 18. Actividad sexual
<b>4. Ambiente</b>	19. Libertad, seguridad física 20. Ambiente del hogar 21. Recursos económicos 22. Sistema sanitario y social: accesibilidad y calidad 23. Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas 24. Participación en/y oportunidades de descanso, recreo/actividades de ocio 25. Ambiente físico (polución, ruido, tráfico, clima) 26. Transporte

Por otro lado, nuestra herramienta incluye para cada caso estudiado una serie de variables de identificación, tanto de carácter personal como ambiental. Esta información ha sido recogida al mismo tiempo que se ha aplicado la escala GENCAT por parte de él o la profesional de referencia.

En la siguiente tabla se exponen las variables concretas sobre las que se ha recogido información de cada persona usuaria de la muestra:

FACTORES PERSONALES	
<b>1. Sexo</b>	(1) Hombre (2) mujer
<b>*Año de nacimiento</b>	Abierta numérica (año)
<b>2. Edad</b> (2014 –Año de nacimiento)	A) Abierta numérica (nº años) B) (1) <30 años (2) 30-40 años (3) 41-50 años (4) Más de 50 años
<b>3. Edad del diagnóstico de enfermedad mental</b>	A) Abierta numérica (nº años) B) (1) <18 años (2) 18-25 años (3) 26-35 años (4) Más de 35 años



<b>4. Años de evolución de la enfermedad mental</b> (Edad actual – Edad del diagnóstico)	A) Abierta numérica (nº años) B) (1) <5 años (2) 5-10 años (3) >10 años
<b>5. Diagnóstico principal</b>	(1) Esquizofrenia (2) Trastorno Bipolar (3) Depresión Mayor (4) Trastornos de personalidad
<i>*Especificar diagnóstico principal:</i>	Abierta texto
<b>6. Patología dual (adicciones: drogas o alcohol)</b>	(1) Sí (2) No
<b>7. Otra discapacidad (física, intelectual, sensorial...)</b>	(1) Sí (2) No
<b>8. Otro diagnóstico añadido o patología asociada</b>	(1) Sí (2) No
<i>*Especificar otro diagnóstico añadido:</i>	Abierta texto
<b>9. Diagnósticos añadidos</b> (presencia patología dual o/y otra discapacidad o/y otro diagnóstico añadido)	(1) Con diagnósticos añadidos (2) Sin diagnósticos añadidos
<b>10. Porcentaje de discapacidad</b>	A) Numérica abierta (% minusvalía) B) (1) 33%-65% (2) Más de 65%
<b>11. Necesidad de apoyo (evaluación formal)</b>	(1) Grado I (dependencia moderada) (2) Grado II (dependencia severa) (3) Grado III (gran dependencia) (4) No ha realizado las pruebas de valoración (5) No se ha reconocido dependencia (autónomos/as)
<b>12. Incapacitación judicial</b>	(1) Sí (2) No
<b>13. Nº aproximado de ingresos en psiquiatría en el último año</b>	A) Numérica abierta (nº ingresos) B) (1) No ha sido ingresado/a en el último año (2) Un ingreso en psiquiatría (3) Dos o más ingresos en psiquiatría C) (1) No ha sido ingresado/a en el último año (2) Sí ha sido ingresado/a en el último año

#### FACTORES AMBIENTALES O CONTEXTUALES

<b>14. Forma de convivencia</b>	A) (1) Vive solo/a (2) Convive con familiares (3) Reside en un recurso de alojamiento o residencial (4) Otras formas de convivencia (convive con otras personas que no son familiares...) B) (1) Vive solo/a (2) Convive con otras personas fuera de un recurso o alojamiento
---------------------------------	--

<b>15. Estado civil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Soltero/a</li> <li>(2) Casado/a o pareja de hecho formalizada</li> <li>(3) Separado/a o divorciado/a</li> <li>(4) Viudo-a</li> </ul>
<b>16. Tenencia de pareja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Sí, actualmente tiene pareja</li> <li>(2) No, actualmente no tiene pareja</li> </ul>
<b>17. Requerimiento de apoyos (valoración profesional de referencia):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A) <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Sí requiere de apoyos, recibe mayoritariamente apoyo familiar.</li> <li>(2) Sí requiere de apoyos, recibe mayoritariamente apoyo profesional.</li> <li>(3) No recibe apoyos, es autónomo/a.</li> <li>(4) No recibe apoyos, aunque los necesita.</li> </ul> </li> <li>B) <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) No es autónomo: requiere de apoyos familiares, profesionales o ninguno de los dos aunque los necesite.</li> <li>(2) Es autónomo/a: No requiere de apoyos</li> </ul> </li> </ul>
<b>18. Nivel de estudios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Sin estudios o estudios primarios incompletos</li> <li>(2) Estudios primarios o equivalentes</li> <li>(3) Educación secundaria obligatoria</li> <li>(4) Estudios de bachillerato</li> <li>(5) Enseñanzas profesionales o equivalente</li> <li>(6) Estudios universitarios o equivalentes</li> </ul>
<b>19. Relación actual con la actividad laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A) <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Trabaja en empleo protegido (centro especial de empleo)</li> <li>(2) Trabaja en empleo ordinario con apoyo</li> <li>(3) Trabaja en empleo ordinario sin apoyo</li> <li>(4) En desempleo, buscando trabajo</li> <li>(5) Estudia (excluye la opción 4)</li> <li>(6) Otros/as inactivos/as (jubilado/a...)</li> </ul> </li> <li>B) <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Trabaja (empleo protegido, empleo ordinario con apoyo o empleo ordinario sin apoyo)</li> <li>(2) No trabaja</li> </ul> </li> </ul>
<b>20. Años de experiencia laboral a lo largo de la vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A) Numérica abierta (nº años)</li> <li>B) <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) No tienen experiencia laboral</li> <li>(2) Menos de 3 años</li> <li>(3) 3-5 años</li> <li>(4) Más de 5 años</li> </ul> </li> </ul>
<i>* Nombre del municipio de residencia</i>	<i>Abierta texto</i>
<b>21. Entorno de residencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Municipio Rural (no capitales de provincia)</li> <li>(2) Municipio Urbano o Capital (capitales de provincia)</li> </ul>
<b>22. Continuidad del tratamiento farmacológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A) <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Sí, sigue de manera continuada un tratamiento farmacológico</li> <li>(2) Sigue un tratamiento farmacológico aunque no de manera continuada</li> <li>(3) No, no sigue un tratamiento farmacológico</li> </ul> </li> <li>B) <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Sigue de manera continuada un tratamiento farmacológico</li> <li>(2) No sigue un tratamiento farmacológico de manera continuada.</li> </ul> </li> </ul>
<b>23. Continuidad del tratamiento psicológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Sí, sigue de manera regular un tratamiento psicológico</li> <li>(2) Sigue un tratamiento psicológico, aunque no de manera regular</li> <li>(3) No, no sigue un tratamiento psicológico</li> </ul>
<b>24. Tamaño de la red de apoyo informal (nº de amistades)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A) Numérica abierta (nº personas)</li> <li>B) <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Dos personas o menos</li> </ul> </li> </ul>

<b>íntimas o familiares cercanos)</b>	(2) Entre tres y nueve personas (3) Diez o más personas
<b>25. Servicios sociales que utiliza actualmente (independientemente de quién ofrezca esos servicios)</b>	
Servicio de ayuda a domicilio	(1) Sí (2) No
Servicio de Teleasistencia	(1) Sí (2) No
Servicio de alojamiento (piso o vivienda tutelada)	(1) Sí (2) No
Servicio residencial	(1) Sí (2) No
Servicio o centro de día	(1) Sí (2) No
Servicio o centro de ocupación	(1) Sí (2) No
Servicio de ocio y tiempo libre	(1) Sí (2) No
Servicio de atención psicosocial	(1) Sí (2) No
<b>26. Independencia económica</b>	(1) Sí, es independiente económicamente (2) No, no es independiente económicamente (3) Otras situaciones (en ocasiones sí...).
* <i>Especificar otras situaciones</i>	<i>Abierta texto</i>
* <i>Fuente principal de ingresos</i>	<i>Abierta texto</i>
<b>27. Procedencia de los ingresos</b>	A) (1) Los ingresos provienen fundamentalmente del sistema de servicios sociales (RGI, pensión no contributiva dependencia...) (2) Los ingresos provienen fundamentalmente del Régimen de Seguridad Social (incapacidad permanente, jubilación, orfandad...) (3) Los ingresos provienen fundamentalmente de su actividad laboral. (4) Los ingresos provienen fundamentalmente de otras fuentes.  B) (1) Los ingresos provienen fundamentalmente del Sistema de Servicios Sociales (RGI, pensión no contributiva dependencia...) (2) Los ingresos provienen principalmente de otras fuentes de ingresos
* <i>Especificar otras fuentes de procedencia</i>	<i>Abierta texto</i>
<b>28. Número de años aproximado como usuario/a de la asociación (FEDEFES)</b>	A) Numérica abierta (nº años)  B) (1) Menos de 3 años (2) Entre 3 y 5 años (3) Más de 5 años
<b>29. Servicio de la asociación de FEDEFES que utiliza Utiliza (actualmente)</b>	
Servicio de alojamiento	(1) Sí (2) No (3) No precede: No existe dicho servicio en la asociación, no

	opta a dicho servicio...
Servicio de carácter sociolaboral de la asociación (actualmente)	(1) Sí (2) No (3) No procede: No existe dicho servicio en la asociación, no opta a dicho servicio...
Servicio de atención psicosocial <sup>32</sup>	(1) Sí (2) No (3) No procede: No existe dicho servicio en la asociación, no opta a dicho servicio...
Servicio de intervención socioeducativa	(1) Sí (2) No (3) No procede: No existe dicho servicio en la asociación, no opta a dicho servicio...
Servicio de ocio y tiempo libre de la asociación	(1) Sí (2) No (3) No procede: No existe dicho servicio en la asociación, no opta a dicho servicio...
Otro servicio	(1) Sí (2) No (3) No procede: No existe dicho servicio en la asociación, no opta a dicho servicio...
* Especificar otros servicios	Abierta texto

#### 4.- Seminario de trabajo:

En la segunda fase del proyecto se ha organizado un seminario de trabajo para ampliar la mirada e involucrar en la reflexión del grupo motor a otros agentes (profesionales del ámbito de la salud, representantes de la administración pública, profesionales de intervención directa con el colectivo y profesionales vinculados a la gestión de recursos y servicios dirigidos al colectivo, etc.), con el fin de contrastar con ellos el análisis cuantitativo de identificación de factores asociados con la calidad de vida y además, ahondar en la reflexión hasta clarificar itinerarios óptimos de intervención y de abordaje coordinado para adecuar las condiciones de respuesta del sistema actual.

#### Participaron en la sesión presencial (17/06/2014):

Mari Jose Cano (Gerente FEDEAFES), Amaia Arbaiza (Responsable de proyectos FEDEAFES), Ruth Encinas (Gerente AGIFES), Yolanda Iglesias (Psicóloga y directora de programas AGIFES), Naiara Gabiña (Responsable programa alojamiento y grupo de gerentes ASASAM), Gurutze Villanueva (Trabajadora Social ASASAM), Ainara Canto (Responsable Servicio de investigación Social de Fundación EDE), Zuriñe Romeo (Técnica del Servicio de Investigación Social de Fundación EDE), Eguzkiñe de Miguel Aguirre (Directora Gerente de la RSMA), Gotzon Villano (Trabajador Social de RSMA), M<sup>a</sup> Jose Martínez (Trabajadora Social de la RSMB), Nerea Loizaga (Gerente de Fundación Argia) y Begoña Moraza (Diputación Foral de Álava).

#### Excusaron su asistencia:

Cristina Cortajarena (Responsable del CSM Llodio), Jose Antonio de la Rica (Coordinador Sociosanitario de la CAPV en Dpto. Salud de Gobierno Vasco), Iñaki Markez (Psiquiatra y presidente de OME-AEN), Endika Minguela (Técnico del Centro Especial de ASAFES) y Álvaro Iruin Sanz (Director de Red de Salud Mental de Gipuzkoa).

#### Realizaron aportaciones por escrito:

**Arantza Ayarza (Coordinadora sociosanitaria de Diputación Foral de Gipuzkoa) y Marian Larrínaga (Red Salud Mental Bizkaia).**

<sup>32</sup> Este servicio adopta diferentes acepciones en cada asociación: Centro psicosocial, Centro de día y Centro de rehabilitación psicosocial.

### 3.4.- Objeto de estudio

Todo estudio requiere de una delimitación de su objeto a fin de conseguir alcanzar los objetivos propuestos optimizando los recursos disponibles al tiempo que se garantiza la rigurosidad y tratamiento adecuado del tema. En este caso se ha optado por considerar como universo a estudiar al conjunto de personas con enfermedad mental usuarias de tres de las entidades que forman FEDEAFES y se han sumado a esta iniciativa: AGIFES (Gipuzkoa), ASASAM (Valle de Ayala) y ASAFES (Araba).

Con el fin de garantizar que es posible recoger información fiable de los sujetos objeto de estudio, se han excluido del mismo las personas usuarias que son atendidas hace menos de 3 meses y aquellas que aun llevando más tiempo son usuarias puntuales o esporádicas de la asociación.

En total el universo objeto de estudio asciende a 379 personas. La siguiente tabla recoge su distribución en relación con cuatro variables que se han considerado de especial interés para diseñar la muestra finalmente estudiada: sexo, edad, tipo de servicio en el que la persona es atendida y asociación de referencia.

TABLA 3: UNIVERSO OBJETO DE ESTUDIO

	AGIFES			ASASAM			ASAFES			FEDEAFES <sup>(1)</sup>		
	Abs.	%		Abs.	%		Abs.	%		Abs.	%	
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>49,60</b>		<b>70</b>	<b>18,47</b>		<b>121</b>	<b>31,93</b>		<b>379</b>	<b>100</b>	
<b>Hombre</b>	126	67,02		49	70,00		89	73,55		264	69,66	
<b>Mujer</b>	62	32,98		21	30,00		32	26,45		115	30,34	
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>100</b>		<b>70</b>	<b>100</b>		<b>121</b>	<b>100</b>		<b>379</b>	<b>100</b>	
<b>Menos 30 años</b>	8	4,26		4	5,71		30	24,79		42	11,08	
<b>30-40 años</b>	40	21,28		16	22,86		23	19,01		79	20,84	
<b>41-50 años</b>	82	43,62		33	47,14		34	28,10		149	39,31	
<b>51-65 años</b>	58	30,85		15	21,43		34	28,10		107	28,23	
<b>Más de 65 años</b>	0	0,00		2	2,86		0	0,00		2	0,53	
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>100</b>		<b>70</b>	<b>100</b>		<b>121</b>	<b>100</b>		<b>379</b>	<b>100</b>	
<b>Servicio de alojamiento</b>	28	14,9	14,9	10	5,7	14,3	0	0,0	0,0	38	6,8	10,0
<b>Servicio de carácter sociolaboral</b>	0	0,0	0,0	44	25,1	62,9	87	44,2	71,9	131	23,4	34,6
<b>Atención psicosocial diurna<sup>33</sup></b>	76	40,4	40,4	37	21,1	52,9	36	18,3	29,8	149	26,6	39,3
<b>Intervención socioeducativa</b>	22	11,7	11,7	15	8,6	21,4	17	8,6	14,0	54	9,6	14,2
<b>Servicio de ocio y tiempo libre</b>	62	33,0	33,0	69	39,4	98,6	57	28,9	47,1	188	33,6	49,6
<b>Otros servicios</b>	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
<b>Total <sup>(2)</sup></b>	<b>188</b>	<b>100</b>	<b>*</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>*</b>	<b>197</b>	<b>100</b>	<b>*</b>	<b>560</b>	<b>100</b>	<b>*</b>

(1) Nota: en este estudio participan 3 de las 4 asociaciones que forman FEDEAFES, el universo de estudio se ha acotado tomando como referencia al conjunto de personas usuarias de estas 3 entidades.

(2) El total según tipo de servicio no siempre coincide con el total real de personas usuarias porque una misma persona puede ser atendida en más de un servicio.

<sup>33</sup> Este servicio adopta diferentes acepciones en cada asociación: Centro psicosocial, Centro de día y Centro de rehabilitación psicosocial.

### 3.5.- Hipótesis de trabajo

La calidad de vida de las personas con enfermedad mental se puede tratar de predecir a partir de una combinación de variables personales (diagnóstico principal, existencia de otros diagnósticos añadidos...) y contextuales o ambientales (participación o no en actividades laborales, modelo de atención...).

Tras la revisión bibliográfica efectuada, se plantean las siguientes hipótesis de trabajo para guiar el análisis de los factores:

TIPO	VARIABLES	HIPÓTESIS
<b>Perfil sociodemográfico</b>	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres con enfermedad mental presentan un nivel más bajo en el índice de Calidad de Vida así como en algunas de las dimensiones de calidad de vida.</li> </ul>
	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas de más edad presentan un nivel más bajo en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.</li> </ul>
<b>Perfil relacionado con la enfermedad mental</b>	Diagnóstico principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se espera una asociación significativa entre el índice de Calidad de Vida y el diagnóstico principal que presenta la persona así como en alguna de las dimensiones de calidad de vida.</li> </ul>
	Años de evolución de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se espera una asociación significativa entre el Índice de Calidad de Vida y los años de evolución de la enfermedad así con en alguna de las dimensiones de calidad de vida.</li> </ul>
	Otros diagnósticos añadidos o patologías asociadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas con otros diagnósticos añadidos o patologías asociadas presentan unos niveles más bajos en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas de las dimensiones de calidad de vida.</li> </ul>
	Porcentaje de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>A medida que el porcentaje de discapacidad aumenta los niveles en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas de las dimensiones de calidad de vida disminuyen.</li> </ul>
	Necesidades de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>A medida que aumentan las necesidades de apoyo disminuyen los niveles en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.</li> </ul>
	Ingresos en psiquiatría	<ul style="list-style-type: none"> <li>A medida que aumenta el número de ingresos en psiquiatría durante el último año desciende el Índice de Calidad de Vida y algunas de las dimensiones de calidad de vida disminuyen.</li> </ul>
<b>Red social y apoyos informales</b>	Forma de convivencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas con enfermedad mental que viven acompañadas fuera de un recurso residencial presentan niveles más altos en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.</li> </ul>
	Tenencia de pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se espera una asociación significativa entre el Índice de Calidad de Vida así como con alguna de sus dimensiones y la tenencia de pareja.</li> </ul>
	Zona de residencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas que residen en zonas rurales presentarán índices superiores en la dimensión Inclusión Social y Relaciones Interpersonales.</li> </ul>
	Tamaño de la red de apoyo informal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se espera una asociación significativa entre el tamaño de la red de apoyo con la que cuenta la persona con enfermedad mental y el Índice de Calidad de Vida así como en algunas de las dimensiones de la calidad de vida.</li> </ul>
<b>Empleo y Ocio y Tiempo Libre</b>	Empleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas que trabajan (independientemente de la modalidad)son las que presentan los niveles más altos en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.</li> </ul>
	Años de experiencia laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se espera una asociación significativa entre el Índice de Calidad de Vida y los años de experiencia laboral así como en algunas de las dimensiones de la calidad de vida.</li> </ul>
	Uso del servicio ocio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas que utilizan los servicios de ocio y tiempo libre</li> </ul>

	y tiempo libre	presentan niveles más altos en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.
<b>Nivel de estudios y recursos económicos</b>	Nivel de estudios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas sin estudios o con estudios primarios sin finalizar presentan un Índice de Calidad de vida más reducido así como puntuaciones inferiores en algunas de las dimensiones de calidad de vida.</li> </ul>
	Independencia económica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas con independencia económica (recursos propios y/o prestaciones económicas) presentan unas puntuaciones más elevadas en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.</li> </ul>
	Procedencia de los ingresos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas cuyos ingresos provienen del Sistema de Servicios Sociales presentan unos niveles en el Índice de Calidad de Vida más reducidos que cuando los ingresos provienen fundamentalmente de otras fuentes.</li> </ul>

### 3.6.- Muestra

Teniendo en cuenta el tamaño (379 casos) y distribución del universo que se ha presentado anteriormente, se estableció un diseño muestral inicial que orientó el trabajo de campo. El tamaño de la muestra ideal (la muestra mínima para que sea estadísticamente representativa con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de +/-5%) se cifró en **191 casos** y se trató de seguir una distribución proporcional a la observada en el universo en relación con sexo, edad, tipo de servicio y organización para garantizar la fiabilidad de la muestra.

Finalmente se han conseguido datos de un total de **191 personas usuarias** y en general se ha conseguido respetar la distribución pretendida, si bien cabe hablar de una ligera sobrerrepresentación de las personas de 30 a 40 años (que en la muestra suponen el 25,1% mientras que en el universo el peso de este grupo es del 20,84%) al tiempo que se advierte una pequeña infrarrepresentación de las personas más jóvenes (menores de 30 años), que representan el 7,3% de la muestra y en el universo el 11,08%.

En cuanto a los servicios que utilizan cabe destacar que hay una sobrerrepresentación de personas atendidas en el servicio de intervención socioeducativa (28,3% de la muestra frente a 14,2% del universo) y del servicio de atención psicosocial diurna (46,6% en muestra frente a 39,3% en universo) y una infrarrepresentación de personas que acuden al servicio de carácter sociolaboral (27,2% en la muestra frente a 34,6% en el universo) y del servicio de ocio y tiempo libre (40,8% en muestra frente a 49,6% en universo).

TABLA 4: MUESTRA FINAL ANALIZADA. Frecuencias y porcentajes.

	AGIFES		ASASAM		ASAFES		FEDEAFES					
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs.	%				
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>49,8</b>	<b>35</b>	<b>18,3</b>	<b>61</b>	<b>31,9</b>	<b>191</b>	<b>100</b>				
<b>Hombre</b>	59	62,1	25	71,4	44	72,1	128	67,0				
<b>Mujer</b>	36	37,9	10	28,6	17	27,9	63	33,0				
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>191</b>	<b>100</b>				
<b>Menos 30 años</b>	3	3,2	2	5,7	9	14,8	14	7,3				
<b>30-40 años</b>	23	24,2	8	22,9	17	27,9	48	25,1				
<b>41-50 años</b>	44	46,3	12	34,3	18	29,5	74	38,7				
<b>51-65 años</b>	25	26,3	12	34,3	17	27,9	54	28,3				
<b>Más de 65 años</b>	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	0,5				
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>191</b>	<b>100</b>				
<b>Servicio de alojamiento</b>	24	14,5	25,3	5	7,6	14,3	1	1,0	1,6	30	9,0	15,7
<b>Servicio de carácter sociolaboral</b>	7	4,2	7,4	18	27,3	51,4	28	27,5	45,9	53	15,9	27,7
<b>Atención psicosocial diurna</b>	62	37,6	65,3	16	24,2	45,7	11	10,8	18,0	89	26,7	46,6
<b>Intervención socioeducativa</b>	32	19,4	33,7	8	12,1	22,9	14	13,7	23,0	54	16,2	28,3
<b>Servicio de ocio y tiempo libre</b>	33	20,0	34,7	16	24,2	45,7	29	28,4	47,5	78	23,4	40,8
<b>Otros servicios <sup>(1)</sup></b>	7	4,2	7,4	3	4,5	8,6	19	18,6	31,1	29	8,7	15,2
<b>Total <sup>(2)</sup></b>	<b>165</b>	<b>100</b>	*	<b>66</b>	<b>100</b>	*	<b>102</b>	<b>100</b>	*	<b>333</b>	<b>100</b>	*

(1) Dentro de esta categoría se han incluido casos variados y con poco peso sobre el total: programa vacaciones, invernadero, voluntariado, talleres, grupo autoayuda, acción social, P.I.L.A., etc.

(2) El total según tipo de servicio no coincide con el total real de personas usuarias porque una misma persona puede ser atendida en más de un servicio.

### 3.7.- Análisis

El análisis cuantitativo de datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS, una herramienta estadística que posibilita realizar las fórmulas estadísticas pertinentes para sacar el máximo provecho a los datos disponibles.

Concretamente se ha realizado un primer análisis de carácter descriptivo (estadísticos básicos) que se ha acompañado de un análisis de la varianza o ANOVA simple que permite conocer la existencia de relación entre cada variable de identificación (en este caso variables discretas) y cada una de las variables dependientes (en este caso continuas, las dimensiones y el Índice de Calidad de Vida) que se están analizando. Dicho de otro modo, permite identificar si existen o no diferencias estadísticamente significativas en el valor de la variable dependiente en función del valor que toma la variable de identificación. A lo largo del análisis se ha ido marcando con



un asterisco (\*) todos los casos en los que la prueba ha dado positivo es decir, se ha podido confirmar diferencias estadísticamente significativas ( $F < 0,05$ ).

Además, se ha trabajado con Coeficientes de Correlación, un método de análisis que permite conocer la posible relación entre dos variables cuantitativas. Este análisis permite conocer si los valores de una de las variables tienden a ser mayores o menores a medida que aumentan los valores de la otra o si, por el contrario, las variables no tienen nada que ver entre sí. En la práctica este índice permite identificar si hay o no relación significativa entre algunas de las variables dependientes así como el sentido de dicha relación (a medida que una aumenta la otra también o viceversa). Concretamente se ha calculado el Coeficiente de Correlación de Pearson en el caso de variables de intervalo o de razón mientras que se ha extraído el Coeficiente de Correlación Spearman para el análisis de variables ordinales. A lo largo del documento se ha ido marcando con un asterisco (\*) todos los casos en los que alguna de estas pruebas ha dado positivo es decir, se ha podido confirmar diferencias estadísticamente significativas ( $r$  o  $\rho < 0,05$ ).

Cabe señalar que en los estudios que como en éste el tamaño del universo es considerablemente reducido, en algunos cruces de variables no es posible llegar a la muestra mínima exigida estadísticamente para garantizar la rigurosidad científica. Es decir, que en algunas partes del análisis se pierde muestra y rigurosidad estadística y por ello algunos resultados deben tomarse con cautela y considerarse orientativos. Ahora bien, con independencia de esto, los datos que aquí se presentan suponen una oportunidad única de aproximarse a la descripción de una realidad insuficientemente observada hasta el momento y resultan perfectamente útiles para arrojar pistas para la reflexión en torno a la identificación de claves de mejora en la intervención con el colectivo, sobre todo teniendo en cuenta que este estudio incluye técnicas de recogida de información cualitativas complementarias.

## 4.- RESULTADOS

### 4.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO: ¿CÓMO SON LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CON LAS QUE TRABAJA FEDEAFES?

A lo largo del siguiente apartado se profundizará en el perfil de las personas usuarias de las organizaciones que componen FEDEAFES que han participado en el estudio (AGIFES; ASAFES y ASASAM). Para ello se analizarán diferentes variables relacionadas tanto con sus características sociodemográficas como con otras variables que resultan de interés en el estudio de este colectivo.

#### 4.1.1 Perfil sociodemográfico de las personas usuarias:

Casi **siete de cada diez personas atendidas de forma estable en FEDEAFES y encuestadas son hombres**, mientras que las mujeres representan el 33% del colectivo. La distribución de la muestra en función del sexo es muy similar a la distribución que sigue el universo (o lo que es lo mismo, el total de personas usuarias de FEDEAFES), donde el 69,7% son hombres y el 30,3% mujeres.

GRAFICO 1: SEXO DE LAS PERSONAS USUARIAS.  
Porcentajes



GRAFICO 2: EDAD DE LAS PERSONAS USUARIAS.  
Porcentajes

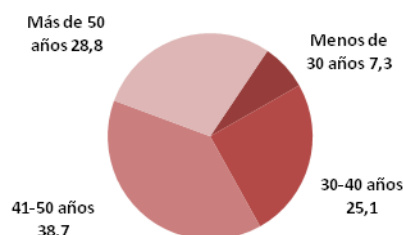


TABLA 5: PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO Y EDAD.  
Descriptivos

	Total	Hombre	Mujer
Edad media	44	44	45
Edad mínima	22	22	24
Edad máxima	68	68	63
Moda (edad más frecuente)	45	45	47
Mediana	45	45	46
Desviación típica	9,493	9,448	9,628

Nota: hay más de una moda, se muestra el menor de los valores.

TABLA 6: PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO Y EDAD.  
Frecuencias y porcentajes.

	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
Menos de 30 años	9	7,0	5	7,9
30-40 años	34	26,6	14	22,2
41-50 años	51	39,8	23	36,5
Más de 50 años	34	26,6	21	33,3
Total	128	100	63	100

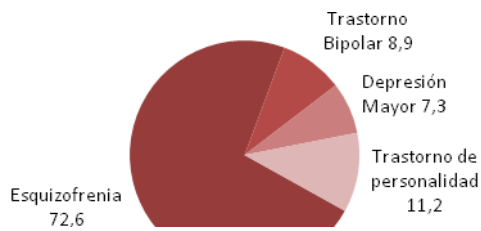
El 67,5% de la población atendida consultada tiene más de 40 años. El intervalo de edad con mayor representación es el que va de los **41 a los 50 años (38,7%)**. También en este caso la distribución de la muestra es muy parecida a la del universo, donde el grupo de personas en dicho rango de edad es de todos el que mayor peso alcanza (39,3%).

La **edad media del colectivo se sitúa en los 44 años**, siendo prácticamente igual para hombres y mujeres. El valor más frecuente (moda) es muy similar, 45 años, y la mediana indica también, que la mitad de las personas de la muestra tienen menos de 45 años y la otra mitad una edad por encima de dicha cifra.

El análisis conjunto del sexo y la edad revela que la proporción de hombres y mujeres entre los distintos grupos de edad es muy similar.

#### 4.1.2 Perfil de las personas usuarias en relación con la enfermedad mental:

GRAFICO3: DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



El diagnóstico principal de la mayor parte de personas encuestadas es el de esquizofrenia (72,6%). Lo más habitual es que estas asociaciones atiendan a personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, seguido de la esquizofrenia indiferenciada y el trastorno esquizoafectivo. Por otro lado, el 11,2% de las personas atendidas en los principales servicios de estas asociaciones presentan un trastorno de la personalidad, el 8,9% trastorno bipolar y el 7,3% depresión mayor.

Aunque las diferencias no son significativas los datos revelan que la esquizofrenia es un diagnóstico algo más habitual entre los hombres que son atendidos en estas asociaciones que entre las mujeres atendidas, en el colectivo femenino se aprecia una mayor presencia de otros diagnósticos. También parece que la presencia de otros diagnósticos es más frecuente entre las personas más jóvenes.

Los datos agrupados de las tres entidades de FEDEAFES esconden realidades diferentes en este sentido ya que los datos desagregados para cada una de las asociaciones muestran una distribución de casos según diagnóstico desigual. Por ejemplo, en AGIFES el peso de quienes sufren trastorno bipolar o depresión mayor es significativamente menor.

Cabe tener presente que entre los criterios para seleccionar la muestra de este estudio se ha considerado el tipo de servicio en el que la persona usuaria es atendida y la proporción de casos atendidos en cada uno de los principales servicios, de modo que la fotografía resultante es reflejo de aquellos diagnósticos que mayoritariamente están siendo atendidos a través de los servicios de forma estable (han quedado excluidas del objeto de estudio las personas que tienen contacto con las asociaciones de forma puntual o esporádica...).

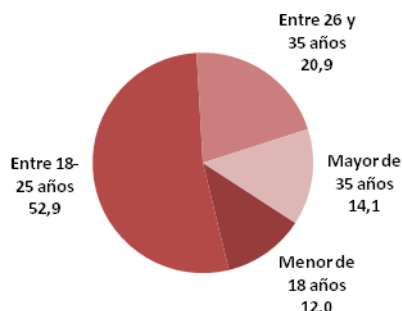
TABLA 7: DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, ASOCIACIÓN Y TIPO DE SERVICIO (de la asociación). Porcentajes horizontales.

	N	Esquizofrenia	Trastorno Bipolar	Depresión Mayor	Trastorno de personalidad
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>72,6</b>	<b>8,9</b>	<b>7,3</b>	<b>11,2</b>
<b>Hombre</b>	<b>121</b>	<b>76,9</b>	<b>8,3</b>	<b>5,0</b>	<b>9,9</b>
<b>Mujer</b>	<b>58</b>	<b>63,8</b>	<b>10,3</b>	<b>12,1</b>	<b>13,8</b>
<b>Menos de 30 años</b>	<b>11</b>	<b>54,5</b>	<b>27,3</b>	<b>0,0</b>	<b>18,2</b>
<b>30-40 años</b>	<b>46</b>	<b>82,6</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>8,7</b>
<b>41-50 años</b>	<b>70</b>	<b>71,4</b>	<b>10,0</b>	<b>7,1</b>	<b>11,4</b>
<b>Más de 50 años</b>	<b>52</b>	<b>69,2</b>	<b>7,7</b>	<b>11,5</b>	<b>11,5</b>
<b>ASASAM</b>	<b>35</b>	<b>62,9</b>	<b>11,4</b>	<b>14,3</b>	<b>11,4</b>
<b>AGIFES</b>	<b>89</b>	<b>76,4</b>	<b>7,9</b>	<b>5,6</b>	<b>10,1</b>
<b>ASAFES</b>	<b>55</b>	<b>72,7</b>	<b>9,1</b>	<b>5,5</b>	<b>12,7</b>
<b>Servicio de alojamiento</b>	<b>29</b>	<b>58,6</b>	<b>17,2</b>	<b>6,9</b>	<b>17,2</b>
<b>Servicio de carácter sociolaboral</b>	<b>47</b>	<b>68,1</b>	<b>8,5</b>	<b>8,5</b>	<b>14,9</b>
<b>Atención psicosocial diurna</b>	<b>84</b>	<b>76,2</b>	<b>7,1</b>	<b>7,1</b>	<b>9,5</b>
<b>Intervención socioeducativa</b>	<b>52</b>	<b>69,2</b>	<b>13,5</b>	<b>5,8</b>	<b>11,5</b>
<b>Servicio de ocio y tiempo libre</b>	<b>76</b>	<b>67,1</b>	<b>10,5</b>	<b>10,5</b>	<b>11,8</b>
<b>Otros servicios de la asociación</b>	<b>28</b>	<b>67,9</b>	<b>10,7</b>	<b>7,1</b>	<b>14,3</b>

Las diferencias por territorio no guardan relación con una mayor o menor prevalencia de cada tipo de diagnóstico sino que pueden explicarse en parte a partir del peso que en cada entidad tienen los distintos tipos de servicios considerados en el estudio y especialmente, a partir del peso que tienen las plazas concertadas<sup>34</sup>. En estos casos de plazas concertadas las personas usuarias vienen derivadas de otros recursos (Centros de Salud Mental, Servicios Sociales de Base, etc.) los cuales establecen su propio filtro en relación con el perfil de la persona que va a ser atendida por la asociación. En este sentido, los datos dan cuenta de una realidad diferente en cada territorio en cuanto a criterios de derivación por tipo de servicio, etc.

<sup>34</sup> Así, buena parte de las plazas del servicio de alojamiento y del centro de rehabilitación psicosocial de AGIFES están concertadas y las personas usuarias de su muestra que acuden a estos servicios representan algo más del 55% del total de casos estudiados. En el caso de ASASAM las plazas concertadas se localizan fundamentalmente en el servicio de alojamiento y servicio de carácter sociolaboral y aproximadamente el 70% de su muestra acude a estos servicios. ASAFES cuenta con plazas concertadas en el centro de día y la parte de la muestra que corresponde al mismo ronda el 30%.

GRAFICO4: EDAD DEL DIAGNÓSTICO. Porcentajes



Respecto a la edad del diagnóstico cabe señalar que algo **más de la mitad de las personas consultadas fueron diagnosticadas con enfermedad mental cuando tenían entre 18 y 25 años.**

Es importante tener presente que una misma persona puede ir variando de diagnóstico a lo largo del tiempo y que estos datos se refieren a la edad en la que la persona ha sido identificada como una persona con enfermedad mental, susceptible de ser atendida en los servicios de salud mental, con independencia de que el primer diagnóstico haya variado posteriormente.

**La edad media a la que se diagnostica la enfermedad mental ronda los 25 años.** Las diferencias por sexo no parecen muy destacables ya que si bien la media indica que los hombres podrían tener un diagnóstico algo más precoz (24,3 años ellos y 26,2 años ellas), el estadístico de la moda muestra que el valor más repetido en el colectivo masculino es 20 años mientras que en las mujeres es 18 años.

Las personas más jóvenes son las que significativamente antes han sido diagnosticadas y a medida que aumenta la edad de la persona consultada aumenta también la edad media a la que se produjo su diagnóstico.

Las personas cuyo diagnóstico principal actualmente es el trastorno de personalidad y la esquizofrenia son las que fueron diagnosticadas más precozmente, mientras que las personas con depresión mayor coinciden con aquellas cuyo diagnóstico fue más tardío (sin que esto signifique que sean estos diagnósticos los que se hayan detectado en primer lugar).

TABLA 8: EDAD MEDIA DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN SEXO, EDAD Y DIAGNÓSTICO PRINCIPAL. Descriptivos.

	N	Edad media	Moda	Mediana	Desv. Tip.	Sig.
<b>Total</b>	191	24,9	20	23	8,756	
<b>Hombres</b>	128	24,3	20	22	8,409	
<b>Mujeres</b>	63	26,2	18	23	9,351	
<b>Menos de 30 años</b>	14	18,4	18	18	2,623	
<b>30-40 años</b>	48	21,0	23	21,5	5,281	(*)
<b>41-50 años</b>	74	24,1	20	22	7,593	
<b>Más de 50 años</b>	55	31,0	30	31	10,135	
<b>Esquizofrenia</b>	130	24,4	20	23	7,829	
<b>Trastorno bipolar</b>	16	26,4	17	24	8,951	
<b>Depresión mayor</b>	13	32,2	18	33	12,068	(*)
<b>Trastorno de personalidad</b>	20	24,0	20	22	10,541	

**El 82,5% de las personas que están siendo atendidas de forma estable en estas organizaciones lleva más de 10 años con una enfermedad mental diagnosticada.**

La media de años de evolución ronda los 19 años, si bien incrementa a medida que aumenta la edad de la persona usuaria.

GRAFICO 5: AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL. Porcentajes



En función del tipo de diagnóstico, parece que las personas diagnosticadas de esquizofrenia y trastorno de personalidad son las que de media más tiempo llevan diagnosticadas (19,8 y 19,0 años respectivamente).

Si además de la media se observan otros descriptivos complementarios pueden apreciarse algunos matices derivados de la heterogeneidad de los datos.

TABLA 9: AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y TIPO DE SERVICIO (de la asociación). Descriptivos

	N	Media	Moda	Mediana	Desv. Tip.	Sig.
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>19,4</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>9,223</b>	
<b>Hombres</b>	126	19,6	17	20	9,285	
<b>Mujeres</b>	63	18,8	13	17	9,148	
<b>Menos de 30 años</b>	14	7,5	8	8	3,299	
<b>30-40 años</b>	47	14,5	14	14	5,461	(*)
<b>41-50 años</b>	73	20,9	14	22	7,818	
<b>Más de 50 años</b>	55	24,5	30	26	9,989	
<b>Esquizofrenia</b>	128	19,8	26	20	8,428	
<b>Trastorno bipolar</b>	16	17,6	8	15,5	10,526	
<b>Depresión mayor</b>	13	17,6	14	17	9,014	
<b>Trastorno de personalidad</b>	20	19,0	16	16	12,395	
<b>Servicio de alojamiento</b>	30	20,7	13	21	8,852	
<b>Servicio de carácter sociolaboral</b>	52	16,71	16	15	9,295	
<b>Atención psicosocial diurna</b>	89	20,84	17	21	9,120	
<b>Intervención socioeducativa</b>	52	19,81	23	21	8,707	
<b>Servicio de ocio y tiempo libre</b>	76	17,84	14	16	9,151	
<b>Otros servicios de la asociación</b>	27	18,59	26	16	8,846	

GRAFICO 6: PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO O PATOLOGÍA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD MENTAL ENTRE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes

**Un tercio de las personas consultadas cuenta con algún diagnóstico añadido o patología asociada<sup>35</sup> a la enfermedad mental.**

<sup>35</sup> Estos datos no incluyen posibles diagnósticos de enfermedad mental que acompañan al diagnóstico principal, sino que identifican casos en los que además de enfermedad mental confluyen otros diagnósticos o patologías.

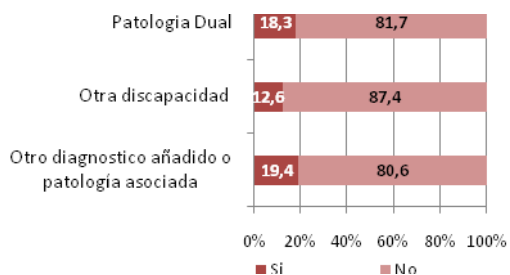


El sexo no determina diferencias importantes en lo que respecta a la presencia de diagnósticos añadidos o patologías asociadas. En el caso de la edad, aunque en general las diferencias no resultan estadísticamente significativas, cabe apuntar que el grupo de menores de 30 años consultado cuenta con una tasa considerablemente más elevada y alejada del resto de grupos de edad.

TABLA10: PRESENCIA DE DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS O PATOLOGÍA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD MENTAL DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO Y EDAD. Porcentajes

	N	Cuenta con algún diagnóstico añadido o patología asociada	No cuenta con ningún diagnóstico añadido o patología asociada
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>35,6</b>	<b>64,4</b>
<b>Hombre</b>	<b>128</b>	<b>37,5</b>	<b>62,5</b>
<b>Mujer</b>	<b>63</b>	<b>31,7</b>	<b>68,3</b>
<b>Menos de 30 años</b>	<b>14</b>	<b>57,1</b>	<b>42,9</b>
<b>30-40 años</b>	<b>48</b>	<b>35,4</b>	<b>64,6</b>
<b>41-50 años</b>	<b>74</b>	<b>32,4</b>	<b>67,6</b>
<b>Más de 50 años</b>	<b>55</b>	<b>34,5</b>	<b>65,5</b>

GRAFICO 7: DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS O PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD MENTAL SEGÚN TIPO. Porcentajes



Se advierte que el 18,3% de las personas consultadas cuenta con una patología dual, es decir, sufren de forma simultánea de una adicción y trastorno mental y un 12,6% tiene algún tipo de discapacidad (física, intelectual, o sensorial) añadida.

Además, se registra una importante proporción de personas (19,4%) con otros diagnósticos o patologías añadidas tales como dermatitis crónica, diabetes, hipertensión, artrosis, etc.

GRAFICO 8: PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



Los dos tercios de las personas encuestadas cuentan con un porcentaje de discapacidad de entre 33 y 65% mientras que un tercio tiene un porcentaje de discapacidad superior al 65%.

No se advierten diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de discapacidad en función del sexo ni de la edad, si bien los hombres y las personas entre 51 y 68 años son las que en mayor medida cuentan con porcentajes de discapacidad altos – superiores al 65%-.

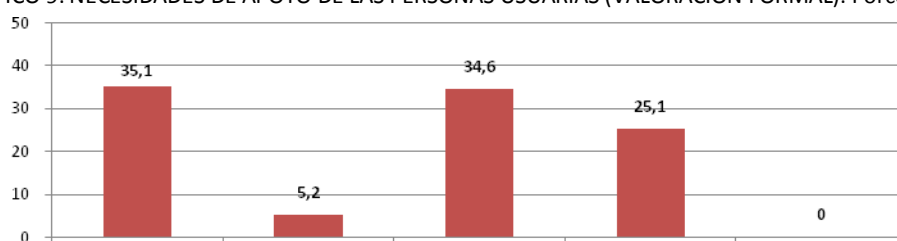


TABLA 11: PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS USUARIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO Y LA EDAD.

Porcentajes				
	N	% Medio	33%-65%	Más de 65%
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>61,3</b>	<b>65,6</b>	<b>34,4</b>
<b>Hombre</b>	126	61,9	61,1	38,9
<b>Mujer</b>	60	60,1	75,0	25,0
<b>Menos de 30 años</b>	14	59,4	71,4	28,6
<b>30-40 años</b>	47	60,2	68,1	31,9
<b>41-50 años</b>	73	62,4	67,1	32,9
<b>Más de 50 años</b>	51	61,4	59,6	40,4

Los datos en relación con las necesidades de apoyo del colectivo atendido teniendo en cuenta la valoración estandarizada que deriva de la Ley de Dependencia, indican que el **34,6% de estas personas tiene reconocido un nivel de dependencia moderado (grado I)** y aproximadamente una de cada cuatro (25,1%) cuenta con un grado II de dependencia o lo que es lo mismo una dependencia severa.

GRAFICO 9: NECESIDADES DE APOYO DE LAS PERSONAS USUARIAS (VALORACIÓN FORMAL). Porcentajes

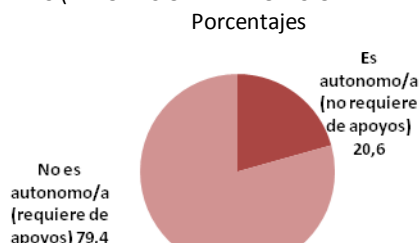


No ha realizado la prueba de valoración de la dependencia 35,1  
 No tiene reconocido ningún grado de dependencia 5,2  
 Tiene reconocido un grado I de dependencia (dependencia moderada) 34,6  
 Tiene reconocido un grado II de dependencia (dependencia severa) 25,1  
 Tiene reconocido un grado III de dependencia (dependencia crítica) 0

No obstante, cabe señalar que un elevado número de personas (35,1%) no ha realizado las pruebas de valoración de la dependencia, lo que supone una importante limitación a la hora de conocer las necesidades de apoyo de estas personas. Con el objetivo de superar esta limitación se ha optado por complementar la visión sobre las necesidades de apoyo considerando la valoración de los y las profesionales de referencia que han medido la calidad de vida de las personas usuarias<sup>36</sup>.

Teniendo en cuenta estos otros datos, el 20,6% de las personas encuestadas son autónomas, es decir, no requieren de apoyos para la realización de actividades de la vida diaria, mientras que casi el 80% requiere de algún tipo de apoyo – independientemente del tipo que sea para la ejecución de estas actividades.

GRAFICO 10: NECESIDADES DE APOYO DE LAS PERSONAS USUARIAS (VALORACIÓN DE PROFESIONAL DE REFERENCIA). Porcentajes



<sup>36</sup> Para extraer esta información se ha optado por recodificar la variable original “requerimiento de apoyo” clasificando por un lado a las personas no autónomas (quienes *requieren de apoyos y reciben fundamente apoyo familiar, quienes requieren de apoyos y reciben fundamente apoyo profesional y quienes no reciben apoyos aunque los necesitan*) y las personas autónomas (aquellas que no requieren de apoyos).

La gente más joven y las personas con un porcentaje de discapacidad más reducido (entre 33% y 65%) son quienes significativamente menos apoyos necesitan.

Las diferencias más notables se observan en función de los distintos tipos de servicios en los que las personas usuarias son atendidas por estas asociaciones. Así hay una mayor presencia de personas con necesidades de apoyo en los servicios de alojamiento, atención psicosocial diurna e intervención socioeducativa y menor en el servicio de carácter sociolaboral.

TABLA 12: NECESIDADES DE APOYO DE LAS PERSONAS USUARIAS (VALORACIÓN DE PROFESIONAL DE REFERENCIA) SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD Y TIPO DE SERVICIO (de la asociación). Porcentajes

	N	Es autónomo/a	Requiere de apoyos	Sig.
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>20,6</b>	<b>79,4</b>	
<b>Hombre</b>	127	19,7	80,3	
<b>Mujer</b>	62	22,6	77,4	
<b>Menos de 30 años</b>	14	50,0	50,0	
<b>30-40 años</b>	48	16,7	83,3	(*)
<b>41-50 años</b>	73	15,1	84,9	
<b>Más de 50 años</b>	54	24,1	75,9	
<b>Esquizofrenia</b>	128	21,9	78,1	
<b>Trastorno Bipolar</b>	16	12,5	87,5	
<b>Depresión Mayor</b>	13	23,1	76,9	
<b>Trastorno de personalidad</b>	20	15,0	85,0	
<b>Algún diagnóstico añadido</b>	68	20,6	79,4	
<b>Sin diagnósticos añadidos</b>	121	20,7	79,3	
<b>33%-65%</b>	122	26,2	73,8	(*)
<b>Más de 65%</b>	62	11,3	88,7	
<b>Servicio de alojamiento</b>	30	0,0	100,0	
<b>Servicio de carácter sociolaboral</b>	53	50,9	49,1	
<b>Atención psicosocial diurna</b>	87	5,7	94,3	
<b>Intervención socioeducativa</b>	54	9,3	90,7	
<b>Servicio de ocio y tiempo libre</b>	76	19,7	80,3	
<b>Otros servicios de la asociación</b>	27	14,8	85,2	

GRAFICO 11: INCAPACITACIÓN JUDICIAL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



Por otro lado, cabe señalar **que el 13,9% del colectivo cuenta con la incapacidad judicial.**

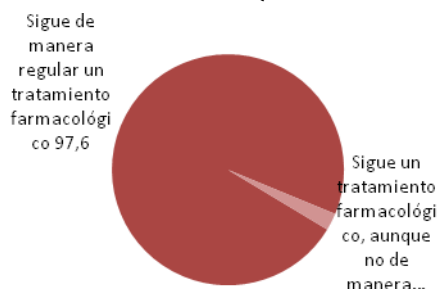
El porcentaje de personas incapacitadas judicialmente es significativamente más alto entre quienes tienen un porcentaje de discapacidad superior al 65%.

TABLA 13: INCAPACITACIÓN JUDICIAL DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD. Porcentajes

	N	Con incapacidad judicial	Sin incapacidad judicial	Sig.
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>13,9</b>	<b>86,1</b>	
<b>Esquizofrenia</b>	129	15,5	84,5	
<b>Trastorno bipolar</b>	16	12,5	87,5	
<b>Depresión mayor</b>	12	0	100	
<b>Trastorno de personalidad</b>	20	15	85	
<b>33%-65%</b>	119	9,2	90,8	
<b>Más de 65%</b>	63	23,8	76,2	(*)

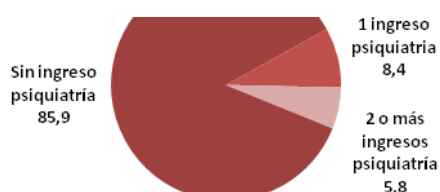
En torno a un 11% de las personas encuestadas no necesitan medicación. Si se considera el resto de la muestra consultada, puede decirse **que casi un 98% de las personas usuarias de estas entidades siguen su tratamiento farmacológico de manera regular.**

GRAFICO 12: SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PERSONAS USUARIAS QUE LO PRECISAN. Porcentajes



El resto de casos, cuyo peso debe considerarse residual, coinciden fundamentalmente con casos de personas atendidas en el servicio de carácter sociolaboral y otros.

GRAFICO 13: INGRESOS EN PSIQUIATRÍA EN EL ÚLTIMO AÑO DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



Casi el **86% de las personas atendidas en estas asociaciones no ha tenido ningún ingreso en psiquiatría durante el último año.** El 8,4% ha ingresado una vez y el 5,8% de las personas consultadas ha ingresado en más de una ocasión. En estos casos, la media ronda los 2,36 ingresos.

El sexo, la edad, el diagnóstico principal, la presencia de otros diagnósticos o patologías asociadas y el porcentaje de discapacidad no establecen diferencias estadísticamente significativas en el hecho de ingresar o no en la unidad de psiquiatría.

Si se considera al grupo de personas cuyo diagnóstico principal es de esquizofrenia (el más importante de la muestra consultada<sup>37</sup>), los resultados indican que **casi 9 de cada 10 personas susceptibles de ingresar en psiquiatría no lo han hecho.**

<sup>37</sup> Cabe considerar que el tamaño muestral de casos cuyo diagnóstico principal es diferente a esquizofrenia es reducido y por tanto, los resultados de estas desagregaciones deben tomarse con cautela.

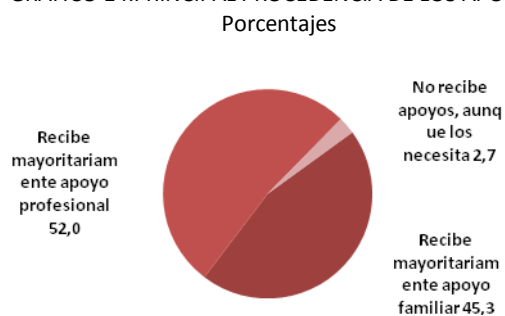
TABLA 14: INGRESOS EN PSIQUIATRÍA EN EL ÚLTIMO AÑOS DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO Y PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD.

Porcentajes			
	N	Sin ingresos en psiquiatría	Con ingresos en psiquiatría
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>85,9</b>	<b>14,1</b>
<b>Hombre</b>	<b>128</b>	<b>86,7</b>	<b>13,3</b>
<b>Mujer</b>	<b>63</b>	<b>84,1</b>	<b>15,9</b>
<b>Menos de 30 años</b>	<b>14</b>	<b>71,4</b>	<b>28,6</b>
<b>30-40 años</b>	<b>48</b>	<b>89,6</b>	<b>10,4</b>
<b>41-50 años</b>	<b>74</b>	<b>86,5</b>	<b>13,5</b>
<b>Más de 50 años</b>	<b>55</b>	<b>85,5</b>	<b>14,5</b>
<b>Esquizofrenia</b>	<b>130</b>	<b>89,2</b>	<b>10,8</b>
<b>Trastorno bipolar</b>	<b>16</b>	<b>68,8</b>	<b>31,3</b>
<b>Depresión mayor</b>	<b>13</b>	<b>69,2</b>	<b>30,8</b>
<b>Trastorno de personalidad</b>	<b>20</b>	<b>80,0</b>	<b>20,0</b>
<b>Con diagnósticos añadidos</b>	<b>68</b>	<b>82,4</b>	<b>17,6</b>
<b>Sin diagnósticos añadidos</b>	<b>123</b>	<b>87,8</b>	<b>12,2</b>
<b>33%-65%</b>	<b>122</b>	<b>86,9</b>	<b>13,1</b>
<b>Más de 65%</b>	<b>64</b>	<b>87,5</b>	<b>12,5</b>

#### 4.1.3 Red social y apoyos informales de las personas usuarias

De acuerdo con la valoración de los y las profesionales de referencia prácticamente ocho de cada diez personas usuarias de las asociaciones requieren de algún tipo de apoyo para la ejecución de las actividades de la vida diaria. Si se analiza con más detalle la procedencia de los apoyos en esos casos en los que se requiere de ellos se advierte que en el 52% de los casos las personas reciben mayoritariamente apoyo profesional y **en el 45,3% de los casos la mayor parte del apoyo recae en las familias.**

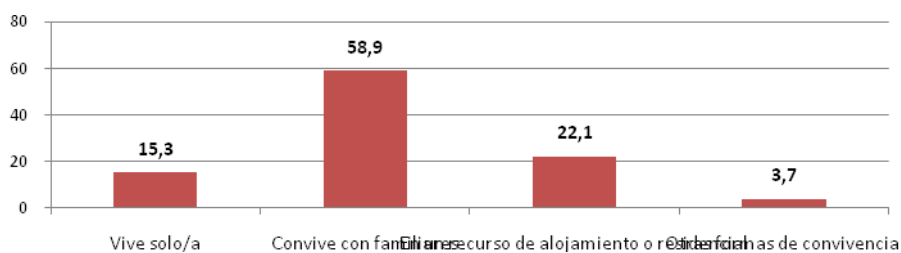
GRAFICO 14: PRINCIPAL PROCEDENCIA DE LOS APOYOS.



Cabe destacar que **un 2,7% de las personas consultadas no reciben apoyos a pesar de necesitarlos.**

**Casi seis de cada diez personas encuestadas conviven en la actualidad con familiares (58,9%)** y un 22,1% reside en un recurso de alojamiento o residencial. Otra lectura de los datos revela que casi el 85% de estas personas viven acompañadas por terceras personas, mientras que **el 15,3% viven solas.** Ahora bien, es importante recordar que esta distribución presenta un porcentaje de personas en recursos de alojamiento algo desproporcionado ya que en la muestra estas personas están sobrerrepresentadas.

GRAFICO 15: FORMA DE CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



Los datos desagregados por variables independientes no muestran significativas diferencias, pero sí advierten de que en torno a un 15% de las personas que requieren de apoyos viven solas actualmente.

TABLA 15: FORMA DE CONVIVENCIA (SOLAS O ACOMPAÑADAS) DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DISCAPACIDAD Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES. Porcentajes

	N	Viven acompañadas	Viven solas
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>84,7</b>	<b>15,3</b>
<b>Hombre</b>	128	84,4	15,6
<b>Mujer</b>	62	85,5	14,5
<b>Menos de 30 años</b>	13	92,3	7,7
<b>30-40 años</b>	48	91,7	8,3
<b>41-50 años</b>	74	85,1	14,9
<b>Más de 50 años</b>	55	76,4	23,6
<b>Esquizofrenia</b>	129	81,4	18,6
<b>Trastorno Bipolar</b>	16	87,5	12,5
<b>Depresión Mayor</b>	13	76,9	23,1
<b>Trastorno de personalidad</b>	20	100,0	0,0
<b>33%-65%</b>	121	86,0	14,0
<b>Más de 65%</b>	64	81,3	18,8
<b>Es autónomo/a</b>	38	84,2	15,8
<b>Requiere de apoyos</b>	150	84,7	15,3

Por otro lado, con el fin de completar este análisis resulta interesante conocer el tipo de entorno de residencia de las personas usuarias, su estado civil o si tienen o no pareja actualmente.

GRAFICO 16: ENTORNO DE RESIDENCIA DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



Así, los datos revelan que el 56% de las personas consultadas reside en un municipio urbano (capital de provincia), mientras que el 44% vive en un municipio rural (no capital).

Casi el **85% de las personas encuestadas son solteras**, el 7,9% están casados o casadas o bien cuenta con una pareja de hecho y el 7,3% están separadas o divorciadas. Independientemente del estado civil, el **23% de las personas encuestadas están emparejadas actualmente**, mientras que el 77% carece de pareja.

GRAFICO 17: ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes

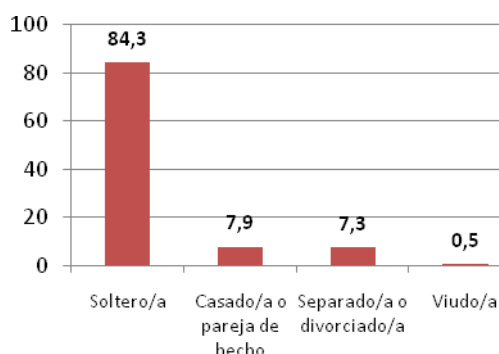
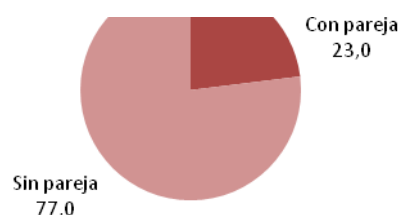
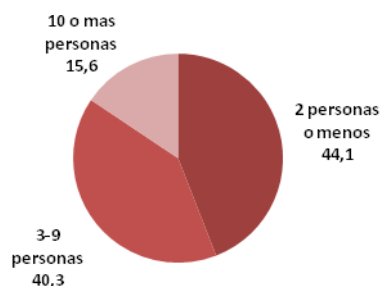


GRAFICO 18: TENENCIA DE PAREJA DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



En lo que respecta al tamaño de la red de apoyo informal<sup>38</sup> cabe señalar que **el 44,1% de las personas consultadas cuenta con dos o menos familiares cercanos o amistades íntimas a quienes poder recurrir**. Si bien en otro 40,3% de los casos esta red está compuesta por entre 3 y 9 personas.

GRAFICO 19: NUMERO DE PERSONAS QUE COMPONEN LA RED DE APOYO INFORMAL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



El tamaño medio de la red informal de apoyo de este colectivo es de casi 5 personas, si bien las desagregaciones mostradas en la siguiente tabla dan cuenta de la heterogeneidad que esconde esta cifra. El valor más repetido es el 2 y esta cifra se reduce en el caso de las personas de más de 50 años.

Parece que las personas con mayor grado de autonomía, las que cuentan con pareja y también quienes residen en entornos de carácter urbano cuentan con una red de apoyo informal más amplia.

<sup>38</sup> El tamaño de la red de apoyo se ha medido a través de la siguiente pregunta: *¿Cuántas amistades íntimas o familiares cercanos tienes? (personas con las que te encuentras a gusto y puedes hablar de todo lo que se te ocurra).*

TABLA 16: TAMAÑO MEDIO DE LA RED INFORMAL DE APOYO DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, TENENCIA DE PAREJA, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DISCAPACIDAD, FORMA DE CONVIVENCIA, ENTORNO RESIDENCIAL Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONAL DE REFERENCIA). Descriptivos

	N	Media	Mediana	Moda	Min	Max	Desviación típica
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>4,7</b>	3	2	0	30	5,160
<b>Hombre</b>	124	5,0	3	2	0	25	5,346
<b>Mujer</b>	62	4,3	2	2	0	30	4,774
<b>Menos de 30 años</b>	13	6,1	3	2	0	30	7,772
<b>30-40 años</b>	47	5,3	4	2	0	20	4,964
<b>41-50 años</b>	74	4,1	2	2	0	25	4,474
<b>Más de 50 años</b>	52	4,8	3	1	0	25	5,488
<b>Tiene pareja</b>	43	5,6	3	2	0	25	6,025
<b>No tiene pareja</b>	143	4,5	3	2	0	30	4,864
<b>Esquizofrenia</b>	126	4,4	3	2	0	20	4,392
<b>Trastorno Bipolar</b>	15	6,5	3	2	1	25	7,836
<b>Depresión Mayor</b>	13	5,6	5	5	0	25	6,423
<b>Trastorno de personalidad</b>	20	6,5	4	4	0	30	6,977
<b>33%-65%</b>	118	5,03	3	2	0	30	5,671
<b>Más de 65%</b>	63	4,02	3	2	0	20	4,125
<b>Viven solos/as</b>	26	3,85	3	2	1	10	2,541
<b>Viven acompañados/as</b>	159	4,89	3	2	0	30	5,473
<b>Municipio rural</b>	84	3,94	3	2	0	25	3,900
<b>Municipio urbano</b>	102	5,37	3	2	0	30	5,943
<b>Es autónomo/a</b>	36	7,22	3,5	2	0	30	5,943
<b>Requiere de apoyos</b>	148	4,08	3	2	0	25	4,020

#### 4.1.4 Nivel de estudios, recursos económicos y empleo de las personas usuarias

Se advierte una **gran variedad en lo que respecta al perfil formativo** de estas personas. Aún así el porcentaje más alto se concentra en el caso de personas con estudios primarios o equivalentes (29,8%).

GRAFICO 20: NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes

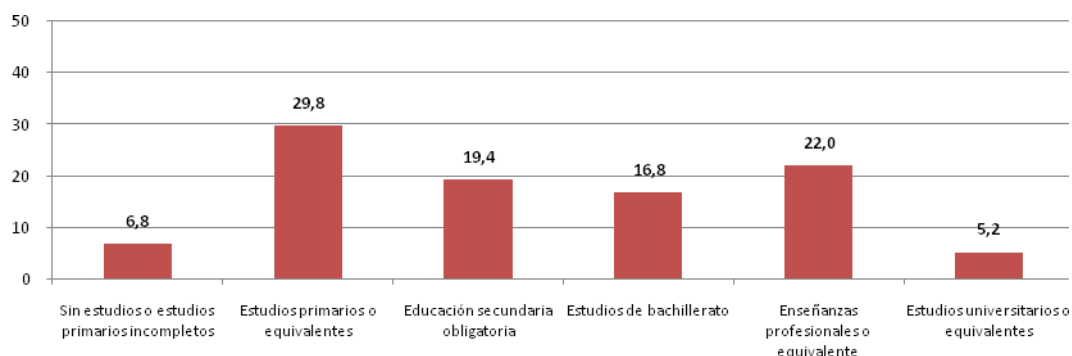
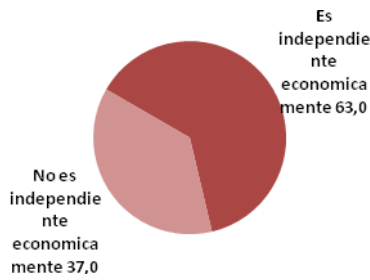


GRAFICO 21: INDEPENDENCIA ECONÓMICA DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



Alrededor de seis de cada diez personas encuestadas son independientes económicamente, mientras que **el 37% restante no dispone de independencia económica**. En el caso de las mujeres esta cifra se eleva hasta el 46,8%.

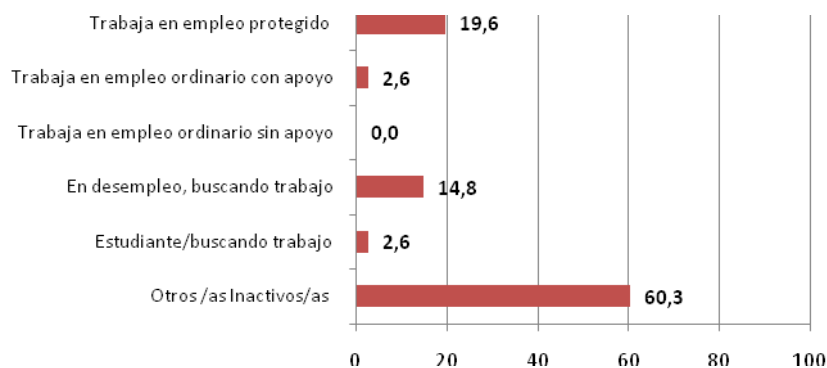
A medida que aumenta la edad aumenta significativamente la proporción de personas económicamente independientes.

TABLA 17: INDEPENDENCIA ECONÓMICA DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN EL SEXO, EDAD Y DIAGNOSTICO PRINCIPAL. Porcentajes

	N	Es independiente económicamente	No es independiente económicamente	Sig.
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>63,0</b>	<b>37,0</b>	
<b>Hombre</b>	127	67,7	32,3	
<b>Mujer</b>	62	53,2	46,8	
<b>Menos de 30 años</b>	14	35,7	64,3	
<b>30-40 años</b>	48	50,0	50,0	(*)
<b>41-50 años</b>	74	60,8	39,2	
<b>Más de 50 años</b>	53	84,9	15,1	
<b>Esquizofrenia</b>	129	61,2	38,8	
<b>Trastorno Bipolar</b>	16	75,0	25,0	
<b>Depresión Mayor</b>	13	76,9	23,1	
<b>Trastorno de personalidad</b>	19	57,9	42,1	

**Casi ocho de cada diez personas consultadas carece de empleo** -independientemente de la modalidad en la que éste se produzca-, siendo la mayoría (60,3%) personas inactivas que no estudian ni buscan empleo (personas jubiladas, pensionistas, etc.). Por otro lado, la mayoría de quienes trabajan lo hacen bajo la fórmula de empleo protegido en un Centro Especial de Empleo (19,6%). **Las personas que cuentan con un empleo ordinario (con apoyo) representan un 2,6% del total.**

GRAFICO 22: RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD LABORAL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



Aunque la escasez de muestra a la hora de establecer algunas comparaciones obliga a tomar con cautela las mismas, parece que el hecho de haber tenido algún ingreso en la unidad de



psiquiatría durante el último año condiciona negativamente el acceso y/o permanencia en el empleo y en el lado opuesto, las personas que no requieren de apoyos para la realización de las actividades de la vida diaria presentan mayores probabilidades de tener un empleo.

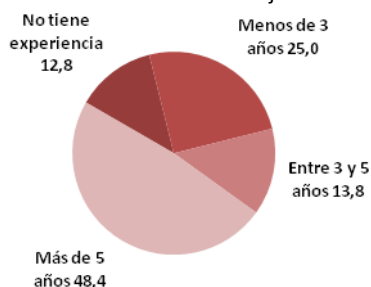
También cabe considerar que la fotografía en este caso es diferente en cada una de las entidades ya que el peso que el servicio de carácter sociolaboral tiene en cada una de ellas ha condicionado sustancialmente la muestra estudiada. Buena parte de las personas atendidas en ASAFES tienen un empleo mientras que AGIFES atiende mayoritariamente a personas sin empleo.

TABLA 18: RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD LABORAL DE LAS PERSONAS USUARIAS (CON O SIN EMPLEO) SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA, NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONAL DE REFERENCIA) Y ASOCIACIÓN. Porcentajes

	N	Tiene un empleo (*)	No tiene empleo	Sig.
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>22,2</b>	<b>77,8</b>	
<b>Hombre</b>	127	22,0	78,0	
<b>Mujer</b>	62	22,6	77,4	
<b>Menos de 30 años</b>	14	21,4	78,6	
<b>30-40 años</b>	47	29,8	70,2	
<b>41-50 años</b>	73	19,2	80,8	
<b>Más de 50 años</b>	55	20,0	80,0	
<b>Esquizofrenia</b>	128	20,3	79,7	
<b>Trastorno Bipolar</b>	16	25,0	75,0	
<b>Depresión Mayor</b>	13	15,4	84,6	
<b>Trastorno de personalidad</b>	20	35,0	65,0	
<b>33%-65%</b>	120	23,3	76,7	
<b>Más de 65%</b>	64	21,9	78,1	
<b>Con ingresos en psiquiatría</b>	27	0,0	100,0	(*)
<b>Sin ingresos en psiquiatría</b>	164	25,6	74,4	
<b>Es autónomo/a</b>	39	53,8	46,2	(*)
<b>Necesita apoyos</b>	148	14,2	85,8	
<b>ASASAM</b>	35	20	80	
<b>AGIFES</b>	94	8,5	91,5	
<b>ASAFES</b>	60	45	55	

(\*) Se refiere a un empleo en cualquiera de sus modalidades: empleo protegido, ordinario con apoyo u ordinario sin apoyo.

GRÁFICO 23: EXPERIENCIA LABORAL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



Con independencia de la situación actual, casi la mitad de estas personas (48,4%) cuenta con una experiencia laboral superior a los 5 años; el 12,8% no tienen ninguna experiencia laboral; y una de cada cuatro tiene menos de 3 años de experiencia.

La media de años de experiencia laboral de este colectivo se sitúa en poco más de 8 años, si bien las situaciones oscilan entre carecer por completo de experiencia laboral y haber trabajado más de 30 años.

Si se analizan con detalle algunas de las diferencias según variables independientes se observa que la media es menor entre las mujeres y entre las personas más jóvenes.

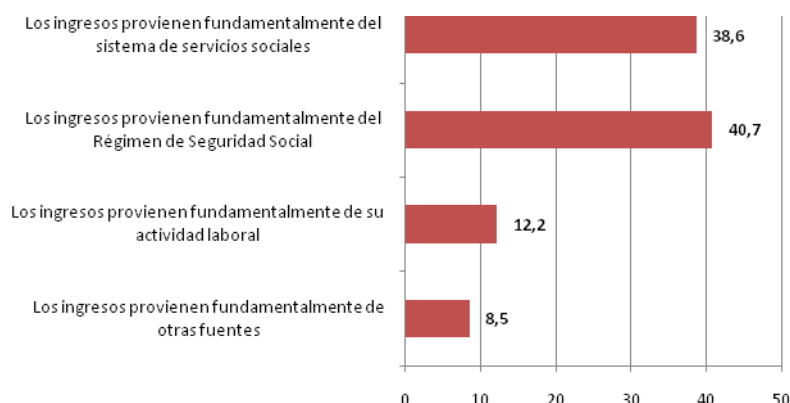
TABLA 19: MEDIA DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO Y ORGANIZACIÓN. Descriptivos

	N	Media	Sig.	Mediana	Moda	Min	Max	Desv. Tip.
<b>Total</b>	<b>188</b>	8,4		5	0	0	36	8,464
<b>Hombre</b>	126	9,1		6	0	0	36	8,551
<b>Mujer</b>	62	7,0		4,5	0	0	34	8,189
<b>Menos de 30 años</b>	14	1,1		1	1	0	4	1,277
<b>30-40 años</b>	47	4,4	(*)	3	1	0	18	4,187
<b>41-50 años</b>	73	7,3		5	0	0	27	7,407
<b>Más de 50 años</b>	54	15,2		13	10	0	36	9,230
<b>Esquizofrenia</b>	127	8,2	(*)	5	0	0	36	8,589
<b>Trastorno Bipolar</b>	16	9,2		4	3	0	34	10,102
<b>Depresión Mayor</b>	13	10,1		8	0	0	30	9,142
<b>Trastorno de personalidad</b>	20	8,3		8	9	0	25	7,199
<b>Algún diagnóstico añadido</b>	66	8,3		5,5	0	0	30	7,602
<b>Sin diagnósticos añadidos</b>	122	8,4		5	0	0	36	8,926
<b>ASASAM</b>	35	9,		7	0,5	0	35	8,715
<b>AGIFES</b>	94	6,9		4,5	0	0	34	7,651
<b>ASAFES</b>	59	9,9		6	0	0	36	9,261

Los ingresos económicos del 40,7% de las personas encuestadas provienen fundamentalmente del Régimen de la Seguridad Social (pensiones por incapacidad permanente, jubilación, orfandad...) y para otro 38,6% su fuente principal de ingresos proviene del sistema de Servicios Sociales (RGI, pensión no contributiva por dependencia...).

**Sólo un 12,2% de los casos se corresponden con personas que están en disposición de vivir de sus propios ingresos a través del empleo.** Este dato indica a su vez que buena parte de las personas de este colectivo que han accedido a un empleo no disponen de un salario suficiente para mantener cubiertas sus necesidades (recordemos que un 22,2% del colectivo estudiado tiene empleo).

GRAFICO 24: PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS ECONOMICOS DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



Además, es importante destacar que para **un 8,5% de las personas** encuestadas la fuente principal de ingresos no coincide con ninguna de las anteriores, esto es, se trata de personas que no llegan al 65% de grado de discapacidad y por tanto no acceden a determinadas ayudas sociales; personas que no cuentan con un empleo; personas cuyo tiempo de experiencia laboral no ha sido suficiente como para acceder a pensiones contributivas, etc. En estos casos fundamentalmente **es la familia la que está dando soporte económico** a estas personas.

Cabe recordar, que aquellas personas cuyos ingresos dependen del sistema de servicios sociales verán condicionado su futuro en mayor medida y en este sentido cabe prestar especial atención a la situación de las mujeres quienes presentan una tasa por encima de la media.

TABLA 20: PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS ECONOMICOS (SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES U OTRAS FUENTES) DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO Y EDAD. Porcentajes

	N	sistema de servicios sociales	otras fuentes	Sig.
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>38,6</b>	<b>61,4</b>	
<b>Hombre</b>	128	34,4	65,6	
<b>Mujer</b>	61	47,5	52,5	
<b>Menos de 30 años</b>	14	42,9	57,1	
<b>30-40 años</b>	48	50,0	50,0	(*)
<b>41-50 años</b>	72	41,7	58,3	
<b>Más de 50 años</b>	55	23,6	76,4	

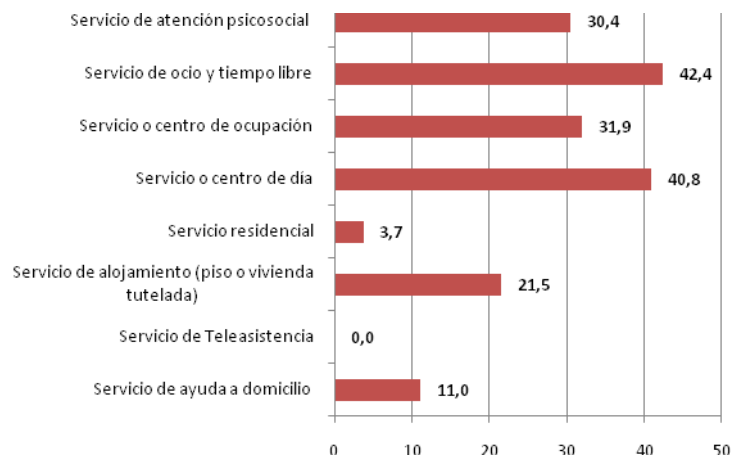
#### 4.1.5 Atención profesional que reciben las personas usuarias

Los servicios<sup>39</sup> de ocio y tiempo libre (42,2% del total de personas consultadas) y el de centros de día (40,8%) son los más utilizados por el colectivo de personas usuarias de FEDEAFES<sup>40</sup>.

GRAFICO 25: USO DE LOS SERVICIOS SOCIALES POR PARTE DE LAS PERSONAS USUARIAS (con independencia de que lo ofrezca o no la asociación de FEDEAFES). Porcentajes

<sup>39</sup> Estos porcentajes no suman 100% porque como se ha dicho una misma persona puede acudir a más de un servicio a la vez.

<sup>40</sup> Cabe recordar que si bien efectivamente estos dos servicios aglutinan a la mayoría de personas usuarias de FEDEAFES en el universo, la muestra adolece de una ligera sobrerrepresentación de estos colectivos (40,8% frente a 33,6% en el primer caso y 46,6% frente a 26,6% en el segundo). Así mismo, hay cierta sobrerrepresentación de personas que acuden al servicio de alojamiento (que representan el 16,5% mientras que en el conjunto del universo su peso de este grupo es del 6,8%) así como al servicio de intervención socioeducativa (28,3% en la muestra frente al 9,6% en el universo).



El servicio o centro de día es utilizado significativamente más por las personas más mayores (a partir de 40 años) así como por aquellas personas que requieren de apoyos. Además, las personas con algún diagnóstico añadido o patología asociada acuden significativamente en mayor medida al servicio de ocio y tiempo libre.

También se advierten diferencias estadísticamente significativas en el uso del Servicio de Ayuda a Domicilio (**SAD**) en función de la forma de convivencia así como de la autonomía de las personas, siendo las personas que viven solas y aquellas no autónomas las que significativamente más uso hacen de este servicio. No obstante merece la pena resaltar que actualmente **sólo un 34,5% de las personas de este colectivo que viven solas están recibiendo este servicio.**

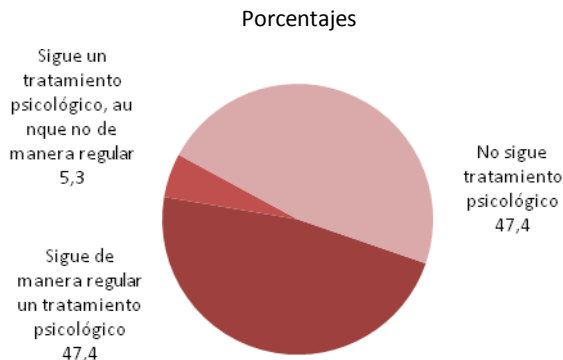
Por último, cabe señalar diferencias significativas en el uso del servicio o centro de ocupación en función de la autonomía, siendo significativamente superior la proporción de personas autónomas que acuden a dicho servicio.

TABLA 21: USO DE LOS SERVICIOS SOCIALES POR PARTE DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DISCAPACIDAD, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO, FORMA DE CONVIVENCIA (SOLOS/AS O ACOMPAÑADOS/AS) Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES. Porcentajes sobre el total de casos de cada segmento

	N	SAD	Serv. alojamiento (piso o vivienda tutelada)	Serv. residencial	Serv. o CAD	Serv. o CO	Serv. ocio y tiempo libre	Serv. de atención psicosocial
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>11,0</b>	<b>21,5</b>	<b>3,7</b>	<b>47,1</b>	<b>31,9</b>	<b>42,4</b>	<b>30,4</b>
<b>Hombre</b>	<b>128</b>	<b>9,4</b>	<b>22,7</b>	<b>3,9</b>	<b>45,3</b>	<b>32,8</b>	<b>42,2</b>	<b>32,8</b>
<b>Mujer</b>	<b>63</b>	<b>14,3</b>	<b>19,0</b>	<b>3,2</b>	<b>50,8</b>	<b>30,2</b>	<b>42,9</b>	<b>25,4</b>
<b>Menos de 30 años</b>	<b>14</b>	<b>0,0</b>	<b>21,4</b>	<b>0,0</b>	<b>21,4</b>	<b>50,0</b>	<b>64,3</b>	<b>42,9</b>
<b>30-40 años</b>	<b>48</b>	<b>8,3</b>	<b>22,9</b>	<b>6,3</b>	<b>33,3</b>	<b>41,7</b>	<b>45,8</b>	<b>27,1</b>
<b>41-50 años</b>	<b>74</b>	<b>8,1</b>	<b>20,3</b>	<b>4,1</b>	<b>56,8</b>	<b>24,3</b>	<b>39,2</b>	<b>31,1</b>
<b>Más de 50 años</b>	<b>55</b>	<b>20,0</b>	<b>21,8</b>	<b>1,8</b>	<b>52,7</b>	<b>29,1</b>	<b>38,2</b>	<b>29,1</b>
<b>Esquizofrenia</b>	<b>130</b>	<b>10,0</b>	<b>20,0</b>	<b>5,4</b>	<b>49,2</b>	<b>27,7</b>	<b>40,8</b>	<b>29,2</b>
<b>Trastorno Bipolar</b>	<b>16</b>	<b>18,8</b>	<b>31,3</b>	<b>0,0</b>	<b>37,5</b>	<b>31,3</b>	<b>56,3</b>	<b>43,8</b>
<b>Depresión Mayor</b>	<b>13</b>	<b>7,7</b>	<b>23,1</b>	<b>0,0</b>	<b>53,8</b>	<b>30,8</b>	<b>61,5</b>	<b>46,2</b>
<b>Trastorno de personalidad</b>	<b>20</b>	<b>5,0</b>	<b>30,0</b>	<b>0,0</b>	<b>40,0</b>	<b>50,0</b>	<b>45,0</b>	<b>35,0</b>

<b>33%-65%</b>	122	9,8	20,5	4,1	43,4	34,4	39,3	27,0
<b>Más de 65%</b>	64	12,5	25,0	3,2	54,7	29,7	45,3	34,4
<b>Algún diagnóstico añadido</b>	68	11,8	25,0	3,0	38,2	39,7	54,4	36,8
<b>Sin diagnóstico añadido</b>	123	10,6	19,5	4,1	52,0	27,6	35,8	26,8
<b>Viven solos/as</b>	29	34,5	10,3	0,0	41,4	34,5	51,7	41,4
<b>Viven acompañados/as</b>	161	6,8	23,6	4,3	48,4	31,7	40,4	28,0
<b>Es autónomo/a</b>	39	0,0	10,3	0,0	12,8	66,7	41,0	30,8
<b>Requiere de apoyos</b>	150	14,0	24,7	4,7	55,3	23,3	42,0	29,3

GRAFICO 26: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS PERSONAS USUARIAS.



El 47,4% de las personas consultadas sigue de manera regular un tratamiento psicológico, un 5,3% sigue un tratamiento de estas características aunque no lo hace de manera regular y el **47,4% no sigue ningún tratamiento psicológico.**

Resulta llamativo el hecho de que sólo la mitad de las personas afectadas por enfermedad mental consultadas estén recibiendo actualmente tratamiento psicológico -bien sea a través de los servicios de las asociaciones de FEDEAFES o de otros recursos- ya que de acuerdo con las guías de atención a personas con estas patologías el tratamiento psicológico es más que recomendable en la mayoría de los casos.

Si se observa el perfil de aquellas personas que no lo reciben se aprecia que un 47,3% de las personas con esquizofrenia no acceden a este tipo de tratamiento, un 37% de las personas que tuvieron que ser ingresadas en el último año no reciben este tipo de tratamiento con regularidad, etc.

TABLA 22: PERSONAS QUE SIGUEN DE MANERA REGULAR UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD E INGRESOS EN PSIQUIATRÍA. Porcentajes

	N	Sigue de manera regular un tratamiento psicológico
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>47,4</b>
<b>Hombre</b>	61	47,7
<b>Mujer</b>	29	46,8
<b>Menos de 30 años</b>	7	50,0
<b>30-40 años</b>	26	54,2
<b>41-50 años</b>	32	43,2
<b>Más de 50 años</b>	25	46,3
<b>Esquizofrenia</b>	68	52,7
<b>Trastorno Bipolar</b>	7	43,8
<b>Depresión Mayor</b>	7	53,8
<b>Trastorno de personalidad</b>	7	35,0
<b>33%-65%</b>	51	41,8
<b>Más de 65%</b>	36	57,1
<b>Sin ingresos en psiquiatría</b>	73	44,8
<b>Con ingresos en psiquiatría</b>	17	63

Buena parte de los servicios mencionados son prestados por las asociaciones de FEDEAFES. Si se compara el siguiente gráfico (uso de los servicios de las asociaciones de FEDEAFES) con el anterior (uso de servicios sociales por parte de las personas usuarias de FEDEAFES) se puede comprobar la cobertura de dichos servicios por parte de estas asociaciones, si bien estos datos varían en función de cada una de las entidades.

GRAFICO 27: SERVICIOS DE LAS ASOCIACIONES DE FEDEAFES QUE UTILIZAN LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN ASOCIACIÓN. Porcentajes

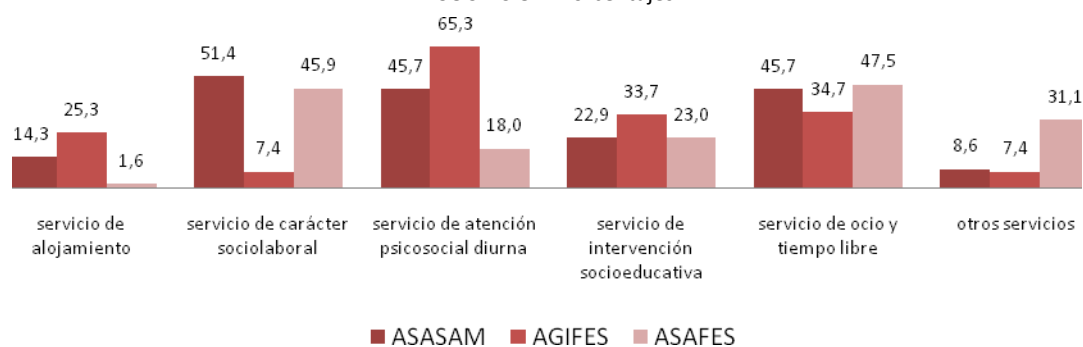


TABLA 23: SERVICIOS DE LAS ASOCIACIONES DE FEDEAFES QUE UTILIZAN LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD Y DIAGNÓSTICO PRINCIPAL. Porcentajes sobre total de casos de cada segmento

	N	Atención psicosocial diurna	Servicio de ocio y tiempo libre	intervención socioeducativa	Servicio de carácter sociolaboral	Servicio de alojamiento	Otros servicios
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>46,6</b>	<b>40,8</b>	<b>28,3</b>	<b>27,7</b>	<b>15,7</b>	<b>15,2</b>
<b>Hombre</b>	<b>128</b>	<b>44,5</b>	<b>39,8</b>	<b>28,1</b>	<b>26,6</b>	<b>18,2</b>	<b>14,3</b>
<b>Mujer</b>	<b>63</b>	<b>50,8</b>	<b>42,9</b>	<b>28,6</b>	<b>30,2</b>	<b>13,1</b>	<b>17,5</b>
<b>Menos de 30 años</b>	<b>14</b>	<b>21,4</b>	<b>64,3</b>	<b>21,4</b>	<b>50,0</b>	<b>15,4</b>	<b>30,8</b>
<b>30-40 años</b>	<b>48</b>	<b>33,3</b>	<b>41,7</b>	<b>22,9</b>	<b>37,5</b>	<b>13,6</b>	<b>14,6</b>
<b>41-50 años</b>	<b>74</b>	<b>56,8</b>	<b>39,2</b>	<b>28,4</b>	<b>18,9</b>	<b>15,5</b>	<b>10,8</b>
<b>Más de 50 años</b>	<b>55</b>	<b>50,9</b>	<b>36,4</b>	<b>34,5</b>	<b>25,5</b>	<b>20,4</b>	<b>18,5</b>
<b>Esquizofrenia</b>	<b>130</b>	<b>49,2</b>	<b>39,2</b>	<b>27,7</b>	<b>24,6</b>	<b>13,6</b>	<b>14,7</b>
<b>Trastorno Bipolar</b>	<b>16</b>	<b>37,5</b>	<b>50,0</b>	<b>43,8</b>	<b>25,0</b>	<b>33,3</b>	<b>20,0</b>
<b>Depresión Mayor</b>	<b>13</b>	<b>46,2</b>	<b>61,5</b>	<b>23,1</b>	<b>30,8</b>	<b>15,4</b>	<b>15,4</b>
<b>Trastorno de personalidad</b>	<b>20</b>	<b>40,0</b>	<b>45,0</b>	<b>30,0</b>	<b>35,0</b>	<b>27,8</b>	<b>20,0</b>

La siguiente tabla muestra datos que permiten describir el perfil mayoritario de personas usuarias de cada uno de los servicios y nuevamente cabe remarcar las diferencias en función del sexo:

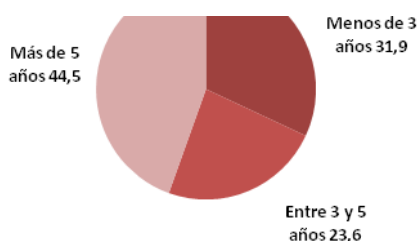
TABLA 24: PERFIL DE LAS PERSONAS POR TIPO DE SERVICIO DE LAS ASOCIACIONES DE FEDEAFES SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO, PORCENTAJE DISCAPACIDAD Y AUTONOMÍA. Porcentajes verticales

	Atención psicosocial diurna	Servicio de ocio y tiempo libre	intervención socioeducativa	Servicio de carácter sociolaboral	Servicio de alojamiento	Otros servicios
<i>N</i>	89	78	54	53	30	29
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Hombre</b>	64	65,4	66,7	64,2	73,3	62,1
<b>Mujer</b>	36	34,6	33,3	39,8	26,7	37,9
<b>Menos de 30 años</b>	3,4	11,5	5,6	13,2	6,7	13,8
<b>30-40 años</b>	18	25,6	20,4	34	20	24,1
<b>41-50 años</b>	47,2	37,2	38,9	26,4	36,7	27,6
<b>Más de 50 años</b>	31,5	25,6	35,2	26,4	36,7	34,5
<b>Esquizofrenia</b>	76,2	67,1	69,2	68,1	58,6	67,9
<b>Trastorno Bipolar</b>	7,1	10,5	13,5	8,5	17,2	10,7
<b>Depresión Mayor</b>	7,1	10,5	5,8	8,5	6,9	7,1
<b>Trastorno de personalidad</b>	9,5	11,8	11,5	14,9	17,2	14,3
<b>Algún diagnóstico añadido</b>	28,1	43,6	44,4	43,4	40	27,6
<b>Sin diagnóstico añadido</b>	71,9	56,4	55,6	56,6	60	72,4
<b>33%-65%</b>	59,8	62,2	55,6	73,6	60	67,9
<b>Más de 65%</b>	40,2	37,8	44,4	26,4	40	32,1
<b>Es autónomo/a</b>	5,7	19,7	9,3	50,9	0	14,8
<b>Requiere de apoyos</b>	94,3	80,3	90,7	49,1	100	85,2

Aproximadamente la mitad de las personas encuestadas hace uso de dos o más de estos servicios lo que refleja en cierto modo el carácter integral de la intervención que desarrollan estas entidades. Concretamente el 20% de las personas usuarias del servicio de alojamiento son también usuarias del servicio de ocio y del servicio de carácter sociolaboral. El 26% de las personas atendidas en el servicio de atención psicosocial diurna acuden también al servicio de ocio y tiempo libre, etc.



GRAFICO 28: TIEMPO QUE LLEVAN SIENDO USUARIOS/AS DE LAS ASOCIACIONES DE FEDEAFES. Porcentajes



Un 45% de las personas encuestadas llevan más de 5 años siendo atendidas en alguna de las asociaciones que componen FEDEAFES y el tiempo medio que estas personas llevan siendo atendidas en las distintas organizaciones es de 6,3 años.

En cuanto al sexo cabe destacar que mientras casi la mitad de los hombres son veteranos en la asociación, el porcentaje de mujeres que son usuarias desde hace más de 5 años ronda el 35%. Este dato complementa uno de los primeros indicadores analizados -que advertía de una menor presencia de mujeres entre las personas usuarias- y muestra que la incorporación de las mujeres ha sido más tardía.

El informe “Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres en FEDEAFES” elaborado por esta entidad en 2012 apunta algunas razones para este hecho: *“el rol tradicional femenino que las vincula al trabajo doméstico; el papel de las familias que las sobreprotegen y las impulsan en mayor medida a quedarse en casa; el escaso nivel de empoderamiento de las mujeres con enfermedad mental que les impide percibirse como sujeto de derechos; el hecho de que los servicios estén diseñados siguiendo un patrón de necesidades masculino, centrado en el autocuidado básico, para el que las mujeres, sobre todo las mayores, disponen de más herramientas, mientras que ignoran los requerimientos más sofisticados del cuidado femenino, centrados en lo emocional y en lo relacional; la posible existencia de diferentes sensibilidades hacia las mujeres y los hombres en los centros de derivación, que tenderían a percibir como menos problemático que las mujeres con enfermedad mental se queden en casa, incluso de manera inconsciente, dada la naturalización social del rol doméstico femenino”*.

Nuevamente se observan diferencias entre las tres entidades analizadas y también son notables las diferencias entre un tipo y otro de servicio. Así la media aumenta en el caso de ASASAM y disminuye en el de AGIFES.

TABLA 25: TIEMPO QUE LLEVAN SIENDO USUARIOS/AS DE LAS ASOCIACIONES DE FEDEFES EN FUNCIÓN DEL SEXO, EDAD, ASOCIACIÓN Y TIPO DE SERVICIO (de la asociación). Descriptivos

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desv. Tip.</b>
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>6,3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>5,491</b>
<b>Hombre</b>	<b>128</b>	<b>7,1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>5,562</b>
<b>Mujer</b>	<b>63</b>	<b>4,7</b>	<b>2,5</b>	<b>1</b>	<b>5,035</b>
<b>Menos de 30 años</b>	<b>14</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2</b>	<b>1,336</b>
<b>30-40 años</b>	<b>48</b>	<b>5,3</b>	<b>4,5</b>	<b>2</b>	<b>4,061</b>
<b>41-50 años</b>	<b>74</b>	<b>6,8</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>5,350</b>
<b>Más de 50 años</b>	<b>55</b>	<b>7,4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>6,825</b>
<b>ASASAM</b>	<b>35</b>	<b>8,2</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>4,531</b>
<b>AGIFES</b>	<b>95</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0,5</b>	<b>4,796</b>
<b>ASAFES</b>	<b>61</b>	<b>7,1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>6,519</b>
<b>Servicio de alojamiento</b>	<b>53</b>	<b>6,6</b>	<b>5,5</b>	<b>1</b>	<b>4,982</b>
<b>Servicio de carácter sociolaboral</b>	<b>89</b>	<b>6,8</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4,809</b>
<b>Atención psicosocial diurna</b>	<b>54</b>	<b>6,2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4,934</b>
<b>Intervención socioeducativa</b>	<b>78</b>	<b>5,7</b>	<b>4,5</b>	<b>3</b>	<b>4,465</b>
<b>Servicio de ocio y tiempo libre</b>	<b>29</b>	<b>6,2</b>	<b>4</b>	<b>0,5</b>	<b>6,102</b>
<b>Otros servicios de la asociación</b>	<b>30</b>	<b>7,5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7,553</b>

Para poder interpretar adecuadamente estos datos, es importante tener en cuenta el carácter de algunos de estos servicios así como la perspectiva de intervención coordinada bajo la que trabajan algunas de las organizaciones.

Algunos servicios tienen objetivos muy concretos que una vez alcanzados conllevan la derivación de la persona usuaria a otros recursos fuera de la organización con los que se trabaja de forma coordinada, lo que significa que no siempre el trabajo de intervención con una persona puede medirse en función del tiempo transcurrido en una misma organización. Es el caso de AGIFES.

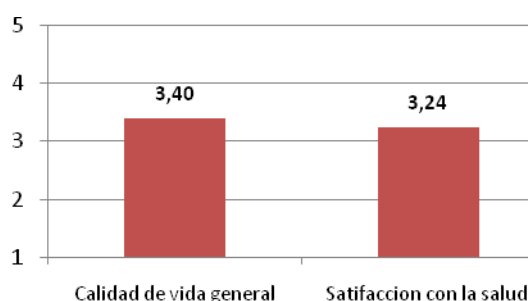
No obstante, este aspecto se ve condicionado a su vez por el contexto de recursos disponibles en el entorno, lo que explica algunas de las diferencias entre unos territorios y otros. Así, ASASAM cuenta con personas usuarias de muy largo recorrido ya que no existen otras entidades que atiendan al colectivo con servicios complementarios a los suyos en el entorno cercano.

## 4.2.- NIVELES DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA O SUBJETIVA

Este apartado tiene como objetivo aproximarse al análisis de la calidad de vida percibida por las propias personas usuarias de FEDEAFES, también llamada en el contexto de este estudio calidad de vida subjetiva. Se trata pues de una exposición descriptiva en base a dos preguntas relativas a la calidad de vida en general procedentes del cuestionario WHOQOL-BREF<sup>41</sup>. Concretamente las dos preguntas que se analizarán son:

- 1.- En general, ¿cómo puntuaría su calidad de vida?  
2.- ¿Está satisfecho-a con su salud?

GRÁFICO 29: MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES SOBRE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA GENERAL Y SATISFACCIÓN CON LA SALUD. Puntuaciones directas



En una escala del 1 al 5, **las personas usuarias consultadas puntúan sus niveles de calidad de vida general con una nota media 3,40 puntos**. Estas personas parecen mostrarse **algo menos satisfechas con su salud, cuestión que valoran con una nota media de 3,24 puntos**.

El resto de estadísticos muestran poca dispersión en el conjunto de respuestas recibidas, lo que indica que la tendencia mayoritaria ha sido a puntuar de forma tibia con un tres.

TABLA 26: PUNTUACIONES SOBRE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA GENERAL Y SATISFACCIÓN CON LA SALUD. Descriptivos

	N	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desv. Tip.
Percepción Calidad de Vida general	189	3,4	3	3	1	5	0,909
Satisfacción con la salud	189	3,24	3	3	1	5	0,981

Un análisis complementario de estas variables apunta a que casi la mitad de las personas encuestadas (47,1%) perciben su calidad de vida como buena o muy buena (puntúan con un 4 o 5). Un 38,6% ofrecen una puntuación intermedia (puntúa con un 3) mientras que un minoritario 14,3% calificaría su calidad de vida como mala o muy mala puntúa con un 1 o un 2).

En lo que respecta a la satisfacción de estas personas con su salud, los datos muestran que algo más del 40% valoran esta cuestión con una nota intermedia, mientras que un 38,6% afirma sentirse satisfecho/a o muy satisfecho/a con esta cuestión. Aun así, dos de cada diez personas se muestran insatisfechas o muy insatisfechas con su salud.

<sup>41</sup> Op. Cit.

GRAFICO 30: CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes

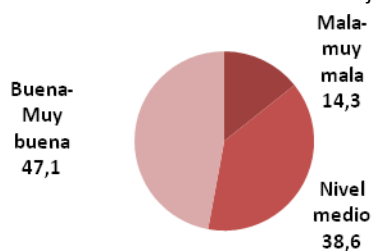
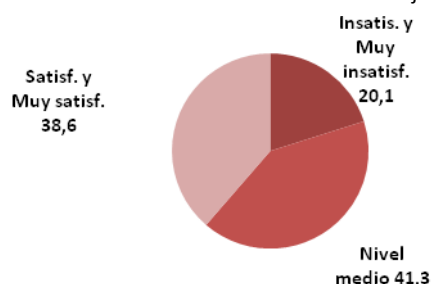


GRAFICO 31: SATISFACCIÓN CON LA SALUD DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes



No se advierten grandes diferencias en la **calidad de vida percibida** en función del sexo o la edad de las personas consultadas.

Atendiendo al diagnóstico principal, los datos apuntan a que son las personas con depresión mayor las que peor valoración tienen de su calidad de vida (3,0 puntos). De igual modo, las personas que cuentan con otros diagnósticos añadidos o patologías asociadas ofrecen una nota algo menor en esta cuestión que las que no tienen ningún diagnóstico añadido o patología asociada (3,24 frente a 3,48).

Por último, cabe destacar las diferencias en la percepción de la calidad de vida en función de los ingresos en psiquiatría. Así, quienes no han ingresado en esta unidad durante el último año perciben su calidad de vida notablemente mejor que quienes sí han ingresado en esta unidad (3,47 frente a 2,96 puntos).

TABLA 27: CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES

	N	Mala - Muy mala	Indiferente	Buena-Muy buena	Puntuación Media
<b>Total</b>	189	14,3	38,6	47,1	3,40
<b>Hombre</b>	126	10,3	44,4	45,2	3,40
<b>Mujer</b>	63	22,2	27,0	50,8	3,40
<b>Menos de 30 años</b>	14	21,4	50,0	28,6	3,14
<b>30-40 años</b>	47	19,1	29,8	51,1	3,34
<b>41-50 años</b>	74	13,5	41,9	44,6	3,41
<b>Más de 50 años</b>	54	9,3	38,9	51,9	3,50
<b>Esquizofrenia</b>	129	10,9	38,8	50,4	3,47
<b>Trastorno Bipolar</b>	16	18,8	50,0	31,3	3,19
<b>Depresión Mayor</b>	13	23,1	38,5	38,5	3,00
<b>Trastorno de personalidad</b>	19	21,1	42,1	36,8	3,26
<b>33%-65%</b>	120	15,0	39,2	45,8	3,38
<b>Más de 65%</b>	64	12,5	37,5	50,0	3,44
<b>Algún diagnóstico añadido</b>	66	19,7	39,4	40,9	3,24
<b>Sin diagnósticos añadidos</b>	123	11,4	38,2	50,4	3,48
<b>Con ingresos en psiquiatría</b>	27	25,9	55,6	18,5	2,96
<b>Sin ingresos en psiquiatría</b>	162	12,3	35,8	51,9	3,47

Es autónomo/a	37	16,2	37,8	45,9	3,32
No es autónomo/a	150	14,0	38,7	47,3	3,41

Los resultados en relación a la **satisfacción de estas personas con su salud** son similares a los obtenidos con la calidad de vida percibida. En líneas generales, ni el sexo ni la edad parecen establecer grandes diferencias en esta cuestión si bien las mujeres (3,13) y las personas entre los 31 y 45 años (3,13) muestran una satisfacción algo menor con su salud.

Quienes tienen un diagnóstico de depresión mayor son de todas las que peor puntuación otorgan a esta cuestión (2,85), así como quienes cuentan con un porcentaje de discapacidad superior al 65% (3,20).

De nuevo, el hecho de haber ingresado recientemente en la unidad de psiquiatría vuelve a marcar las diferencias más notorias de todas las variables analizadas. Quienes no han ingresado en esta unidad se muestran más satisfechas con su salud que quienes han ingresado en alguna ocasión (3,31 puntos de media frente a 2,81).

TABLA 28: SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS CON SU SALUD SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES

	N	Insatisfecho/a y Muy insatisfecho/a	Indiferente	Satisfecho/a y Muy satisfecho/a	Puntuación Media
<b>Total</b>	189	20,1	41,3	38,6	3,24
<b>Hombre</b>	126	16,7	42,9	40,5	3,30
<b>Mujer</b>	63	27,0	38,1	34,9	3,13
<b>Menos de 30 años</b>	14	14,3	64,3	21,4	3,21
<b>30-40 años</b>	47	23,4	42,6	34,0	3,13
<b>41-50 años</b>	74	18,9	37,8	43,2	3,34
<b>Más de 50 años</b>	54	20,4	38,9	40,7	3,22
<b>Esquizofrenia</b>	129	17,8	41,1	41,1	3,30
<b>Trastorno Bipolar</b>	16	31,3	37,5	31,3	3,06
<b>Depresión Mayor</b>	13	30,8	46,2	23,1	2,85
<b>Trastorno de personalidad</b>	19	26,3	42,1	31,6	3,11
<b>33%-65%</b>	120	20,0	38,3	41,7	3,28
<b>Más de 65%</b>	64	20,3	45,3	34,4	3,20
<b>Algún diagnóstico añadido</b>	66	24,2	34,8	40,9	3,20
<b>Sin diagnósticos añadidos</b>	123	17,9	44,7	37,4	3,27
<b>Con ingresos en psiquiatría</b>	27	33,3	51,9	14,8	2,81
<b>Sin ingresos en psiquiatría</b>	162	17,9	39,5	42,6	3,31
<b>Es autónomo/a</b>	37	16,2	40,5	43,2	3,35
<b>No es autónomo/a</b>	150	21,3	41,3	37,3	3,21

### 4.3.- NIVELES DE CALIDAD DE VIDA OBJETIVA

Este apartado tiene como objetivo la aproximación al análisis de la calidad de vida objetiva de las personas usuarias de FEDEFES, es decir, la valoración de los y las profesionales de referencia que miden la calidad de vida de las personas usuarias través de la Escala Gencat<sup>42</sup>.

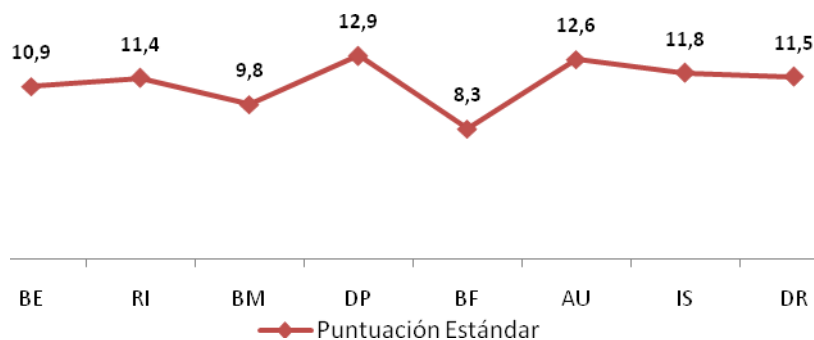
Además del análisis descriptivo de datos, se muestra un análisis encaminado a la validación de las hipótesis de trabajo inicialmente planteadas en relación con la posible asociación entre los niveles de calidad de vida y ciertos factores personales y contextuales.

#### 4.3.1 Calidad de vida “objetiva”:Escala GENCAT

A continuación se ofrecen los datos relativos a las puntuaciones estándar medias obtenidas por las personas encuestadas en las distintas dimensiones. Cabe recordar que las **puntuaciones estándar** indican la posición relativa de las personas encuestadas dentro de la muestra de tipificación (es decir, en comparación con la muestra que se consideró a la hora de desarrollar y validar el instrumento o test) en una escala del 1 al 20 y, a diferencia de las puntuaciones directas, permiten homogenizar y hacer comparables los resultados de las distintas dimensiones (ya que cada una de ellas tiene una puntuación directa máxima distinta).

Los datos indican que el Desarrollo Personal (12,9) y la Autodeterminación (12,6) son los aspectos que logran las puntuaciones estándar media más elevadas, mientras que el Bienestar Físico (8,3) y Bienestar Material (9,8) son los que obtienen las puntuaciones estándar media más reducidas.

GRÁFICO 32: PUNTUACIÓN ESTANDAR MEDIA DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA.



En cuanto al Índice de Calidad de Vida, se advierte que la puntuación estándar (compuesta) media asciende a 108,6 puntos en una escala cuyo máximo valor posible es de 138 puntos.

<sup>42</sup> Op. Cit.

TABLA 29: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA. PUNTUACIONES ESTANDAR

	<i>N</i>	Media	Min	Max
<b>Bienestar Emocional</b>	191	10,9	2	16
<b>Relaciones Interpersonales</b>	191	11,4	1	18
<b>Bienestar Material</b>	191	9,8	1	13
<b>Desarrollo Personal</b>	191	12,9	5	17
<b>Bienestar Físico</b>	191	8,3	1	14
<b>Autodeterminación</b>	191	12,6	5	16
<b>Inclusión Social</b>	191	11,8	1	17
<b>Derechos</b>	191	11,5	6	14
<b>INDICE CALIDAD DE VIDA</b>	191	108,6	66	138

Además de las puntuaciones estándar, resulta de interés conocer las puntuaciones percentiles medias obtenidas por este grupo de personas en las diferentes dimensiones de calidad de vida, así como en el Índice de Calidad de Vida. La **puntuación percentil** indica el porcentaje de personas de la muestra de tipificación que tiene una puntuación superior o inferior a la de las personas de la muestra recogida en este estudio.

En consonancia con las puntuaciones estándar, el análisis de las puntuaciones percentiles medias reflejan los índices más altos en las dimensiones de Desarrollo Personal (76,4) y Autodeterminación (75,8), mientras que los valores más bajos se corresponden con el Bienestar Físico (35,4) y el Bienestar material (50,0).

El Índice de Calidad de Vida, que deriva de la combinación de las ocho dimensiones de calidad (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos) obtiene una puntuación percentil media de 66,4 puntos

GRÁFICO 33: PUNTUACIÓN PERCENTIL MEDIA DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA

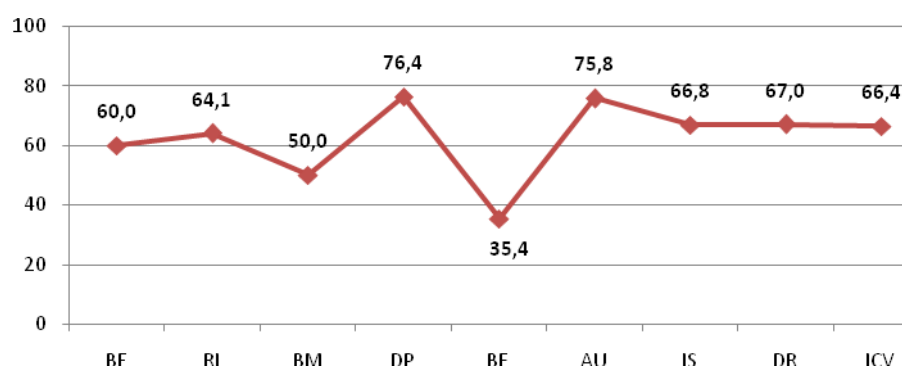
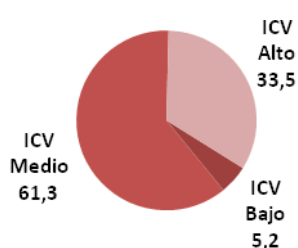


TABLA 30: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA. PUNTUACIONES PERCENTILES

	N	Media	Min	Max
<b>Bienestar Emocional</b>	191	60,0	<1	98
<b>Relaciones Interpersonales</b>	191	64,1	<1	>99
<b>Bienestar Material</b>	191	50,0	<1	84
<b>Desarrollo Personal</b>	191	76,4	5	99
<b>Bienestar Físico</b>	191	35,4	<1	91
<b>Autodeterminación</b>	191	75,8	5	98
<b>Inclusión Social</b>	191	66,8	<1	99
<b>Derechos</b>	191	67,0	9	91
<b>INDICE CALIDAD DE VIDA</b>	191	66,4	1	>99

Puede complementarse el análisis clasificando los casos estudiados en función de la puntuación estándar obtenida en el test diferenciando tres categorías: índice de calidad de vida bajo (entre 52 puntos-mínimo posible- y 84), medio (entre 85 y 116) y alto (índice superior a 117 puntos).

GRÁFICO 34: INDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS USUARIAS



El mayoritario (61,3%) es el grupo de personas cuyo Índice de Calidad de Vida se podría definir como medio. Una de cada tres personas muestra un índice alto, mientras que el grupo minoritario (5,2%) lo componen aquellas personas cuyo índice podría calificarse como bajo.

Cabe señalar que se han notado ciertas diferencias entre la autopercepción de la calidad de vida de las personas usuarias y los resultados de los test de calidad de vida aplicados por los y las profesionales de referencia. En general, se advierte que los usuarios y usuarias tienden a ser más optimistas a la hora de valorar su calidad de vida. Así, el 47,1% de las personas usuarias percibe su calidad de vida como buena o muy buena mientras que de acuerdo con la escala Gencat un 33,5% de las personas usuarias presenta un Índice de calidad de vida que podría considerarse alto.

TABLA 31: INDICE DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCALA GENCAT Y CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LA PERSONA USUARIA. Frecuencias y porcentajes

		Índice de Calidad de Vida – Escala Gencat				
		ICV Bajo	ICV Medio	ICV Alto	Total	
Calidad de vida percibida por la persona usuaria	<b>Mala-muy mala</b>	Absolutos	3	18	6	27
		% CV percibido	11,1	66,7	22,2	100
		% ICV profesional	30,0	15,5	9,5	14,3
	<b>Indiferente</b>	Absolutos	3,0	50,0	20,0	73
		% CV percibido	4,1	68,5	27,4	100
		% ICV profesional	30,0	43,1	31,7	38,6
	<b>Buena-muy buena</b>	Absolutos	4,0	48,0	37,0	89
		% CV percibido	4,5	53,9	41,6	100
		% ICV profesional	40,0	41,4	58,7	47,1
<b>Total</b>	Absolutos	10,0	116,0	63,0	189	



	% CV percibido	5,3	61,4	33,3	100
	% ICV profesional	100	100	100	100

Por otro lado, se ha llevado a cabo un análisis que ha permitido identificar una cierta asociación entre los niveles de **calidad de vida percibida** y **satisfacción de las personas con su salud** y el Índice de Calidad de Vida de la escala Gencat. Concretamente se ha observado que las personas que mejor valoran su calidad de vida y su estado de salud obtienen un Índice de Calidad de Vida “objetivo” significativamente superior al de las personas que otorgan a estas cuestiones puntuaciones más reducidas (Tablas 1A y 2A en anexos).

Estas variables también determinan diferencias estadísticamente significativas en la mayor parte de las dimensiones de calidad de vida analizadas. Quienes mejor perciben su calidad de vida obtienen puntuaciones más altas en las dimensiones Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Autodeterminación y Derechos. Por su parte, las personas más satisfechas con su salud alcanzan unas puntuaciones comparativamente más elevadas que el resto de personas en las dimensiones Bienestar Emocional, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación y Derechos.

#### 4.3.2 Factores que intervienen en la calidad de vida

##### Factores personales

FACTORES	HIPOTESIS RELACIONADAS CON EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS USUARIAS	RESULTADO ICV	RESULTADO DIMENSIONES
SEXO	Las <b>mujeres</b> con enfermedad mental presentan un nivel más bajo en el índice de Calidad de Vida así como en algunas de las dimensiones de calidad de vida.	X	X
EDAD	Las personas de más <b>edad</b> presentan un nivel más bajo en el índice de Calidad de Vida así como en algunas de las dimensiones de calidad de vida.	X	X

Nota: En adelante, la primera columna de resultados (Resultado ICV) se refiere a la detección de diferencias estadísticamente significativas en el Índice de Calidad de vida y la segunda columna (resultado dimensiones) marca la existencia de diferencias significativas en algunas de las dimensiones de la calidad de vida.

El análisis estadístico realizado no nos permite decir que estas variables establezcan influjo en los índices de Calidad de Vida - los resultados del análisis de la varianza (ANOVA) no permiten detectar diferencias estadísticamente significativas entre el Índice de Calidad de Vida y el sexo o la edad (tabla 32)-, si bien son variables que en determinados casos pueden favorecer o dificultar los niveles de algunas dimensiones concretas.

Concretamente en el caso de la **edad** se advierten ciertas diferencias en el Bienestar Material - siendo las personas más jóvenes las que peores puntuaciones presentan en esta dimensión- pero las diferencias desaparecen al neutralizar otras variables con mayor influjo como los ingresos en psiquiatría, las necesidades de apoyo, etc.(tabla 33).

TABLA 32: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DEL SEXO Y EDAD. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV		
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
<b>TOTAL</b>		<b>191</b>	<b>10,9</b>		<b>11,4</b>		<b>9,8</b>		<b>12,9</b>		<b>8,3</b>		<b>12,6</b>		<b>11,8</b>		<b>11,5</b>		108,6	
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	128	11,0		11,4		10,0		12,7		8,3		12,5		11,7		11,5		108,6	
	<b>Mujer</b>	63	10,7		11,6		9,3		13,1		8,2		12,9		12,0		11,5		108,6	
<b>Edad<sup>43</sup></b>	<b>Menos de 30 años</b>	14	10,7		11,7		8,9 (*)		13,0		7,1		12,9		11,7		12,0		107,4	
	<b>30-40 años</b>	48	10,8		11,6		10,1		13,1		8,6		12,1		12,2		11,8		109,6	
	<b>41-50 años</b>	74	10,6		10,9		9,3		12,5		8,0		12,5		11,7		11,1		106,2	
	<b>51-68 años</b>	55	11,5		11,9		10,4		13,0		8,7		13,3		11,6		11,7		111,4	
	<b>Superiores a primarios</b>	121	11,0		11,5		9,9		13,3		8,4		12,7		12,0		11,5		107,6	

TABLA 33: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA EDAD SEGÚN PORCENTAJE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRIA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV			
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	
<b>Edad</b>	<b>Menos de 30 años</b>	14	10,7		11,7		8,9 (*)		13,0		7,1		12,9		11,7		12,0		107,4		
	<b>30-40 años</b>	48	10,8		11,6		10,1		13,1		8,6		12,1		12,2		11,8		109,6		
	<b>41-50 años</b>	74	10,6		10,9		9,3		12,5		8,0		12,5		11,7		11,1		106,2		
	<b>51-68 años</b>	55	11,5		11,9		10,4		13,0		8,7		13,3		11,6		11,7		111,4		
	<b>33%-65%</b>	Menos de 30 años	10	10,4		11,5		8,6		12,7		6,2		13,0 (*)		11,4		12,2		105,5	
<b>PORCENTAJE DISCAPACIDAD</b>		30-40 años	32	11,1		11,9		10,3		13,3		9,0		12,3		12,7		11,8		111,7	
		41-50 años	49	10,8		11,1		9,2		12,7		8,3		12,6		11,8		10,9		106,9	
		51-68 años	31	11,5		12,4		10,2		14,0		8,9		13,9		12,4		11,7		114,0	
	<b>&gt; 65%</b>	Menos de 30 años	4	11,5		12,3		9,5		13,8		9,3		12,8		12,5		11,5		112,0	
		30-40 años	15	10,3		11,0		10,1		12,9		7,8		11,6		11,1		11,9		106,3	
		41-50 años	24	10,4		10,5		9,6		12,2		7,3		12,5		11,5		11,6		105,2	
		51-68 años	21	11,4		11,0		10,7		11,4		8,1		12,3		10,4		11,5		106,5	

<sup>43</sup> Además de realizar un análisis de la varianza o ANOVA con la edad recodificada se ha llevado a cabo un análisis de Correlación de Pearson con la variable numérica abierta original del cuestionario que tampoco ha arrojado diferencias estadísticamente significativas ni con el total ni con ninguna de las dimensiones de calidad.

INGRESOS EN PSIQUIATRÍA	<b>Sin ingresos</b>	Menos de 30 años	10	12,0	12,9	9,5	14,2	7,7	13,0	13,0	12,4	112,0		
		30-40 años	43	11,2	11,8	10,4	13,4	8,6	12,4	12,1	12,0	106,3		
		41-50 años	64	10,9	11,0	9,5	12,6	8,4	12,7	11,7	11,1	105,2		
		51-68 años	47	11,6	11,7	10,3	13,1	8,8	13,3	11,3	11,8	106,5		
	<b>Con ingresos</b>	Menos de 30 años	4	7,5	8,8	7,3	10,0	(*)	5,5	12,8	(*)	8,5	11,0	113,7
		30-40 años	5	7,6	10,4	7,4	10,4		8,0	9,2	12,6	9,8	111,2	
		41-50 años	10	8,8	10,1	7,7	12,0		5,3	11,2	11,3	11,2	107,5	
		51-68 años	8	10,5	13,1	11,1	12,9		7,8	13,0	13,8	11,1	111,2	
NECESIDADES DE APOYO	<b>Es autónomo/a</b>	Menos de 30 años	7	11,0	11,6	9,0	13,1	6,1	13,9	11,7	12,1	108,0		
		30-40 años	8	11,8	13,6	10,1	13,5	8,4	13,6	12,5	12,6	115,3		
		41-50 años	11	11,5	12,4	8,5	13,9	7,1	14,1	13,0	12,5	112,0		
		51-68 años	13	12,2	12,8	9,5	14,5	9,9	15,4	12,7	13,0	118,8		
	<b>Requiere de apoyos</b>	Menos de 30 años	7	10,4	11,9	8,7	12,9	8,0	12,0	11,7	11,9	106,7		
		30-40 años	40	10,6	11,2	10,1	13,0	8,6	11,8	12,1	11,6	108,5		
		41-50 años	62	10,5	10,7	9,4	12,4	8,2	12,2	11,5	10,9	105,5		
		51-68 años	41	11,1	11,6	10,6	12,5	8,3	12,5	11,2	11,2	108,4		

FACTORES	HIPOTESIS RELACIONADAS CON EL PERFIL DE LA ENFERMEDAD MENTAL DE LAS PERSONAS USUARIAS	RESULTADO ICV	RESULTADO DIMENSIONES
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Se espera una asociación significativa entre el Índice de Calidad de Vida y los <b>años de evolución de la enfermedad</b> así como en alguna de las dimensiones de calidad de vida.	X	✓ (DP y DR)
OTROS DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS	Las personas con <b>otros diagnósticos añadidos o patologías asociadas</b> presentan unos niveles más bajos en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas de las dimensiones de calidad de vida.	✓	✓ (RI, BM, DP, BF y AU)
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	A medida que el <b>porcentaje de discapacidad</b> aumenta los niveles en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas de las dimensiones de calidad de vida disminuyen.	✓	✓ (BE, DP, AU e IS)
NECESIDADES DE APOYO	A medida que aumentan las <b>necesidades de apoyo</b> disminuyen los niveles en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.	✓	✓ (RI, DR, AU y DP)
INGRESOS EN PSIQUIATRÍA	A medida que aumenta el <b>número de ingresos en psiquiatría</b> durante el último año desciende el Índice de Calidad de Vida y algunas de las dimensiones de calidad de vida disminuyen.(*)	✓	✓ (BE, BM, DP, BF y AU)
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Se espera una asociación significativa entre el Índice de Calidad de Vida y el <b>diagnóstico principal</b> que presenta la persona así como en alguna de las dimensiones de calidad de vida.(*)	X	X

Nota: las limitaciones del tamaño de la muestra obligan a tomar los resultados con especial cautela en los casos que se han marcado con un (\*)

La presencia de otros diagnósticos añadidos o de patologías asociadas, el porcentaje de discapacidad, las necesidades de apoyo y los ingresos en psiquiatría son cuestiones que parecen determinar diferencias estadísticamente significativas en el Índice de Calidad de Vida de las personas encuestadas y también, en los resultados de algunas dimensiones de calidad de vida. Así mismo, el tiempo de evolución de la enfermedad presenta cierta asociación con varias de las dimensiones de la calidad de vida (tabla 34).

El análisis de correlación de Pearson indica que los **años que la persona lleva diagnosticada con enfermedad mental** establece diferencias estadísticamente significativas en dos dimensiones: Desarrollo Personal y Derechos. En ambos casos, las personas que cuentan con menos años de evolución de la enfermedad (son más jóvenes...) obtienen puntuaciones significativamente mejores.

Las personas que además de la enfermedad mental presentan **otros diagnósticos añadidos o patologías asociadas** tienen un Índice de Calidad de Vida significativamente más bajo que quienes carecen de diagnósticos añadidos o patologías asociadas. Del mismo modo, las puntuaciones en las dimensiones Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico y Autodeterminación son significativamente inferiores en caso de contar con otros diagnósticos añadidos o patologías asociadas.

Cuando se neutraliza la posible influencia de otras variables se advierte que, contar con otros diagnósticos añadidos o patologías asociadas incide negativamente con independencia del porcentaje de discapacidad de la persona o de si ésta ha ingresado o no en la unidad de psiquiatría durante el último año. Las diferencias también son notables entre las personas que

requieren de apoyos, si bien se minimizan cuando se comparan casos de personas autónomas (tabla 35).

El análisis de correlación de Pearson apunta a diferencias significativas entre el **porcentaje de discapacidad** y el Índice de Calidad de Vida así como con las dimensiones Bienestar Emocional, Desarrollo Personal, Autodeterminación e Inclusión Social. En todos los casos un aumento en el porcentaje de discapacidad supone un retroceso en las diferentes puntuaciones.

Las **necesidades de apoyo** también parecen establecer diferencias estadísticamente significativas. Las personas autónomas presentan un índice significativamente más elevado que las que requieren de apoyos. Se observan diferencias en las dimensiones Relaciones Interpersonales, Derechos, Autodeterminación y Desarrollo Personal.

Un análisis desagregado de datos permite observar que estas diferencias se reproducen únicamente entre las personas con un porcentaje de discapacidad moderado (33%-65%), así como entre las personas que no han ingresado en la unidad de psiquiatría durante el último año y no en el resto de los casos, lo que podría indicar que el porcentaje de discapacidad y el hecho de haber ingresado en la unidad de psiquiatría durante el último año ejercen una influencia mayor que la variable necesidades de apoyo por sí misma (tabla 36).

Los datos revelan que **las personas que han sido ingresadas en psiquiatría durante el último año** obtienen un Índice de Calidad de Vida significativamente inferior que las personas que no han sido ingresadas, si bien estos datos deben tomarse con cierta cautela debido a que el número de casos muestrales para el grupo de personas con ingresos en psiquiatría en el último año es especialmente reducido. Estas personas obtienen además, puntuaciones significativamente más bajas en las dimensiones Bienestar Emocional, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico y Autodeterminación.

La influencia de esta variable se confirma al observar que el Índice de Calidad de Vida de las personas que han ingresado en la unidad de psiquiatría es significativamente inferior independientemente de las necesidades de apoyo de las personas usuarias. Esta variable podría estar incidiendo especialmente entre las personas con un porcentaje de discapacidad entre el 33% y el 65% y no entre quienes tienen mayor grado de discapacidad de modo que esta última variable podría tener más fuerza (tabla 37).

El **diagnóstico principal** de las personas usuarias no parece establecer diferencias estadísticamente significativas en el Índice de Calidad de Vida. Aunque se han notado diferencias en el Bienestar Emocional de las personas usuarias, siendo las personas con Depresión Mayor las que peores puntuaciones obtienen, no es posible establecer una conclusión clara debido al reducido tamaño muestral de casos con un diagnóstico principal diferente al de esquizofrenia.

Además, tratando de ahondar en la posible incidencia de esta variable se ha neutralizado la influencia de otras variables (tabla 38) y se ha observado que las diferencias dejan de ser significativas cuando se estudian por separado los casos de quienes tienen mayor y menor grado de discapacidad, lo que podría indicar que la influencia del tipo de diagnóstico no es tan determinante. Lo mismo sucede con los casos que han ingresado o no en psiquiatría en el último año.

TABLA 34: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, PRESENCIA DE OTROS DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS O PATOLOGÍAS ASOCIADAS, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONAL DE REFERENCIA) E INGRESOS EN PSIQUIATRÍA. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA Y COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV		
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
<b>TOTAL</b>		<b>191</b>	<b>10,9</b>		<b>11,4</b>		<b>9,8</b>		<b>12,9</b>		<b>8,3</b>		<b>12,6</b>		<b>11,8</b>		<b>11,5</b>		<b>108,6</b>	
<b>Diagnóstico principal</b>	<b>Esquizofrenia</b>	130	11,2	(*)	11,2		10,0		12,8		8,3		12,6		11,6		11,3		108,4	
	<b>Trastorno bipolar</b>	16	10,3		10,9		9,5		12,6		7,8		12,5		12,6		11,7		107,3	
	<b>Depresión mayor</b>	13	8,5		12,6		8,6		12,7		7,5		12,7		12,2		11,7		106,1	
	<b>Trastorno de personalidad</b>	20	10,8		11,2		9,1		12,5		7,2		12,4		10,7		11,7		105,2	
<b>Años evolución enfermedad</b>	<b>Pearson Correlation</b>	189	-0,05		0,00		-0,01		-0,17	(*)	-0,07		-0,08		-0,02		-0,14	(*)	-0,09	
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,50		0,98		0,85		0,02		0,37		0,28		0,81		0,05		0,22	
<b>Otros diagnósticos añadidos o patologías asociadas</b>	<b>Con diagnósticos añadidos</b>	68	10,4		10,7	(*)	9,0	(*)	12,2	(*)	7,2	(*)	12,0	(*)	11,2		11,2		103,7	(*)
	<b>Sin diagnósticos añadidos</b>	123	11,2		11,8		10,2		13,2		8,8		13,0		12,1		11,7		111,3	
<b>% discapacidad</b>	<b>Pearson Correlation</b>	186	-0,15	(*)	-0,10		0,00		-0,22	(*)	-0,06		-0,17	(*)	-0,16	(*)	-0,14		-0,18	(*)
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,04		0,19		0,98		0,00		0,40		0,02		0,03		0,06		0,02	
<b>Necesidades de apoyo</b>	<b>Es autónomo/a</b>	39	11,7		12,6	(*)	9,3		13,9	(*)	8,1		14,4	(*)	12,6		12,6	(*)	114,2	(*)
	<b>Requiere de apoyos</b>	150	10,7		11,1		9,9		12,6		8,3		12,2		11,6		11,2		107,2	
<b>Ingresos en psiquiatría</b>	<b>Sin ingresos psiquiatría</b>	164	11,3	(*)	11,5		10,0	(*)	13,1	(*)	8,5	(*)	12,8	(*)	11,8		11,6		109,9	(*)
	<b>Con ingresos psiquiatría</b>	27	8,9		10,9		8,6		11,7		6,6		11,6		11,9		10,9		100,8	

TABLA 35: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE OTROS DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS O PATOLOGÍAS ASOCIADAS SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA ). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV		
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
	<b>Otros diagnósticos añadidos</b>	<b>68</b>	<b>10,4</b>		<b>10,7</b>	<b>(*)</b>	<b>9,0</b>	<b>(*)</b>	<b>12,2</b>	<b>(*)</b>	<b>7,2</b>	<b>(*)</b>	<b>12,0</b>	<b>(*)</b>	<b>11,2</b>		<b>11,2</b>		<b>103,7</b>	<b>(*)</b>
	<b>Sin diagnósticos añadidos</b>	<b>123</b>	<b>11,2</b>		<b>11,8</b>		<b>10,2</b>		<b>13,2</b>		<b>8,8</b>		<b>13,0</b>		<b>12,1</b>		<b>11,7</b>		<b>111,3</b>	
<b>PORCENTAJE DISCAPACIDAD</b>	<b>33-65</b>																			
	Otros diagnósticos añadidos	41	10,6		11,4		8,7	(*)	12,5	(*)	7,3	(*)	12,3		12,0		11,4		105,9	(*)
	Sin diagnósticos añadidos	81	11,2		11,8		10,2		13,5		9,1		13,2		12,2		11,5		111,8	
	<b>&gt;65</b>																			
Otros diagnósticos añadidos	26	10,1		9,6	(*)	9,4		11,6		7,2		11,6		10,1	(*)	11,0	(*)	100,5	(*)	
Sin diagnósticos añadidos	38	11,2		11,8		10,6		12,6		8,2		12,7		11,8		12,1		110,2		
<b>INGRESOS EN PSIQUIATRÍA</b>	<b>Sin ingresos</b>																			
	Otros diagnósticos añadidos	56	10,8		11,0		9,4	(*)	12,3	(*)	7,6	(*)	12,2	(*)	11,4		11,4		105,8	(*)
	Sin diagnósticos añadidos	108	11,5		11,8		10,3		13,4		9,0		13,1		12,0		11,7		112,1	
	<b>Con ingresos</b>																			
Otros diagnósticos añadidos	12	8,3		9,5		7,1	(*)	11,4		5,4		11,2		10,3		10,5		94,2	(*)	
Sin diagnósticos añadidos	15	9,3		11,9		9,8		11,9		7,5		11,9		13,1		11,2		106,1		
<b>NECESIDADES DE APOYO</b>	<b>Es autónomo/a</b>																			
	Otros diagnósticos añadidos	14	11,4		11,9		8,6		12,9		6,4	(*)	14,0		11,9		12,4		109,1	
	Sin diagnósticos añadidos	25	11,8		13,1		9,6		14,4		9,1		14,6		12,9		12,7		117,1	
	<b>Requiere apoyos</b>																			
Otros diagnósticos añadidos	54	10,1		10,4	(*)	9,1	(*)	12,0	(*)	7,5	(*)	11,5	(*)	11,0		10,9		102,4	(*)	
Sin diagnósticos añadidos	96	11,0		11,5		10,4		12,9		8,8		12,6		11,9		11,4		109,9		

TABLA 36: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA) SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD E INGRESOS EN PSIQUIATRÍA. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV		
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
	<b>Necesidades de apoyo</b>																			
	<b>Es autónomo/a</b>	39	11,7		12,6	(*)	9,3		13,9	(*)	8,1		14,4	(*)	12,6		12,6	(*)	114,2	
	<b>Requiere de apoyos</b>	150	10,7		11,1		9,9		12,6		8,3		12,2		11,6		11,2		107,2	
PORCENTAJE DISCAPACIDAD	<b>33%-65%</b>																			
	<b>Es autónomo/a</b>	90	11,8		12,8	(*)	9,4		14,2	(*)	8,5		14,6	(*)	12,6		12,8	(*)	115,6	(*)
	<b>Requiere de apoyos</b>	32	10,7		11,3		9,8		12,8		8,5		12,3		12,0		11,0		107,8	
	<b>&gt;65%</b>																			
	<b>Es autónomo/a</b>	55	11,3		12,1		8,4		12,3		6,6		13,4		12,6		11,7		108,0	
	<b>Requiere de apoyos</b>	7	10,7		10,7		10,2		12,2		8,0		12,0		10,9		11,6		106,0	
INGRESOS EN PSIQUIATRÍA	<b>Sin ingresos</b>																			
	<b>Es autónomo/a</b>	36	12,0		12,9	(*)	9,5		14,1	(*)	8,4		14,5	(*)	12,9	(*)	12,8	(*)	116,1	(*)
	<b>Requiere de apoyos</b>	126	11,0		11,2		10,1		12,8		8,6		12,3		11,5		11,3		108,2	
	<b>Con ingresos</b>																			
	<b>Es autónomo/a</b>	3	8,3		9,0		6,7		10,7		5,0		12,7		8,3		10,3		91,3	
	<b>Requiere de apoyos</b>	24	9,0		11,1		8,8		11,8		6,8		11,5		12,3		11,0		102,0	



TABLA 37: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LOS INGRESOS EN PSIQUIATRÍA SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

			BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV		
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	
<b>Ingresos en psiquiatría</b>	<b>Sin ingresos</b>	<b>164</b>	<b>11,3</b>	<b>(*)</b>	<b>11,5</b>		<b>10,0</b>	<b>(*)</b>	<b>13,1</b>	<b>(*)</b>	<b>8,5</b>	<b>(*)</b>	<b>12,8</b>	<b>(*)</b>	<b>11,8</b>		<b>11,6</b>		<b>109,9</b>	<b>(*)</b>	
	<b>Con ingresos</b>	<b>27</b>	<b>8,9</b>		<b>10,9</b>		<b>8,6</b>		<b>11,7</b>		<b>6,6</b>		<b>11,6</b>		<b>11,9</b>		<b>10,9</b>		<b>100,8</b>		
<b>PORCENTAJE DISCAPACIDAD</b>	<b>33%-65%</b>	Sin ingresos	106	11,3	(*)	11,7		9,9	(*)	13,5	(*)	8,9	(*)	13,1	(*)	12,2		11,6	(*)	111,5	(*)
		Con ingresos	16	9,3		11,2		7,9		11,4		5,4		11,4		11,8		10,3		98,6	
	<b>&gt;65%</b>	Sin ingresos	56	11,2	(*)	11,1		10,0		12,2		7,8		12,3		11,0		11,6		106,8	
		Con ingresos	8	7,6		9,3		10,4		12,1		7,9		11,9		11,6		11,9		102,5	
<b>NECESIDADES DE APOYO</b>	<b>Es autónomo/a</b>	Sin ingresos	36	12,0	(*)	12,9		9,5		14,1	(*)	8,4		14,5		12,9	(*)	12,8	(*)	116,1	(*)
		Con ingresos	3	8,3		9,0		6,7		10,7		5,0		12,7		8,3		10,3		91,3	
	<b>Requiere de apoyos</b>	Sin ingresos	126	11,0	(*)	11,2		10,1	(*)	12,8		8,6	(*)	12,3		11,5		11,3		108,2	(*)
		Con ingresos	24	9,0		11,1		8,8		11,8		6,8		11,5		12,3		11,0		102,0	

TABLA 38: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES Y EL ICV EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL SEGUN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONAL DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV			
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	
<b>Diagnóstico Principal</b>	<b>Esquizofrenia</b>	130	11,2	(*)	11,2		10,0		12,8		8,3		12,6		11,6		11,3		108,4		
	<b>Trastorno bipolar</b>	16	10,3		10,9		9,5		12,6		7,8		12,5		12,6		11,7		107,3		
	<b>Depresión mayor</b>	13	8,5		12,6		8,6		12,7		7,5		12,7		12,2		11,7		106,1		
	<b>Trastorno de personalidad</b>	20	10,8		11,2		9,1		12,5		7,2		12,4		10,7		11,7		105,2		
<b>PORCENTAJE DISCAPACIDAD</b>	<b>33%-65%</b>	Esquizofrenia	77	11,4		11,2		9,8		13,3		8,6		12,8		11,9		11,2		90,3	
		Trastorno bipolar	14	10,1		10,7		9,0		12,4		7,6		12,3		12,3		11,4		85,9	
		Depresión mayor	8	8,8		14,0		8,3		12,9		7,5		12,6		12,3		11,3		87,5	
		Trastorno de personalidad	12	11,0		11,9		9,8		12,1		6,9		13,0		11,4		11,7		87,8	
	<b>&gt;65%</b>	Esquizofrenia	51	10,9		11,0		10,2	(*)	11,9		7,8		12,1		11,0	(*)	11,4		86,4	
		Trastorno bipolar	2	11,5		12,5		13,0		13,5		9,0		14,0		15,0		13,5		102,0	
		Depresión mayor	2	7,5		9,0		11,0		12,5		8,0		15,0		15,0		14,0		92,0	
		Trastorno de personalidad	8	10,5		10,0		8,0		13,1		7,6		11,4		9,6		11,6		81,9	
<b>INGRESOS EN PSIQUIATRÍA</b>	<b>Sin ingresos</b>	Esquizofrenia	116	11,4		11,2		10,2	(*)	12,9		8,6		12,7		11,7		11,5		90,2	
		Trastorno bipolar	11	11,5		11,2		9,6		13,0		8,7		12,7		12,2		12,0		90,9	
		Depresión mayor	9	9,0		12,9		8,4		12,7		7,3		13,3		11,9		11,6		87,1	
		Trastorno de personalidad	16	11,2		11,3		8,8		12,6		7,3		12,6		10,6		11,4		85,9	
	<b>Con ingresos</b>	Esquizofrenia	14	9,6		10,8		7,7		11,3		6,4		11,6		11,1		10,1		78,6	
		Trastorno bipolar	5	7,8		10,4		9,2		11,6		5,8		12,0		13,6		11,0		81,4	
		Depresión mayor	4	7,5		12,0		9,0		12,8		7,8		11,3		13,0		12,0		85,3	
		Trastorno de personalidad	4	9,3		10,5		10,5		12,0		6,8		11,3		11,0		12,5		83,8	
<b>NECESIDADES DE APOYO</b>	<b>Es autónomo/a</b>	Esquizofrenia	28	11,6		11,8		8,9		13,5		7,8		13,9		12,0		12,3		91,7	
		Trastorno bipolar	2	13,5		14,5		11,5		16,0		10,0		16,0		14,5		14,0		110,0	
		Depresión mayor	3	10,0		14,3		8,7		13,0		7,0		15,0		13,3		13,0		94,3	
		Trastorno de personalidad	3	11,7		12,7		8,7		14,3		6,7		15,7		12,3		13,0		95,0	
	<b>Requiere de apoyos</b>	Esquizofrenia	100	11,1	(*)	11,0		10,2		12,6		8,6		12,2		11,5		11,0		88,2	
		Trastorno bipolar	14	9,9		10,4		9,2		12,1		7,5		12,0		12,4		11,4		84,8	
		Depresión mayor	10	8,1		12,1		8,6		12,6		7,6		12,0		11,9		11,3		84,2	
		Trastorno de personalidad	17	10,6		10,9		9,2		12,2		7,3		11,8		10,4		11,4		83,8	



## Factores contextuales

FACTORES	HIPOTESIS RELACIONADAS CON LA RED SOCIAL Y LOS APOYOS INFORMALES DE LAS PERSONAS USUARIAS	RESULTADO ICV	RESULTADO DIMENSIONES
TAMAÑO DE LA RED INFORMAL	Se espera una asociación significativa entre el <b>tamaño de la red de apoyo</b> con la que cuenta la persona con enfermedad mental y el Índice de Calidad de Vida así como en algunas de las dimensiones de la calidad de vida.	✓	✓ (BE,RI,BF,AU, IS y DR)
PAREJA	Se espera una asociación significativa entre el Índice de Calidad de Vida así como en alguna de sus dimensiones y la <b>tenencia de pareja</b> .	X	✓ (RI y AU)
FORMA DE CONVIVENCIA	Las personas con enfermedad mental que <b>viven acompañadas fuera de un recurso residencial</b> presentan niveles más altos en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.	X	X
ENTORNO RESIDENCIAL	Las personas que residen en <b>zonas rurales</b> presentaran índices superiores en la dimensión Inclusión Social y Relaciones Interpersonales.	X	X

No se ha podido confirmar una asociación estadísticamente significativa entre el Índice de Calidad de Vida y la forma de convivencia o el entorno de residencia de la persona usuaria. Sin embargo, el tamaño de la red informal de apoyo si ha mostrado relación tanto con el Índice de Calidad de Vida como con algunas de sus dimensiones y el hecho de tener pareja también se ha relacionado positivamente con los resultados en algunas dimensiones (tabla 39).

Concretamente el **tamaño de la red** informal de apoyo establece diferencias significativas en el Índice de Calidad de Vida y en las dimensiones Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Físico, Autodeterminación, Inclusión Social y Derechos.

Un análisis más pormenorizado de estos datos indica que el tamaño de esta red de apoyo establece diferencias sobre todo, en el caso de personas con un porcentaje de discapacidad bajo o moderado (33-65%), así como entre las personas que no han ingresado en la unidad de psiquiatría durante el último año (tabla 40).

A priori **Tener o no pareja** parece establecer diferencias significativas en tres dimensiones: Relaciones Interpersonales, Autodeterminación y Bienestar Material, si bien en este último caso las diferencias pueden atribuirse a otros factores. En los dos primeros casos quienes cuentan con pareja obtienen puntuaciones significativamente más altas que quienes carecen de ella, mientras que las puntuaciones más altas en la dimensión Bienestar Material corresponden a las personas sin pareja.

El análisis desagregado de los datos (tabla 41) parece indicar que el hecho de tener o no pareja incide de manera significativa en las Relaciones Interpersonales y la Autodeterminación entre las personas con un porcentaje de discapacidad moderado (33%-65%), así como cuando se trata de personas que no han ingresado en la unidad de psiquiatría, pero parece no tener capacidad de generar mejoras en casos con mayor nivel de discapacidad. Dicho de otro modo, cuando las personas cuentan con un porcentaje de discapacidad moderado y en los casos en los que no ha habido ingresos en psiquiatría, tener pareja incide positiva y significativamente en las Relaciones Interpersonales y en la Autodeterminación.

Tener pareja determina diferencias estadísticamente significativas en las Relaciones Interpersonales tanto entre las personas autónomas como entre las que necesitan apoyos.

En el sentido inverso, los resultados muestran que las personas que no tienen pareja presentan mejores puntuaciones en Bienestar Material, si bien estas diferencias son significativas únicamente entre quienes cuentan con un porcentaje de discapacidad superior al 65%, quienes no han protagonizado ningún ingreso en la unidad de psiquiatría y entre las personas que requieren de apoyos. Cabe considerar que el hecho de que la mayor parte de las personas que componen este grupo resida en algún recurso de alojamiento o residencial explica en gran medida estos resultados.

Los resultados relativos a la **forma de convivencia** no han permitido observar diferencias en los niveles de calidad de vida entre aquellas personas que viven solas y acompañadas, si bien hay que tener en cuenta que el número de casos de personas que viven solas en la muestra es reducido y ello limita este tipo de análisis.

A priori, el **entorno residencial** de la persona usuaria parece marcar diferencias en dos de las dimensiones estudiadas: el Bienestar Emocional y las Relaciones Interpersonales. En ambos casos quienes residen en municipios urbanos – capitales de provincia- obtienen puntuaciones más elevadas. Sin embargo, los datos desagregados indican que la influencia de la variable desaparece cuando se analizan grupos de personas homogéneas en cuanto a porcentaje de discapacidad y grado de autonomía, de modo que estas dos variables tienen más fuerza que la anterior a la hora de explicar las diferencias (tabla 42).

TABLA 39: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA FORMA DE CONVIVENCIA, EL ENTORNO RESIDENCIAL, EL TAMAÑO DE LA RED Y TENENCIA DE PAREJA.  
PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA Y COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV		
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
<b>TOTAL</b>		<b>191</b>	<b>10,9</b>		<b>11,4</b>		<b>9,8</b>		<b>12,9</b>		<b>8,3</b>		<b>12,6</b>		<b>11,8</b>		<b>11,5</b>		<b>108,6</b>	
<b>Forma de convivencia (*)</b>	<b>Vive solo/a</b>	29	10,8		11,1		10,2		12,8		8,7		13,5		11,7		11,7		109,8	
	<b>Convive con otras personas fuera de recurso residencial</b>	119	11,0		11,8		9,9		12,9		8,1		13,0		12,3		11,7		110,0	
<b>Entorno residencial</b>	<b>Municipio rural</b>	84	10,3	(*)	10,9	(*)	9,7		12,5		8,5		12,5		11,4		11,3		106,7	
	<b>Municipio urbano - capital</b>	107	11,4		11,9		9,9		13,1		8,1		12,8		12,1		11,7		110,2	
<b>Tamaño de la red</b>	<b>Pearson Correlation</b>	186	0,177	(*)	0,28	(*)	0,14		0,07		-0,146	(*)	0,23	(*)	0,260	(*)	0,147	(*)	0,208	(*)
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,02		0,00		0,05		0,36		0,046		0,002		0,000		0,046		0,004	
<b>Pareja</b>	<b>Si tiene</b>	44	11,6		13,2	(*)	9,1	(*)	13,4		8,5		13,3	(*)	12,3		11,7		112,1	
	<b>No tiene</b>	147	10,7		10,9		10,0		12,7		8,2		12,4		11,7		11,5		107,6	

Nota (\*): para este análisis se han excluido los casos de personas que residen en un recurso residencial.

TABLA 40: CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL TAMAÑO DE LA RED, LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES

			BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV	
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
<b>Tamaño de la red</b>	<b>Pearson Correlation</b>	186	0,177	(*)	0,28	(*)	0,14		0,07		-0,146	(*)	0,23	(*)	0,260	(*)	0,147	(*)	0,208	(*)
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,02		0,00		0,05		0,36		0,046		0,002		0,000		0,046		0,004	
<b>33-65%</b>	<b>Pearson Correlation</b>	118	0,180		0,246	(*)	0,194	(*)	0,069		-0,147		0,261	(*)	0,265	(*)	0,192	(*)	0,223	(*)
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,051		0,007		0,036		0,455		0,112		0,004		0,004		0,037		0,015	
	<b>Pearson Correlation</b>	63	0,192		0,342	(*)	0,121		0,012		-0,170		0,170		0,242		0,070		0,174	
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,132		0,006		0,347		0,925		0,182		0,182		0,056		0,588		0,172	
<b>Más de 65%</b>	<b>Pearson Correlation</b>	159	0,164		0,269	(*)	0,165	(*)	0,040		-0,204	(*)	0,237	(*)	0,253	(*)	0,203	(*)	0,199	(*)
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,039		0,001		0,038		0,617		0,010		0,003		0,001		0,010		0,012	
	<b>Pearson Correlation</b>	27	0,186		0,315		-0,003		0,247		0,092		0,115		0,316		-0,263		0,207	
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,354		0,110		0,987		0,213		0,649		0,570		0,108		0,184		0,301	
<b>Sin ingresos</b>	<b>Pearson Correlation</b>	36	0,311		0,196		0,324		0,075		-0,138		0,314		0,217		0,333	(*)	0,232	
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,065		0,251		0,054		0,663		0,421		0,062		0,203		0,047		0,174	
	<b>Pearson Correlation</b>	148	0,086		0,268	(*)	0,086		-0,013		-0,156		0,098		0,251	(*)	0,015		0,124	
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,301		0,001		0,300		0,877		0,058		0,236		0,002		0,859		0,133	
<b>Requiere apoyos</b>	<b>Pearson Correlation</b>	36	0,311		0,196		0,324		0,075		-0,138		0,314		0,217		0,333	(*)	0,232	
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,065		0,251		0,054		0,663		0,421		0,062		0,203		0,047		0,174	
	<b>Pearson Correlation</b>	148	0,086		0,268	(*)	0,086		-0,013		-0,156		0,098		0,251	(*)	0,015		0,124	
	<b>Sig. (2-tailed)</b>		0,301		0,001		0,300		0,877		0,058		0,236		0,002		0,859		0,133	

TABLA 41: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA TENENCIA DE PAREJA SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV			
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	
	<b>Pareja</b>	<b>Si tiene</b>	<b>44</b>	<b>11,6</b>		<b>13,2</b>	<b>(*)</b>	<b>9,1</b>	<b>(*)</b>	<b>13,4</b>		<b>8,5</b>		<b>13,3</b>	<b>(*)</b>	<b>12,3</b>		<b>11,7</b>		<b>112,1</b>	
		<b>No tiene</b>	<b>147</b>	<b>10,7</b>		<b>10,9</b>		<b>10,0</b>		<b>12,7</b>		<b>8,2</b>		<b>12,4</b>		<b>11,7</b>		<b>11,5</b>		<b>107,6</b>	
PORCENTAJE DISCAPACIDAD	<b>33%-65%</b>	Si tiene	30	12,1	(*)	14,4	(*)	9,7		14,4	(*)	9,6	(*)	14,0	(*)	13,3	(*)	12,0		118,1	(*)
		No tiene	92	10,7		10,8		9,7		12,8		8,1		12,5		11,8		11,3		107,1	
	<b>&gt;65%</b>	Si tiene	11	10,5		9,8		7,7	(*)	11,1		5,2	(*)	12,1		9,3	(*)	11,0		96,9	(*)
		No tiene	53	10,8		11,1		10,6		12,4		8,4		12,3		11,5		11,8		108,2	
INGRESOS PSIQUIATRÍA	<b>Sin ingresos</b>	Si tiene	37	11,9		13,3	(*)	9,2	(*)	13,6		8,8		13,7	(*)	12,2		11,8		113,6	
		No tiene	127	11,1		11,0		10,2		12,9		8,5		12,6		11,7		11,6		108,9	
	<b>Con ingresos</b>	Si tiene	7	9,9		12,6		8,1		12,1		6,7		11,4		12,6		11,4		104,4	
		No tiene	20	8,6		10,3		8,8		11,5		6,5		11,7		11,6		10,7		99,5	
NECESIDADES APOYO	<b>Es autónomo/a</b>	Si tiene	19	11,9		14,2	(*)	9,7		14,5		8,9		14,5		12,8		12,7		118,1	
		No tiene	20	11,5		11,2		8,8		13,3		7,4		14,3		12,3		12,5		110,5	
	<b>Requiere apoyos</b>	Si tiene	24	11,5		12,7	(*)	8,5	(*)	12,8		8,3		12,5		12,1		10,9		108,5	
		No tiene	126	10,6		10,8		10,2		12,6		8,3		12,1		11,5		11,3		106,9	



TABLA 42: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES BIENESTAR EMOCIONAL Y RELACIONES INTERPERSONALES SEGÚN ENTORNO DE RESIDENCIA EN FUNCIÓN DE DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		N	BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV	
			PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
PORCENTAJE DISCAPACIDAD	Entorno residencial	Municipio rural	84	10,3	(*)	10,9	(*)	9,7	12,5	8,5	12,5	11,4	11,3	106,7						
		Municipio urbano - capital	107	11,4	11,9	9,9	13,1	8,1	12,8	12,1	11,7	110,2								
	33-65	Municipio rural	50	10,5	11,2	9,3	12,9	8,4	12,8	11,8	11,2	107,5								
		Municipio urbano - capital	72	11,4	12,0	10,0	13,4	8,5	12,9	12,4	11,6	111,4								
	>65	Municipio rural	32	10,2	10,5	10,4	12,1	8,7	(*)	12,0	10,9	11,5	105,8							
		Municipio urbano - capital	32	11,3	11,3	9,8	12,3	7,0	12,5	11,3	11,8	106,8								
INGRESOS PSIQUIATRÍA	Sin ingresos	Municipio rural	68	10,7	(*)	10,9	(*)	9,8	12,7	9,0	12,6	11,3	11,4	107,7						
		Municipio urbano - capital	96	11,7	12,0	10,2	13,3	8,2	13,0	12,1	11,8	111,5								
	Con ingresos	Municipio rural	16	8,9	10,9	9,4	11,8	6,4	11,9	12,0	11,2	102,3								
		Municipio urbano - capital	11	8,8	10,8	7,5	11,5	6,7	11,1	11,6	10,5	98,6								
NECESIDADES DE APOYO	Es autónomo/a	Municipio rural	13	11,0	12,2	8,6	13,8	9,1	14,4	11,9	12,3	112,4								
		Municipio urbano - capital	26	12,0	12,8	9,6	13,9	7,7	14,4	12,9	12,8	115,1								
	Requiere de apoyos	Municipio rural	71	10,2	10,7	9,9	12,3	8,4	12,1	11,3	11,1	105,6								
		Municipio urbano - capital	79	11,1	11,6	9,9	12,8	8,2	12,2	11,9	11,3	108,6								

FACTORES	HIPOTESIS RELACIONADAS CON EL NIVEL DE ESTUDIOS Y LOS RECURSOS ECONÓMICOS	RESULTADO ICV	RESULTADO DIMENSIONES
INDEPENDENCIA ECONÓMICA	Las personas con <b>independencia económica</b> (recursos propios y/o prestaciones económicas) presentan unas puntuaciones más elevadas en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.	✓	✓ (AU y DR)
FUENTE DE INGRESOS	Las personas cuyos <b>ingresos</b> provienen del Sistema de Servicios Sociales presentan unos niveles en el Índice de Calidad de Vida más reducidos que cuando los ingresos provienen fundamentalmente de otras fuentes.	✓	✓ (BM,AU,IS y DR)
NIVEL DE ESTUDIOS	Las personas <b>sin estudios o con estudios primarios sin finalizar</b> presentan un Índice de Calidad de vida más reducido así como puntuaciones inferiores en las dimensiones Autodeterminación y Desarrollo Personal.	X	✓ (DP)

Tanto la independencia económica como el tipo de fuente principal de ingresos establecen diferencias significativas en el índice de Calidad de Vida y en algunas de sus dimensiones. Por otro lado, el nivel de estudios favorece los niveles de una de las dimensiones (tabla 42).

Concretamente las personas que disfrutan de una **independencia económica** obtienen puntuaciones en el Índice de Calidad de Vida significativamente superiores a quienes no cuentan con dicha independencia y esta variable establece también diferencias significativas en las dimensiones Autodeterminación y Derechos.

Las diferencias en la dimensión Autodeterminación se repiten independientemente del porcentaje de discapacidad de la persona o de los ingresos en psiquiatría (tabla 43).

Las personas cuya **principal fuente de ingresos** son los Servicios Sociales obtienen una puntuación en el Índice de Calidad de Vida significativamente inferior al de las personas cuya principal fuente de ingresos es otra. Las puntuaciones en las dimensiones Bienestar Material, Autodeterminación, Inclusión Social y Derechos también son significativamente más bajas entre las personas que dependen de los ingresos económicos de los Servicios Sociales.

Los datos revelan que la puntuación en la dimensión Desarrollo Personal es significativamente superior entre quienes cuentan con un mayor **nivel de estudios** (superiores a primarios) que la que obtienen las personas sin estudios o con estudios primarios.

El análisis desagregado de esta variable pone de manifiesto que el nivel de estudios marca diferencias en esta dimensión únicamente entre las personas con un porcentaje de discapacidad superior al 65%, entre quienes no han protagonizado ingresos en psiquiatría y entre las personas que requieren de apoyos. En todos estos casos, poseer unos niveles formativos más elevados incide positivamente sobre esta dimensión, mientras que esta variable no parece tener la misma capacidad de influencia en el resto de casos (tabla 44).

TABLA 43: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES E EL ICV EN FUNCIÓN DE LA INDEPENDENCIA ECONÓMICA, LA FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS Y EL NIVEL DE ESTUDIOS. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV		
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
<b>Independencia económica (*)</b>	<b>Es independiente</b>	119	11,1		11,5		10,0		12,9		8,6		13,2 (*)		11,9		11,9 (*)		110,3 (*)	
	<b>No es independiente</b>	70	10,6		11,3		9,4		12,7		7,8		11,8		11,7		10,9		105,9	
<b>Fuente de ingresos</b>	<b>Servicios Sociales</b>	73	10,7		10,9		9,1 (*)		12,6		8,3		12,2 (*)		11,0 (*)		10,8 (*)		105,2 (*)	
	<b>Otras fuentes de ingresos</b>	116	11,1		11,8		10,2		13,0		8,2		13,0		12,3		11,9		110,8	
<b>Nivel estudios</b>	<b>Sin estudios o primarios</b>	70	10,8		11,4		9,6		12,2 (*)		8,0		12,6		11,5		11,5		112,1	
	<b>Superiores a primarios</b>	121	11,0		11,5		9,9		13,3		8,4		12,7		12,0		11,5		107,6	

Nota (\*): En el caso de la variable independencia económica se han eliminado los casos en los que se dan "otras situaciones".

TABLA 44: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA INDEPENDENCIA ECONÓMICA SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV		
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
<b>Independencia económica</b>	<b>Es independiente</b>	<b>119</b>	<b>11,1</b>		<b>11,5</b>		<b>10,0</b>		<b>12,9</b>		<b>8,6</b>		<b>13,2</b>	<b>(*)</b>	<b>11,9</b>		<b>11,9</b>	<b>(*)</b>	<b>110,3</b>	<b>(*)</b>
	<b>No es independiente</b>	<b>70</b>	<b>10,6</b>		<b>11,3</b>		<b>9,4</b>		<b>12,7</b>		<b>7,8</b>		<b>11,8</b>		<b>11,7</b>		<b>10,9</b>		<b>105,9</b>	
<b>PORCENTAJE DISCAPACIDAD</b>	<b>33-65</b>	Es independiente	74	11,2	11,6	9,9	13,4	8,6	13,3	(*)	12,1	11,8	(*)	111,2						
		No es independiente	47	10,7	11,7	9,3	12,9	8,3	12,2	12,1	10,8	107,5								
	<b>&gt;65</b>	Es independiente	41	10,9	11,1	10,2	12,0	8,4	12,9	(*)	11,2	12,0	108,3							
		No es independiente	22	10,4	10,4	9,8	12,4	7,0	11,2	10,9	11,0	102,8								
<b>INGRESOS PSIQUIATRÍA</b>	<b>Sin ingresos</b>	Es independiente	102	11,4	11,5	10,1	13,1	8,8	13,3	(*)	11,8	12,0	(*)	111,3						
		No es independiente	61	11,0	11,5	9,7	13,0	8,2	12,2	11,8	11,0	107,9								
	<b>Con ingresos</b>	Es independiente	17	9,1	11,1	9,1	12,0	7,3	12,6	(*)	12,5	11,1	104,5	(*)						
		No es independiente	9	8,1	10,1	7,3	11,0	5,2	9,4	10,6	10,1	92,3								
<b>NECESIDADES DE APOYO</b>	<b>Es autónomo/a</b>	Es independiente	30	12,1	12,6	9,2	14,0	7,9	14,6	12,6	12,7	114,6								
		No es independiente	9	10,4	12,9	9,4	13,6	8,8	13,8	12,6	12,4	112,9								
	<b>Requiere apoyos</b>	Es independiente	88	10,7	11,1	10,2	12,5	8,8	(*)	12,7	(*)	11,6	11,6	(*)	108,5					
		No es independiente	60	10,7	11,2	9,4	12,7	7,8	11,5	11,6	10,7	105,2								

TABLA 45: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV			
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	
	<b>Nivel estudios</b>	<b>Sin estudios o primarios</b>	<b>70</b>	<b>10,8</b>		<b>11,4</b>		<b>9,6</b>		<b>12,2</b>	<b>(*)</b>	<b>8,0</b>		<b>12,6</b>		<b>11,5</b>		<b>11,5</b>		<b>107,0</b>	
		<b>Superiores a primarios</b>	<b>121</b>	<b>11,0</b>		<b>11,5</b>		<b>9,9</b>		<b>13,3</b>		<b>8,4</b>		<b>12,7</b>		<b>12,0</b>		<b>11,5</b>		<b>109,6</b>	
PORCENTAJE DISCAPACIDAD	<b>33%-65%</b>	Sin estudios o primarios	47	11,0		11,8		9,7		12,7		8,5		12,9		11,8		11,8		109,4	
		Superiores a primarios	75	11,7		13,3		11,0		14,7		10,3		13,7		13,0		12,3		110,1	
	<b>&gt;65%</b>	Sin estudios o primarios	21	10,5		10,5		9,8		11,1	<b>(*)</b>	7,0		12,2		10,8		10,8	<b>(*)</b>	102,6	
		Superiores a primarios	43	11,0		11,6		9,7		13,5		8,5		12,9		12,3		11,2		108,1	
INGRESOS PSIQUIATRÍA	<b>Sin ingresos</b>	Sin estudios o primarios	63	11,1		11,6		9,8		12,3	<b>(*)</b>	8,2		12,8		11,5		11,7		108,5	
		Superiores a primarios	101	11,4		11,5		10,1		13,5		8,8		12,8		11,9		11,6		110,8	
	<b>Con ingresos</b>	Sin estudios o primarios	7	8,1		9,9		7,4		10,6		6,1		10,4		10,7		9,9		93,4	
		Superiores a primarios	20	9,2		11,2		9,0		12,1		6,7		12,0		12,3		11,3		103,4	
NECESIDADES APOYO	<b>Es autónomo/a</b>	Sin estudios o primarios	22	11,9		12,2		9,4		13,5		8,1		14,6		12,2		12,9		113,9	
		Superiores a primarios	17	11,4		13,2		9,1		14,4		8,2		14,1		13,1		12,3		114,6	
	<b>Requiere apoyos</b>	Sin estudios o primarios	47	10,1		10,9		9,6		11,4	<b>(*)</b>	7,9	<b>(*)</b>	11,5		11,0		10,8		103,1	<b>(*)</b>
		Superiores a primarios	103	11,0		11,2		10,0		13,1		8,5		12,5		11,9		11,4		109,0	

FACTORES	HIPOTESIS RELACIONADAS CON EL EMPLEO Y LOS RECURSOS DE OCIO	RESULTADO ICV	RESULTADO DIMENSIONES
EMPLEO	Las personas que <b>trabajan</b> (independientemente de la modalidad) son las que presentan los niveles más altos en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.	✓	✓ (BE, BM, AU y DR)
	Se espera una asociación significativa entre el Índice de Calidad de Vida y los <b>años de experiencia laboral</b> así como en algunas de las dimensiones de la calidad de vida.	x	✓ (AU)
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Las personas que utilizan los <b>servicios de ocio y tiempo libre</b> presentan niveles más altos en el Índice de Calidad de Vida así como en algunas dimensiones de calidad de vida.	✓	✓ (BM, BF, IS)

Tanto los recursos de ocio como aquellos orientados a facilitar el acceso al empleo inciden positivamente en la calidad de vida de las personas que se benefician de ellos, en general y especialmente en algunas dimensiones en concreto (tabla 46).

El análisis en relación con el empleo pone de manifiesto que el hecho de **contar con un empleo** (incluyendo los casos de personas atendidas en Centros Especiales de Empleo así como en Centros Ocupacionales) incide positiva y significativamente en el Índice de Calidad de Vida de las personas usuarias. Las personas con empleo obtienen también puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones: Bienestar Emocional, Bienestar Material, Autodeterminación y Derechos.

El análisis desagregado indica que el hecho de contar con un empleo favorece la calidad de vida sobre todo en el grupo de personas con un porcentaje de discapacidad de entre 33% y 65% un grupo en el que intervienen menos otros factores (tabla 47).

El **tiempo de experiencia laboral** parece estar asociado positivamente con la dimensión de Autodeterminación. Cuanta mayor experiencia laboral poseen las personas usuarias mayores cotas alcanzan sus índices en esta dimensión.

Por otro lado, acudir a los **servicios de ocio y tiempo libre** también incide positivamente en la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

En general, las diferencias se presentan con mayor significatividad entre quienes acuden a este servicio y quienes no en las dimensiones de Bienestar Material y Bienestar Físico. Un análisis más detallado pone de manifiesto que el hecho de acudir a este servicio establece diferencias significativas en prácticamente todas las dimensiones cuando las personas son autónomas (Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación y Derechos). Mientras que entre el colectivo de personas con necesidades de apoyo (mayoritario entre las personas usuarias de FEDEAFES), las diferencias son especialmente notables en las dimensiones de Bienestar Físico e Inclusión Social (tabla 48), de modo que será importante no perder de vista el influjo de esta variable sobre esta última dimensión.

TABLA 46: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EN FUNCIÓN DE LA RELACIÓN CON EL EMPLEO, LA EXPERIENCIA LABORAL Y EL USO DEL SERVICIO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA Y COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV		
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
Relación con el empleo	Cuenta con empleo	42	12,0	(*)	12,1		10,6	(*)	13,3		8,4		13,6	(*)	12,3		12,5	(*)	113,9	(*)
	No cuenta con empleo	147	10,6		11,3		9,6		12,8		8,2		12,4		11,6		11,3		107,2	
Experiencia laboral	Pearson Correlation	188	0,035		0,051		0,119		0,074		-0,057		0,196	(*)	0,010		0,069		0,081	
	Sig. (2-tailed)		0,633		0,489		0,103		0,315		0,433		0,007		0,894		0,346		0,270	
Servicio ocio y tiempo libre (*)	Acuden a este servicio	81	10,5		11,3		9,3	(*)	12,4		6,6	(*)	12,4		12,2		11,4		105,7	(*)
	No acuden a este servicio	110	11,2		11,5		10,2		13,2		9,5		12,8		11,5		11,6		110,8	

Nota (\*): dentro de esta variable se contabilizan aquellas personas que acuden a algún servicio de ocio y tiempo libre tanto dentro como fuera de las asociaciones de FEDEFES.

TABLA 47: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA TENENCIA DE EMPLEO SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV			
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	
	Relación con el empleo																				
	Cuenta con empleo	42	12,0	(*)	12,1		10,6	(*)	13,3		8,4		13,6	(*)	12,3		12,5	(*)		(*)	
	No cuenta con empleo	147	10,6		11,3		9,6		12,8		8,2		12,4		11,6		11,3				
PORCENTAJE DISCAPACIDAD	33-65	Cuenta con empleo	28	12,0		12,5		10,7	(*)	13,6		9,0		13,9	(*)	12,9		12,9	(*)	116,6	(*)
		No cuenta con empleo	92	10,7		11,4		9,4		13,1		8,3		12,6		11,8		11,1		107,9	
	>65	Cuenta con empleo	14	11,8		11,2		10,3		12,5		7,2		13,1		11,2		11,6		108,4	
		No cuenta con empleo	50	10,5		10,8		10,0		12,1		8,0		12,0		11,1		11,6		105,7	
NECESIDADES DE APOYO	Es autónomo/a	Cuenta con empleo	21	12,4	(*)	13,0		10,0		13,8		8,1		14,5		13,3		12,9		117,0	
		No cuenta con empleo	18	10,9		12,2		8,3		13,9		8,1		14,2		11,7		12,3		111,0	
	Requiere apoyos	Cuenta con empleo	21	11,5		11,1		11,1	(*)	12,7		8,7		12,8		11,4		12,1	(*)	110,8	
		No cuenta con empleo	127	10,6		11,1		9,7		12,6		8,3		12,1		11,6		11,1		106,7	

TABLA 48: ESTADÍSTICOS Y SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA ASISTENCIA AL SERVICIO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE SEGÚN TENENCIA DE EMPLEO, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)

		BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV			
		N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	
	<b>Servicio ocio y tiempo libre</b>	<b>Acuden a este servicio</b>	<b>81</b>	<b>10,5</b>		<b>11,3</b>		<b>9,3</b>	<b>(*)</b>	<b>12,4</b>		<b>6,6</b>	<b>(*)</b>	<b>12,4</b>		<b>12,2</b>		<b>11,4</b>		<b>105,7</b>	<b>(*)</b>
		<b>No acuden a este servicio</b>	<b>110</b>	<b>11,2</b>		<b>11,5</b>		<b>10,2</b>		<b>13,2</b>		<b>9,5</b>		<b>12,8</b>		<b>11,5</b>		<b>11,6</b>		<b>110,8</b>	
TENENCIA DE EMPLEO	<b>Cuenta con empleo</b>	Acuden a este servicio	13	12,1		11,5		10,2		11,8	<b>(*)</b>	6,5	<b>(*)</b>	13,2		12,4		12,3		109,3	
		No acuden a este servicio	29	11,9		12,3		10,8		13,9		9,3		13,9		12,3		12,6		115,9	
	<b>No cuenta con empleo</b>	Acuden a este servicio	66	10,2		11,3		9,2		12,6		6,7	<b>(*)</b>	12,3		12,0		11,2		105,1	
		No acuden a este servicio	81	11,0		11,2		9,9		12,9		9,5		12,5		11,2		11,3		109,0	
PORCENTAJE DISCAPACIDAD	<b>33-65%</b>	Acuden a este servicio	48	10,6		11,6		9,1	<b>(*)</b>	12,5	<b>(*)</b>	6,7	<b>(*)</b>	12,5		12,6		11,0		106,2	<b>(*)</b>
		No acuden a este servicio	74	11,3		11,7		10,1		13,6		9,6		13,1		11,8		11,7		112,2	
	<b>&gt;65%</b>	Acuden a este servicio	29	10,5		10,7		9,8		12,0		6,3	<b>(*)</b>	12,3		11,6		11,9		104,9	
		No acuden a este servicio	35	11,0		11,1		10,3		12,3		9,0		12,2		10,7		11,4		107,4	
NECESIDADES DE APOYO	<b>Es autónomo/a</b>	Acuden a este servicio	16	10,6	<b>(*)</b>	11,2	<b>(*)</b>	8,0	<b>(*)</b>	12,4	<b>(*)</b>	5,7	<b>(*)</b>	13,3	<b>(*)</b>	11,6		12,0	<b>(*)</b>	104,4	<b>(*)</b>
		No acuden a este servicio	23	12,5		13,7		10,1		14,9		9,8		15,1		13,2		13,0		121,0	
	<b>Requiere apoyos</b>	Acuden a este servicio	63	10,5		11,4		9,6		12,4		6,9	<b>(*)</b>	12,1		12,3	<b>(*)</b>	11,2		105,9	
		No acuden a este servicio	87	10,9		11,0		10,2		12,7		9,4		12,2		11,1		11,3		108,1	



## 5.- PRINCIPALES CLAVES QUE DERIVAN DE LOS DATOS

Con el fin de no solo realizar una síntesis de los principales resultados del estudio sino facilitar además, la reflexión en relación con los mismos se realiza una exposición de claves en torno a cuatro ejes que se han considerado más reveladores:

1. Perfil de personas usuarias de las entidades de FEDEAFES: ¿a qué personas atendemos y a quién no atendemos desde las asociaciones de personas afectadas?
2. Recursos de atención al colectivo ¿son suficientes?
3. Factores personales con influjo sobre las dimensiones de calidad de vida ¿tenemos los distintos agentes que atendemos al colectivo detectadas estas áreas de trabajo?
4. Factores contextuales con influjo sobre las dimensiones de calidad de vida ¿tenemos presentes estos factores en la intervención los distintos agentes implicados?

PERFIL DE LAS PERSONAS USUARIAS ¿A QUÉ PERSONAS ATENDEMOS Y A QUIÉN NO ATENDEMOS?	
<b>Edad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El 67,5% de la población atendida consultada tiene más de 40 años. El intervalo de edad con mayor representación es el que va de los 41 a los 50 años (38,7%). La edad media del colectivo se sitúa en los 44 años y el valor más frecuente es 45 años.</li></ul>
<b>Años de evolución de la enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Más de la mitad de las personas consultadas fueron diagnosticadas con enfermedad mental cuando tenían entre 18 y 25 años. La edad media del primer diagnóstico ronda los 25 años (24,3 en el caso de los hombres y 26,2 años en el caso de las mujeres).</li><li>• El 82,5% de las personas que están siendo atendidas de forma estable en estas organizaciones lleva más de 10 años con una enfermedad mental diagnosticada. La media ronda los 19 años.</li></ul>
<b>Sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aproximadamente siete de cada diez personas atendidas en los principales servicios estables de las asociaciones de FEDEAFES son hombres, mientras que las mujeres representan el 33% del colectivo.</li><li>• Mientras casi la mitad de los hombres llevan siendo atendidos en la asociación más de 5 años, el porcentaje de mujeres con dicha antigüedad como personas usuarias ronda el 35%.</li><li>• Algunos estudios previos (en relación con la igualdad) advierten de que la menor presencia de mujeres en estas asociaciones y su incorporación más reciente es desproporcionada con respecto a la prevalencia de la enfermedad y guarda relación con varios factores contextuales (rol tradicional femenino que vincula a las mujeres con el ámbito doméstico, papel sobreprotector de las familias, androcentrismo en el diseño de servicios, percepción y sensibilidad de las y los profesionales que intervienen con el colectivo, etc.).</li></ul>
<b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El diagnóstico principal de la mayor parte de las personas con enfermedad mental atendidas por los principales servicios de las asociaciones de forma estable es el de esquizofrenia (72,6%). El 11,2% de las personas atendidas presentan un trastorno de la personalidad,</li></ul>

el 8,9% un trastorno bipolar y el 7,3% depresión mayor.

- Los datos desagregados para cada una de las asociaciones muestran una distribución de casos según diagnóstico desigual, lo que guarda cierta relación con el diferente peso de las plazas concertadas en cada una de ellas y los criterios de derivación de otros recursos con quienes se trabaja en cada uno de los territorios históricos.

**Algunos interrogantes al hilo de estos datos**

**¿A qué perfiles de personas no estamos llegando (jóvenes, personas diagnosticadas recientemente, mujeres, diagnósticos distintos a la esquizofrenia...?)**

**¿Por qué (en relación con nuestros servicios, con la coordinación con otros recursos, etc.)?**

**¿Quién está atendiendo a esas personas?**

### RECURSOS DE ATENCIÓN ¿SON SUFICIENTES?

**Necesidades de apoyo**

- El 60% de las personas encuestadas tiene reconocido un grado de dependencia moderado (grado I) o severa (grado II), si bien casi un tercio de las personas no han realizado pruebas de valoración.
- De acuerdo con la valoración de las y los profesionales de referencia casi 8 de cada 10 personas atendidas tienen necesidades de apoyo para cubrir necesidades básicas de la vida diaria.
- El 52% de las personas con enfermedad mental que requieren de apoyo reciben mayoritariamente apoyo profesional, en un 45,3% de los casos el principal apoyo recae en las familias y un 2,7% de las personas consultadas no recibe apoyo a pesar de necesitarlo.
- El 44,1% de las personas consultadas cuenta con dos o menos familiares cercanos o amistades íntimas a quienes poder recurrir (red de apoyo informal).

**Atención psicológica**

- Sólo el 47,4% de las personas consultadas sigue de manera regular un tratamiento psicológico (bien sea a través de los servicios de las asociaciones de FEDEAFES o de otros recursos), un 5,3% sigue un tratamiento de estas características aunque no lo hace de manera regular y el 47,4% no sigue ningún tratamiento psicológico, a pesar de que -de acuerdo con las guías de atención a personas con estas patologías- el tratamiento psicológico podría ser más que recomendable en la mayoría de los casos.

**Ayudas económicas**

- Sólo un 12,2% de las personas consultadas vive de sus propios ingresos a través del empleo. Buena parte de las personas de este colectivo que han accedido a un empleo no dispone de un salario suficiente para mantener cubiertas sus necesidades (un 22,2% tiene empleo bien sea en modalidad protegida o no).
  - Los ingresos económicos del 40,7% de las personas encuestadas provienen fundamentalmente del Régimen de la Seguridad Social (pensiones por incapacidad permanente, jubilación, orfandad...) y para otro 38,6% su fuente principal de ingresos proviene del sistema de Servicios Sociales (RGI, pensión no contributiva por dependencia...).
- Aquellas personas cuyos ingresos dependen del sistema de servicios

	<p>sociales verán condicionado su futuro en mayor medida y en este sentido cabe prestar especial atención a la situación de las mujeres quienes presentan una tasa por encima de la media.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En un 8,5% de los casos la fuente principal de ingresos no coincide con ninguna de las anteriores (se trata de personas que no acceden a ayudas sociales, ni al empleo, ni a pensiones contributivas, etc.) y fundamentalmente es la familia la que está dando soporte económico.</li> </ul>
<b>Ayuda a domicilio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En torno a un 15% de las personas que requieren de apoyos viven solas actualmente.</li> <li>Un 34,5% de las personas con enfermedad mental que viven solas están recibiendo este servicio.</li> </ul>
<b>Asociaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casi 9 de cada 10 personas cuyo diagnóstico principal es de esquizofrenia y son atendidas en estas organizaciones, susceptibles de ingresar en psiquiatría, no lo han hecho.</li> </ul>
<b>Algunos interrogantes al hilo de estos datos</b>	<p><b>¿Se están cubriendo las necesidades del colectivo?</b>  <b>¿Dónde están las principales carencias?</b>  <b>¿A qué se deben las lagunas?</b>  <b>¿Hasta qué punto la labor de las asociaciones puede estar jugando un papel importante de amortiguación de recaídas?</b></p>

<b>DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA MÁS AFECTADAS POR LOS FACTORES PERSONALES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL ¿TENEMOS DETECTADAS ESTAS ÁREAS DE TRABAJO?</b>	
<b>Calidad de Vida y dimensiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El colectivo estudiado presenta sus mejores índices en las dimensiones Desarrollo Personal (76,4) y Autodeterminación (75,8), mientras que los mayores déficits se aprecian en las dimensiones de Calidad de Vida relativas al Bienestar Físico (35,4) y el Bienestar Material (50,0), seguido de Bienestar Emocional (60,0) y Relaciones Interpersonales (64,1).</li> <li>Las personas con mejor autopercepción de su calidad de vida y mayor satisfacción con su salud alcanzan también mejores puntuaciones en el test de Calidad de Vida de la escala GENCAT. Si bien las personas usuarias tienden a ser más optimistas a la hora de valorar su calidad de vida: el 47,1% de ellas percibe su calidad de vida como buena o muy buena mientras que de acuerdo con la escala Gencat un 33,5% de las personas usuarias presenta un Índice de Calidad de Vida que podría considerarse alto.</li> </ul>
<b>Factores personales que limitan la Calidad de Vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Un tercio de las personas consultadas cuenta con algún <u>diagnóstico añadido</u> además de enfermedad mental.</i> Las personas que presentan otros diagnósticos añadidos tienen un índice de Calidad de Vida significativamente más bajo que el resto y peores puntuaciones en las dimensiones Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico y Autodeterminación.</li> <li><i>Dos tercios de las personas encuestadas cuentan con un <u>porcentaje de</u></i></li> </ul>

*discapacidad* de entre 33% y 65% mientras que un tercio tiene un porcentaje de discapacidad superior al 65%. A medida que aumenta el porcentaje de discapacidad las puntuaciones en el índice general de Calidad de Vida y las dimensiones Bienestar Emocional, Desarrollo Personal, Autodeterminación e Inclusión Social retroceden.

- De acuerdo con la valoración de las y los profesionales de referencia casi 8 de cada 10 personas atendidas tienen necesidades de apoyo para cubrir necesidades básicas de la vida diaria y un 60% tiene reconocida una dependencia moderada o severa. Las personas autónomas con un porcentaje de discapacidad moderado (33%-65%) presentan un índice de Calidad de Vida significativamente más elevado que las que requieren de apoyos y se observan diferencias en las dimensiones Relaciones Interpersonales, Derechos, Autodeterminación y Desarrollo Personal (el porcentaje de discapacidad podría estar ejerciendo una influencia mayor que la de esta variable por si sola).
- Un 14% de las personas consultadas tuvieron algún ingreso en psiquiatría en el último año. El índice de Calidad de Vida de las personas que han ingresado está significativamente por debajo del de quienes no han ingresado (con independencia de las necesidades de apoyo), especialmente entre las personas con un porcentaje de discapacidad entre el 33% y el 65% (esta última variable parece tener más fuerza, si bien estos datos deben tomarse con cautela debido al reducido tamaño muestral).

**Algunos interrogantes al hilo de estos datos**

**¿Los diferentes agentes están trabajando de forma más intensiva sobre aquellas dimensiones en las que el colectivo adolece de mayores limitaciones?**

**¿Hasta qué punto tenemos identificados los diferentes puntos débiles según perfil específico de la persona usuaria?**

**¿Cómo se está trabajando sobre estas dimensiones?**

**¿Nos sirven las herramientas existentes para evaluar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental?**

**FACTORES CONTEXTUALES CON MAYOR POTENCIAL DE INCIDENCIA POSITIVA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL ¿LOS TENEMOS PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN?**

**Factores contextuales que potencian la Calidad de Vida**

- El 37% del colectivo no dispone de independencia económica. Las personas que disfrutan de una independencia económica obtienen puntuaciones mejores en Calidad de Vida, especialmente en la dimensión de Autodeterminación y Derechos, con independencia del porcentaje de discapacidad de la persona o del hecho de que haya ingresado o no en psiquiatría en el último año.
- El 77% no tiene pareja actualmente. La red de apoyo informal media se compone de 5 personas aunque lo más frecuente es que ésta esté compuesta por no más de dos personas. El tamaño de la red informal de apoyo se asocia positivamente con el Índice de Calidad de Vida y en las dimensiones Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Físico, Autodeterminación, Inclusión Social y Derechos,

sobre todo en el caso de personas con un porcentaje de discapacidad moderado, así como entre las personas que no han ingresado en la unidad de psiquiatría durante el último año.

- *Casi ocho de cada diez personas consultadas carece de empleo y las personas que cuentan con un empleo ordinario (con apoyo) representan un 2,6% del total. La media de años de experiencia laboral de este colectivo se sitúa en poco más de 8 años, pero el 12,8% no tiene ninguna experiencia laboral y una de cada cuatro personas tiene menos de 3 años de experiencia. Contar con un empleo incide positiva y significativamente en el Índice de Calidad de Vida de las personas usuarias de FEDEAFES, sobre todo en el grupo de personas con un porcentaje de discapacidad de entre 33% y 65% un grupo en el que intervienen menos otros factores. Las personas con empleo obtienen también puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones Bienestar Emocional, Bienestar Material, Autodeterminación y Derechos.*
- *Un 42,2% de las personas consultadas hace uso deservicios de ocio y tiempo libre, el 40,8% son usuarias de este servicio en alguna de las asociaciones de FEDEAFES. Acudir a los servicios de ocio y tiempo libre incide positivamente en la Calidad de Vida de las personas con enfermedad mental y buena parte de las dimensiones, sobre todo en el caso de personas autónomas pero también, entre quienes presentan necesidades de apoyo. En estos casos las diferencias son más notables en las dimensiones de Bienestar Material, Bienestar Físico e Inclusión Social.*

**Algunos  
interrogantes  
al hilo de  
estos datos**

**¿El sistema actual tiene en cuenta estos factores?**

**¿Cómo pueden los distintos agentes reforzar el trabajo que se está haciendo actualmente en esta dirección?**

## 6.- REFLEXIONES FINALES EN RELACIÓN CON LA RESPUESTA ACTUAL Y ORIENTACIONES DE MEJORA

Considerando los cuatro ejes en los que se han agrupado los datos del análisis cuantitativo, se ha reflexionado en torno a los principales interrogantes que derivan de dichos datos y se han revisado los aspectos de la respuesta actual que están funcionando mejor, los que necesitan de algún cambio y el sentido en el que debiera darse el cambio para resolver las lagunas o déficits actuales.

Con todo identificar los factores que más afectan a este colectivo en las diferentes dimensiones de Calidad de Vida ha permitido reflexionar sobre el modelo de atención actual y avanzar en la identificación de una serie de orientaciones de mejora en la respuesta a las personas con enfermedad mental, las cuales se exponen en este apartado.

**¿Qué cuestiones nos preocupan en relación con los perfiles? ¿Cómo podríamos mejorar la respuesta colectivamente?**

***Sobre la atención a personas jóvenes, primeros episodios, mujeres, diagnósticos diferentes a la esquizofrenia...***

El escenario actual obliga a considerar que la realidad en la que operan los distintos agentes llamados a contribuir en la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental está en constante cambio. Más allá de la esquizofrenia y de los trastornos más crónicos cabe considerar que emergen nuevos perfiles que requieren de atención diferenciada: personas jóvenes, personas con patologías duales, perfiles infantojuveniles, diagnósticos de trastorno de personalidad, mujeres, consumos tóxicos, trastornos de comportamiento, falta de control de impulsos, etc. Se hace cada vez más necesario que los distintos agentes asuman la prioridad de ampliar el conocimiento y de cuantificar esos nuevos perfiles así como de realizar una profunda reflexión sobre el tipo de atención que precisan estos perfiles y el modo de abordar una atención compartida para adecuar las respuestas y trabajar con coherencia. Así en relación con los trastornos de personalidad hay que hacer referencia a la necesidad de articular una serie de medidas relativas a la atención de estas personas, como ha puesto de manifiesto el Ararteko mediante la recomendación 86/12<sup>44</sup>.

Parece que desde el Sistema de Salud se debe avanzar hacia una acción más proactiva en la atención de determinados perfiles con dificultades, cambiar el *“esperar a que el paciente venga”* por la proactividad, la atención domiciliaria en determinados supuestos.

Tradicionalmente las organizaciones del Tercer Sector Social han venido encargándose de atender a personas en situación de mayor vulnerabilidad, cronicidad, su labor ha estado muy pegada a la cobertura de aquellas necesidades que en menor medida se estaban atendiendo, etc. Sus recursos son limitados y a menudo deben priorizar las necesidades a las que dan respuesta. Ahora bien, teniendo en cuenta que los escenarios en los que operan son cada vez más complejos y cambiantes y considerando la importancia de adoptar un **enfoque sobre la enfermedad mental amplio**, cabe abrir procesos de reflexión estratégica dentro de las propias organizaciones sociales que tengan en cuenta las nuevas necesidades detectadas e

---

<sup>44</sup> Resolución del Ararteko, de 23 de noviembre 2012, por la que se recomienda a Osakidetza- Servicio Vasco de Salud la adopción de una serie de medidas generales relativas a la atención de las personas con trastornos graves de la personalidad.

insuficientemente cubiertas, revisando periódicamente su misión, y valorar la posibilidad de emprender iniciativas innovadoras para responder a la realidad específica de algunos de estos colectivos en colaboración con otros agentes, ya que es difícil poder atenderlos de manera adecuada en los recursos diseñados en la actualidad.

Para la puesta en marcha de proyectos innovadores en colaboración con otros cobran especial importancia los espacios de encuentro entre organizaciones del mismo ámbito y también de ámbitos distintos y limítrofes que procuren el intercambio de conocimiento, experiencias y buenas prácticas, por lo que sería deseable promoverlos.

Requiere especial mención el caso de las mujeres, como se ha venido señalando en investigaciones previas, sigue notándose una escasa presencia de mujeres en los recursos por lo que se hace necesario articular canales de aproximación a la población femenina con enfermedad mental. Debe tenerse en cuenta la dimensión de género en ambos sistemas (salud, servicios sociales y entidades del tercer sector) para la planificación de los recursos y la derivación.

Los distintos agentes que intervienen con el colectivo consideran muy importante fomentar el trabajo de **intervención temprana** con las personas con enfermedad mental. Aunque existen algunos programas que ofrece Osakidetza parece conveniente seguir avanzando en esta línea y consensuar y coordinar con Sanidad otro tipo de recursos más allá de los de recuperación Psicosocial. Concretamente las organizaciones del Tercer Sector Social consideran que no disponen de recursos suficientes para atender con actividades y servicios específicos esta realidad (además de las que ya atienden), pero si ven claro su papel en clave de incidencia política. Sería interesante promover y apoyar las actividades de estas entidades que guardan relación con otras funciones más allá de la prestación de servicios como es dar a conocer las necesidades detectadas, reivindicar derechos para que la administración pública articule instrumentos que permitan dar respuesta a estas realidades, etc.

No obstante, cabe apuntar que a menudo tan importante como intervenir es respetar los ritmos de los procesos. A menudo las personas que son diagnosticadas con enfermedad mental y sus familias necesitan vivir un proceso de toma de conciencia y aceptación, de duelo, así como de socialización de la realidad a su entorno cercano que conlleva que pase un cierto tiempo entre el diagnóstico y el acercamiento de estas personas a las organizaciones sociales que pueden ofrecerles apoyo. También parece que este distanciamiento de estos recursos en los primeros años podría estar relacionado con una cierta **estigmatización** de las organizaciones sociales, cuya actividad se ha venido asociando mayoritariamente con casos crónicos de personas dependientes, etc. Parece razonable que se activen estrategias de distinto tipo para intensificar la labor de dar a conocer socialmente el trabajo de estas entidades desde una perspectiva más global y conseguir que la atención a las familias sea lo más temprana posible a fin de poner a su disposición un mayor número de recursos de información, orientación y apoyo.

**¿Qué cuestiones nos preocupan en relación con los recursos? ¿Cómo podríamos mejorar la respuesta colectivamente?**

#### ***Sobre las ayudas económicas...***

En el debate sobre el copago suelen encontrarse dos visiones, la que pone el acento en la preocupación por su efecto disuasorio y la que lo concibe como un factor de compromiso a partir de la participación de las personas usuarias en los recursos y programas. Aunque algunas

personas se inclinan por esta segunda forma de entender el copago, mayoritariamente se ha manifestado una preocupación por las consecuencias que está teniendo en algunos casos que no llegan a ser atendidos profesionalmente cuando deben asumir una parte del coste.

Si bien las familias asociadas parecen estar más concienciadas en este sentido, se ha advertido de un riesgo al que parece conveniente prestar atención ya que en aquellos casos en los que la prestación económica para el apoyo familiar de personas con enfermedad mental representa, especialmente en el actual contexto de crisis, una fuente de ingresos significativa para el sustento familiar se tiende a declinar la opción de una plaza en un centro de día, etc. En este sentido, resulta fundamental asegurar una libre disposición que permita la socialización y la participación en comunidad de estas personas usuarias.

En la medida en que el copago es una realidad que preocupa a distintos agentes, se propone que la reflexión en torno a este tema pueda fundamentarse en datos que constaten el riesgo al que se ha aludido. Es decir, parece conveniente que los distintos actores se involucren en detectar y cuantificar los casos a fin de dar a conocer las consecuencias y poder orientar la toma de decisiones.

#### ***Sobre la atención psicológica...***

Se entiende que desde Osakidetza se debe incrementar los servicios y recursos de atención psicológica a las personas con enfermedad mental de forma complementaria a la atención psiquiátrica, que permita un abordaje mixto que incluya el tratamiento farmacológico y la psicoterapia.

#### ***Sobre la atención psicosocial...***

Se entiende también, que es muy necesario ampliar los programas de atención psicosocial combinándolos con otros programas dirigidos al colectivo.

#### ***Sobre el actual modelo de atención...***

Se ve completamente necesario avanzar en la flexibilización del sistema de recursos de atención al colectivo de enfermedad mental y sus familias consiguiendo una mayor bidireccionalidad en los procesos, procurando itinerarios en ambas direcciones que permitan avanzar en autonomía e incluso retroceder cuando es necesario en contexto de protección.

Actualmente los recursos son “cerrados” por cuanto el protocolo y criterios de acceso a los mismos están muy delimitados y reducen las posibilidades de “probar”, “avanzar y retroceder”, “volver a un recurso que se desestimó en un momento dado”, etc. Debido a ello, a menudo se corre el riesgo de que los y las propias profesionales “sobrepotejan” a las personas usuarias y tengan miedo de dar pasos sobre los que no tienen plena seguridad (“tienes derecho a este recurso aquí y ahora y cuando lo dejas debes empezar de nuevo”). El sistema está demasiado burocratizado, es rígido y no permite que los procesos individuales fluyan, no está siendo capaz de adaptarse a las características de un colectivo que a menudo pasa por episodios de crisis que posteriormente se revierten, altibajos, etc.

Se ha debatido en torno al siguiente interrogante ¿cuándo acaba la rehabilitación? Algunas personas se muestran partidarias de asumir que al tratarse de una enfermedad crónica los recursos de atención siempre deban estar ahí, no hay un alta definitiva. Mientras que otras personas, entienden que recuperación puede no ser sinónimo de sanación de modo que hay



que sensibilizar a las y los profesionales para que identifiquen este momento y sean capaces de “soltar” y/o derivar.

Se entiende que el hecho de estar en determinados recursos prolongadamente estigmatiza a la persona usuaria y por eso se ve necesario reflexionar sobre cómo “soltar” sin que estas personas caigan al “vacío” superando los miedos (“el problema es que no siempre existe una red cuando se suelta a la persona y esto dificulta el desenganche profesional y genera dependencia”). En este sentido, se ha hablado de la importancia de que el sistema procure recursos intermedios (de menor intensidad, itinerarios de actividad diurna...), así como no se olvide de promover fórmulas que garanticen preservar las redes informales de apoyo, etc.

Algunas organizaciones han detectado (a partir de experiencias de autogestión de personas con enfermedad mental en las que se les da voz y deciden) que las mayores resistencias al cambio provienen de las familias y las y los profesionales. Por eso, se considera interesante que en paralelo a lo expuesto anteriormente se avance también, en sensibilización y formación a familias y profesionales de la intervención directa para que confíen en un modelo de recuperación que se basa en el trabajo sobre el desarrollo de las capacidades de las personas.

El sistema sanitario y el sistema social deben tomar mayor conciencia de la imposibilidad de responder en solitario a los desafíos actuales y ser capaces de superar estereotipos para crecer en relación con otros, lo que nos sitúa ante uno de los retos más importantes: desarrollar la atención sociosanitaria. El trastorno mental requiere de una intervención multidisciplinar, de una respuesta global y coordinada entre todos los sistemas, por eso ha de promoverse una mayor coordinación entre los dos sistemas, así como articular modelos de coordinación que consideren tanto la esfera del sector público como la del Tercer Sector Social reconociendo su relevante contribución social y la singularidad del valor de su intervención.

Aunque se están dando pasos importantes en este sentido (firmas de protocolos múltiples, aplicaciones informáticas de colaboración, foros diversos...) la dificultad a la hora de conseguir un acercamiento entre estos dos mundos guarda relación con algunos rasgos que son propios de cada uno de los ámbitos: el sistema sanitario tiene un reconocimiento como derecho fundamental, el derecho a los recursos es universal y en general es menos normativo; mientras que el acceso a los recursos del sistema de servicios sociales ha estado mucho más delimitado por el cumplimiento de determinados requisitos, etc. En definitiva no resulta fácil unificar criterios desde administraciones tan diferentes, con diferentes objetivos, metodología, puntos de partida, criterios...

Existen espacios de encuentro entre los distintos agentes aunque quizá no lo suficientemente formalizados, lo que implica que la realidad de cada territorio esté muy sujeta a la arbitrariedad de los y las profesionales con los que se va coincidiendo. Si bien desde el ámbito de salud público se está intentando avanzar para conseguir una sistemática que garantice una oferta mínimamente homogénea, podría ser interesante promover espacios de encuentro entre profesionales (del ámbito sanitario, del ámbito de los servicios sociales públicos y del ámbito de las entidades sociales que atienden al colectivo) que tengan un carácter más operativo (trascendiendo las reuniones para la gestión de caso y aterrizando las jornadas de promoción del espacio sociosanitario), con una finalidad formativa y/o para la reflexión en torno a necesidades detectadas, gestión e información de proyectos, criterios, etc.

Así mismo, se ve conveniente que las organizaciones sociales desplieguen mayores y mejores estrategias de comunicación que eviten que algunos y algunas profesionales del ámbito sanitario, incluso del ámbito de servicios sociales público no conozcan con suficiente detalle el conjunto de su actividad (más allá de la prestación de servicios de responsabilidad pública) ya

que esto podría contribuir a realizar derivaciones más adecuadas y minimizar algunas posibles resistencias derivadas del desconocimiento de su realidad.

En definitiva parece que cabe seguir avanzando para desarrollar la atención sociosanitaria desde el enfoque de la **corresponsabilidad**, poniendo en el centro a las personas usuarias (con derecho y voz) y compartiendo objetivos desde una perspectiva triangular (administración sanitaria, administración de servicios sociales y Tercer Sector) para pasar de los actuales “espacios de coordinación” a órganos socio-sanitarios formales a nivel de la CAPV.

**¿Qué cuestiones nos preocupan en relación con la calidad de vida y los factores personales que interfieren en ella? ¿Cómo podríamos mejorar la respuesta colectivamente?**

#### ***Sobre la intervención en las distintas dimensiones de calidad de vida...***

Aunque el enfoque de calidad de vida es asumido por distintos agentes que han venido tomando conciencia de la importancia de contar con la opinión de la persona usuaria en las decisiones relacionadas con su tratamiento, su proceso vital, etc., cabe reconocer la labor de las entidades sociales por orientar su trabajo al desarrollo del empoderamiento de las personas usuarias. Su modelo de intervención tiene un claro enfoque hacia las dimensiones de desarrollo emocional y relaciones interpersonales, un camino que se considera crucial y por tanto, por el que cabe seguir avanzando. Así mismo, sería interesante que estas organizaciones asumieran un rol tractor para trasladar a otros ámbitos la visión de la importancia de fomentar personas usuarias activas, con voz... y en definitiva de trabajar la dimensión de autodeterminación. En este sentido hay experiencias en el campo del empoderamiento de las personas con enfermedad mental que llevan tiempo en marcha como la del Comité de Personas con Enfermedad Mental de FEAFES en el ámbito estatal, la del propio Comité de Personas con Enfermedad Mental de FEDEAFES, las comisiones o grupos de personas usuarias de las asociaciones, etc.

No debe olvidarse incluir una estrategia clara contra el estigma que sufren las personas con enfermedad mental y sus familias en la intervención en las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Estrategia que debe ser transversal en los diferentes ejes de actuación (salud, servicios sociales, empleo, educación, deporte.....).

Sin embargo, parece que no se están abordando de la misma manera otras dimensiones tales como el bienestar físico y material. Sería interesante que a partir del desarrollo de algunas funciones sociales que son propias del Tercer Sector Social (como la denuncia, la reivindicación de derechos, etc.) se reclamara una mayor atención de estas dimensiones de la calidad de vida del colectivo por parte de otros agentes.

#### ***Sobre la evaluación de la calidad de vida...***

Distintos agentes coinciden en señalar que los baremos que actualmente se están utilizando para medir la dependencia no son suficientemente sensibles a la realidad del colectivo de personas con enfermedad mental. Se cree oportuno que las herramientas de diagnóstico sean específicas para el colectivo y también que sean comunes para el ámbito sanitario y social, que aúnen las dos perspectivas unificando lenguajes, etc. y que adopten criterios comunes consensuados.

Además, se considera necesario diseñar y validar herramientas de evaluación de calidad de vida que tengan en cuenta la visión de la propia persona usuaria. Las organizaciones sociales han avanzado en conseguir involucrar a las personas destinatarias en el diseño de los

programas consensuando los objetivos de la intervención con ellas pero es importante seguir afianzando modelos de atención y gestión que cuenten con su participación. Por otro lado, se considera importante afianzar algunos procesos que permitan conseguir hacer el tránsito entre la evaluación-reflexión y la acción.

**¿Qué cuestiones nos preocupan en relación con la calidad de vida y los factores contextuales que interfieren en ella? ¿Cómo podríamos mejorar la respuesta colectivamente?**

***Sobre el empleo y los recursos económicos...***

El área laboral ocupa un papel principal a la hora de hablar de calidad de vida en nuestra sociedad. Se considera importante fomentar distintos tipos de incentivos al empleo minimizando la burocratización. Se nota falta de recursos específicos de empleo con apoyo dirigidos al colectivo.

Este colectivo tiene especiales dificultades de acceso al empleo y se considera que representa el último eslabón de la discapacidad. Algunas personas participantes hablan del colectivo de personas con enfermedad mental como las excluidas entre las excluidas y recalcan la necesidad de prestar especial atención a casos en los que confluye más de un factor de vulnerabilidad como el hecho de ser mujer, ser mayor de 45 años, etc.

Existen una relación entre los recursos de empleo y los recursos económicos y ambos factores favorecen la calidad de vida del colectivo.

Se reclama agilizar los trámites para acceder a la Renta de Garantía de Ingresos. Se presenta la preocupación por aquellas personas sin ningún tipo de ingreso que al estar en pisos tutelados ven limitadas sus posibilidades de acceder a la RGI y si bien existe la posibilidad de que estos recursos sean considerados temporales y en tal caso se posibilita el acceso a dicha ayuda el nivel de exigencia de trámites aumenta.

También se ve conveniente que la coordinación entre los distintos ámbitos en materia de empleo sea más ágil que lo que resulta actualmente.

Además, más allá de la oferta, se habla de la importancia de avanzar en capacitación y preparación de las personas con enfermedad mental para el empleo.

***Sobre los servicios de ocio...***

A pesar de que los servicios de ocio no han quedado incluidos en la cartera de servicios sociales, el estudio refleja que la intervención a través de programas de ocio y tiempo libre tiene efectos positivos y significativos en la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, de modo que cabe reivindicar una mayor implicación de las administraciones públicas en la promoción de este tipo de actividades que van más allá de los que se han reconocido como derechos subjetivos.

Existe una relación entre este tipo de recursos y la red de apoyo de modo que promover los primeros contribuirá a ampliar la red de apoyo y todo ello favorece la calidad de vida del colectivo. Sin embargo, se considera que actualmente estos recursos están infravalorados con respecto a los recursos de empleo y la independencia económica por eso cabe trabajar para dar a conocer y visibilizar su potencial.

***Sobre la red de apoyo informal...***

Es importante preservar y ampliar las acciones orientadas a sensibilizar, prevenir, acompañar a las familias en el proceso de socialización de la enfermedad para ayudarles a trascender el ámbito privado y normalizarla, mantener la red social previa de la persona afectada, etc. Y en este campo las organizaciones del Tercer Sector social pueden desarrollar un papel importante en coherencia con su misión.

Por otro lado, sería conveniente fomentar programas que generen encuentros (como los programas de ocio y tiempo libre) y se orienten a fortalecer la red social informal de las personas con enfermedad mental ya que a menudo ésta suele ser muy escasa y ello acentúa el riesgo de exclusión social del colectivo.

En este sentido, cabe promover el desarrollo de programas psicoeducativos comunitarios dirigidos a personas con enfermedad mental y a sus familias, que favorezcan la permanencia de las personas en su entorno familiar, así como la incorporación tras un proceso de recuperación a viviendas en comunidad. Siendo para esto también muy importante facilitar el acceso a viviendas de alquiler social, así como poder acceder a la RGI.

Por otro lado, además de los programas psicoeducativos pueden ser necesarios programas de atención domiciliaria para ayuda en actividades de la vida diaria con personal especializado en atención a personas con enfermedad mental.

El siguiente cuadro recoge a modo de síntesis las claves señaladas anteriormente:

CLAVES	ÁMBITO			
	Ámbito Tercer Sector Social	Ámbito Servicios Sociales públicos	Ámbito Sanidad pública	Espacio común entre distintos ámbitos
<p><b>Puntos fuertes y oportunidades:</b> qué experiencias positivas nos parecen destacables, qué elementos dan valor añadido a lo que hacemos, qué podemos aprovechar para conseguirlo...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amplia trayectoria de prestación de servicios con personas y familias en situación de especial vulnerabilidad.</li> <li>Singularidad de su labor en el campo de la ayuda mutua, socialización, etc.</li> <li>Experiencia de las entidades del Tercer Sector Social en materia de reivindicación de derechos, detección de necesidades, etc.</li> <li>Orientación de su trabajo hacia el desarrollo del empoderamiento de las personas usuarias.</li> <li>Atención integral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visibilización del colectivo en la normativa (Ley de Servicios Sociales).</li> <li>Se ha ido avanzando en sistematización de la coordinación con el Tercer Sector Social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este sector es más ágil y menos normativo que el de servicios sociales.</li> <li>Se han ido realizando acercamientos al sector de Servicios Sociales con quien cada vez se comparte más información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se han dado algunos pasos creando “espacios de coordinación” entre sectores (aunque no muy formalizados y no a todos los niveles).</li> <li>Existen algunas buenas prácticas de trabajo en red (ejemplo, grupo de mujeres en algunas asociaciones...) que están funcionando.</li> </ul>
<p><b>Puntos débiles y amenazas:</b> qué nos preocupa más, qué cuestiones podrían mejorarse, qué es aquello que no estamos cubriendo adecuadamente...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No llegamos a algunos colectivos con nuevas necesidades.</li> <li>Insuficientes recursos para realizar trabajo en intervención temprana.</li> <li>Cierta estigmatización de las entidades sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No llegamos a algunos colectivos con nuevas necesidades.</li> <li>Déficit en recursos de intervención temprana.</li> <li>El copago puede tener un efecto disuasorio al que es preciso prestar atención.</li> <li>En ocasiones el TTHH establece diferencias de acceso a recursos.</li> <li>Insuficientes recursos de atención psicosocial.</li> <li>Los recursos de ocio no han sido reconocidos como derecho subjetivo en la cartera de servicios sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficiente trabajo en intervención temprana.</li> <li>Insuficientes recursos de atención psicológica.</li> <li>Insuficiente atención a determinados perfiles con dificultades o diagnósticos como trastornos de personalidad.</li> <li>Se piensa demasiado en la rehabilitación y no en la persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los itinerarios de intervención son rígidos, no se permiten retrocesos y no están suficientemente adaptados a la realidad del colectivo.</li> <li>A veces se piensa que la persona usuaria es responsabilidad única del sector en el que está siendo atendida en ese momento (falta enfoque de corresponsabilidad).</li> <li>La coordinación y el entendimiento con las y los profesionales de unos y otros ámbitos está sujeto a la arbitrariedad de aquellos con quienes se va coincidiendo.</li> <li>En ocasiones no se tiene en cuenta la autonomía de las personas y se pauta en exceso lo que debe hacer.</li> <li>Existen prejuicios que deberán superarse para conseguir una mejor coordinación entre ámbitos.</li> </ul>

<p><b>PROPUESTAS DE MEJORA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abrir procesos de reflexión estratégica para poner en marcha programas piloto innovadores y atender nuevas realidades.</li> <li>▪ Crear espacios de encuentro entre organizaciones para intercambiar conocimiento y buenas prácticas.</li> <li>▪ Apoyar y promover las actividades de las asociaciones relacionadas con la reivindicación de derechos del colectivo y la detección de necesidades.</li> <li>▪ Desplegar mejores estrategias de comunicación para dar a conocer su trabajo desde una óptica más global para conseguir acercarse a la población recién diagnosticada, etc.</li> <li>▪ Necesidad de reflexionar y ser autocríticos en relación con el trabajo en la dimensión de autodeterminación.</li> <li>▪ Ejercer un rol tractor para promover que desde otros ámbitos se tome conciencia de la importancia del trabajo en pro de personas usuarias activas, con voz, etc.</li> <li>▪ Reivindicar específicamente que las administraciones públicas se involucren en la financiación de actividades de ocio, aunque no hayan sido reconocidas como derecho subjetivo, dando a conocer y visibilizando el potencial de estos recursos.</li> <li>▪ Impulsar estrategias sobre el empleo.</li> <li>▪ Liderar la erradicación del estigma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ampliar los programas de atención psicosocial.</li> <li>▪ Procurar recursos intermedios y fórmulas que preserven las redes informales de apoyo.</li> <li>▪ Reconsiderar las herramientas de medición de la dependencia y sus límites en la aplicación con este colectivo.</li> <li>▪ Disminuir la burocratización en los trámites para acceder a ayudas económicas, incentivos al empleo, etc.</li> <li>▪ Promover actividades que generen encuentros y relaciones, como los de ocio, los programas socioeducativos comunitarios, atendiendo a los beneficios que suponen en la calidad de vida del colectivo fortaleciendo la red de apoyo informal.</li> <li>▪ Impulsar los programas de atención domiciliaria con personal especializado en esta enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incrementar los recursos de atención psicológica de forma complementaria a la atención psiquiátrica.</li> <li>▪ Avanzar y consolidar la perspectiva de atención que pone en el centro a la persona, aprendiendo a escuchar a las personas usuarias, etc.</li> <li>▪ Sensibilizar a las y los profesionales de este ámbito para que se diluyan las diferencias entre unos y otras y se garantice una oferta mínimamente homogénea.</li> <li>▪ Poner en marcha unidades para atender nuevos perfiles o diagnósticos como trastornos de personalidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ampliar el conocimiento y cuantificar los nuevos perfiles para adecuar las respuestas.</li> <li>▪ Activar canales de aproximación a la población femenina con enfermedad mental.</li> <li>▪ Detectar y cuantificar los casos en los que el copago está teniendo consecuencias indeseadas para orientar las decisiones futuras en base a datos.</li> <li>▪ Flexibilizar el sistema de recursos de atención para que los procesos sean más bidireccionales.</li> <li>▪ Sensibilizar a profesionales y familias para que confíen en un modelo de desarrollo de las capacidades.</li> <li>▪ Desarrollar la atención sociosanitaria pasar de los actuales “espacios de coordinación” a órganos socio-sanitarios formales a nivel de la CAPV, dando espacio al Tercer Sector social reconociendo su contribución singular.</li> <li>▪ Promover espacios de encuentro entre profesionales de intervención de carácter operativo y formativo.</li> <li>▪ Poner en común herramientas de diagnóstico del colectivo, aunando las distintas perspectivas a nivel de criterios, lenguaje...</li> <li>▪ Agilizar especialmente la coordinación en materia de empleo.</li> <li>▪ Avanzar en capacitación y preparación de las personas con enfermedad mental para el empleo.</li> <li>▪ Preservar y ampliar las acciones orientadas a sensibilizar, prevenir, acompañar a las familias en el proceso de socialización de la enfermedad.</li> <li>▪ Diseñar y validar herramientas de evaluación de calidad de vida que tengan en cuenta la visión de la propia persona usuaria.</li> <li>▪ Desarrollar una planificación estrategia contra el estigma transversal, con incorporación de otros ámbitos.</li> </ul>
------------------------------------	--	---	--	--

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEAFES). *Salud mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), 2003.
  - DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA. DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SOCIAL. *Plan de acción para la participación y calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia 2010-2013*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia, Departamento de Acción Social, 2010.
  - EUSKO JAURLARITZA-GOBIERNO VASCO. DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y ASUNTOS SOCIALES. *III Plan Vasco de inclusión Activa 2012-2016*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza- Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, 2012.
  - EUSKO JAURLARITZA-GOBIERNO VASCO. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Estrategia en Salud Mental de la CAPV (ESM-2010)*. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo, 2010.
  - EUSTAT. Encuesta de Salud del Gobierno Vasco 2013 (ESCAV-20103). Disponible en Web: <[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta\\_salud/es\\_escav/encuesta\\_salud.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/encuesta_salud.html)>
  - FEDERACIÓN DE EUSKADI DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEDEAFES). *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental de la CAPV*. Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES), 2014.
  - GINER, J., IBAÑEZ, E., BACA, E., BOBES, J., LEAL, C., CERVERA, S. *Desarrollo del cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)*. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 1987; 13:261-76.
  - HEINRICH, D.W., HANLON, T.E. Y CARPENTER, W.T. *The Quality of Life Schale: An Instrument of Rating the Squizophrenic deficit syndrome*. *Schizofhrenia Bulletin*. 1984; 10,388-399 [Traducido al español por RODRIGUEZ FORNELLS, A. RODRIGUEZ MARTINEZ A., JARNE ESPARCIA, A., SOLER PUJOL, R., MIARONS, TUNEU, R., GRAU FERNANDEZ, A. *Estudio Factorial y Adaptación de la Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia*. Revista de psicología general y Aplicada. 1995; 48 (3) 353-365].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 (EDAD, 2008)*. Disponible en Web: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>>
- Cifras de Población. Explotación estadística del Padrón (explotación a 1 de enero de 2010): 1.153.724 de habitantes en Bizkaia. Disponible en Web: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe260&file=inebase&L=0>>
  - Cifras de Población. Estadística del Padrón Continuo. Datos Municipales (explotación a 1 de enero de 2013). Disponible en Web: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2Fp05%2F%2Fa2013>>

- LEHMAN, A.F. *A Quality of Life Interview for the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planning*. 1988; 11, 51-62 [Traducido al español por BOBES, J., GONZALEZ, M.P. Y BOUSOÑO, M. *Calidad de Vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J.R. Prous, 1995].
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2006.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Evaluación de la Calidad de Vida. Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida? Grupo WHOQOL*. En Foro Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 1996.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *El informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevo entendimiento, nueva esperanza*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001.
- SCHALOCK, R. L., GARDNER, J. F. Y BRADLEY, V. J. *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities. Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2007 [Traducido al castellano por E. JALAIN. *Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo*. Madrid: FEAPS, 2009].
- SCHALOCK, R. L. Y VERDUGO, M. A. *Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002* [Traducido al castellano por M. A. VERDUGO Y C. JENARO. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza, 2003].
- SCHALOCK, R. L. Y VERDUGO, M. A. *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero. 2007; Vol. 38 (4), nº 224, 21-36*.
- THE WHOQOL GROUP. *Development of the World Health Organization Quality of life Assessment*. *Psychological Medicine*. 1998; nº 28, 551-558.
- VEGA, CÓRDOBA, V. *Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en centros residenciales permanente chilenos. Tesis doctoral*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 2011.
- VERDUGO, M.A., ARIAS, B., GÓMEZ, L., Y SCHALOCK, R. L. *Escala GENCAT. Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de Vida. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 2009.
- VERDUGO, M. A., GÓMEZ, L. E. Y ARIAS, B. *La escala Integral de calidad de vida. Desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas. Siglo Cero, 2007, 38 (4), nº 224, 37-56*.
- VERDUGO, M. A., GÓMEZ, L. E., ARIAS, B. Y SCHALOCK, R. L. *Escala Integral: Evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual: Cuestionario y Manual de aplicación*. Madrid: CEPE, 2009.



- VERDUGO, M. A., GÓMEZ L.E., ARIAS, B., Y SANTAMARÍA, M., CLAVERO, D., TAMARIT, J. *Escala INICO-FEAPS. Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. (INICO), 2013.
- VERDUGO, M. A., Y JORDÁN DE URRÍES, F. DE B. *Panorámica del Empleo con Apoyo en España*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2001.
- VERDUGO M.A. Y JORDÁN DE URRÍES, F. DE B. *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca, Ed: Amarú, 2001.
- VERDUGO, M. A., JORDÁN DE URRÍES, F. B., MARTÍN-INGELMO, R., RUIZ, N. Y SANTAMARÍA, M. *Impacto social del programa ECA Caja Madrid de empleo con apoyo*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), 2010.
- VERDUGO, M.A., SCHALOCK, R. L., GÓMEZ, L. Y ARIAS, B. *Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. Siglo Cero, 2007, 38 (4), nº 224, 57-72.*
- VERDUGO, M. A., SCHALOCK, R. L., KEITH, K. D. Y STANCLIFFE, R. *Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines*. Journal of Intellectual Disability Research, 2005.

**Normativa:**

- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, p. 44142.
- País Vasco. Ley 12/2008, de 5 de diciembre de 2008, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del País Vasco*, 24 de diciembre de 2008, núm. 246, p. 31840.

## 8.- INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1: ITEMS Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA DE LA ESCALA GENCAT	17
TABLA 2: ITEMS Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF	20
TABLA 3: UNIVERSO OBJETO DE ESTUDIO	25
TABLA 4: MUESTRA FINAL ANALIZADA. Frecuencias y porcentajes.	28
GRAFICO 1: SEXO DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	30
GRAFICO 2: EDAD DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	30
TABLA 5: PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO Y EDAD. Descriptivos	30
TABLA 6: PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO Y EDAD. Frecuencias y porcentajes.	30
GRAFICO 3: DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	31
TABLA 7: DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, ASOCIACIÓN Y TIPO DE SERVICIO (de la asociación). Porcentajes horizontales.	32
GRAFICO 4: EDAD DEL DIAGNÓSTICO. Porcentajes	33
TABLA 8: EDAD MEDIA DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN SEXO, EDAD Y DIAGNÓSTICO PRINCIPAL. Descriptivos.	33
GRAFICO 5: AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL. Porcentajes	34
TABLA 9: AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y TIPO DE SERVICIO (de la asociación). Descriptivos	34
GRAFICO 6: PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO O PATOLOGÍA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD MENTAL ENTRE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	34
TABLA 10: PRESENCIA DE DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS O PATOLOGÍA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD MENTAL DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO Y EDAD. Porcentajes	35
GRAFICO 7: DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS O PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD MENTAL SEGÚN TIPO. Porcentajes	35
GRAFICO 8: PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	35
TABLA 11: PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS USUARIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO Y LA EDAD. Porcentajes	36
GRAFICO 9: NECESIDADES DE APOYO DE LAS PERSONAS USUARIAS (VALORACIÓN FORMAL). Porcentajes	36
GRAFICO 10: NECESIDADES DE APOYO DE LAS PERSONAS USUARIAS (VALORACIÓN DE PROFESIONAL DE REFERENCIA). Porcentajes	36
TABLA 12: NECESIDADES DE APOYO DE LAS PERSONAS USUARIAS (VALORACIÓN DE PROFESIONAL DE REFERENCIA) SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD Y TIPO DE SERVICIO (de la asociación). Porcentajes	37
GRAFICO 11: INCAPACITACIÓN JUDICIAL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	37
TABLA 13: INCAPACITACIÓN JUDICIAL DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD. Porcentajes	38
GRAFICO 12: SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PERSONAS USUARIAS QUE LO PRECISAN. Porcentajes	38
GRAFICO 13: INGRESOS EN PSIQUIATRÍA EN EL ÚLTIMO AÑO DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	38
TABLA 14: INGRESOS EN PSIQUIATRÍA EN EL ÚLTIMO AÑOS DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO Y PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD. Porcentajes	39
GRAFICO 14: PRINCIPAL PROCEDENCIA DE LOS APOYOS. Porcentajes	39
GRAFICO 15: FORMA DE CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	40
TABLA 15: FORMA DE CONVIVENCIA (SOLAS O ACOMPAÑADAS) DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DISCAPACIDAD Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES. Porcentajes	40
GRAFICO 16: ENTORNO DE RESIDENCIA DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	40
GRAFICO 17: ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	41
GRAFICO 18: TENENCIA DE PAREJA DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	41
GRAFICO 19: NUMERO DE PERSONAS QUE COMPONEN LA RED DE APOYO INFORMAL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	41
TABLA 16: TAMAÑO MEDIO DE LA RED INFORMAL DE APOYO DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, TENENCIA DE PAREJA, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DISCAPACIDAD, FORMA DE CONVIVENCIA, ENTORNO RESIDENCIAL Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONAL DE REFERENCIA). Descriptivos	42
GRAFICO 20: NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	42
GRAFICO 21: INDEPENDENCIA ECONÓMICA DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	43

TABLA 17: INDEPENDENCIA ECONÓMICA DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN EL SEXO, EDAD Y DIAGNOSTICO PRINCIPAL. Porcentajes	43
GRAFICO 22: RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD LABORAL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	43
TABLA 18: RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD LABORAL DE LAS PERSONAS USUARIAS (CON O SIN EMPLEO) SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA, NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONAL DE REFERENCIA) Y ASOCIACIÓN. Porcentajes	44
GRÁFICO 23: EXPERIENCIA LABORAL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	44
TABLA 19: MEDIA DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO Y ORGANIZACIÓN. Descriptivos	45
GRAFICO 24: PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS ECONOMICOS DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	45
TABLA 20: PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS ECONOMICOS (SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES U OTRAS FUENTES) DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO Y EDAD. Porcentajes	46
GRAFICO 25: USO DE LOS SERVICIOS SOCIALES POR PARTE DE LAS PERSONAS USUARIAS (con independencia de que lo ofrezca o no la asociación de FEDEFES). Porcentajes	46
TABLA 21: USO DE LOS SERVICIOS SOCIALES POR PARTE DE LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DISCAPACIDAD, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO, FORMA DE CONVIVENCIA (SOLOS/AS O ACOMPAÑADOS/AS) Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES. Porcentajes sobre el total de casos de cada segmento	47
GRAFICO 26: TRATAMIENTO PSICÓLOGICO DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	48
TABLA 22: PERSONAS QUE SIGUEN DE MANERA REGULAR UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD E INGRESOS EN PSIQUIATRÍA. Porcentajes	48
GRAFICO 27: SERVICIOS DE LAS ASOCIACIONES DE FEDEFES QUE UTILIZAN LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN ASOCIACIÓN. Porcentajes	49
TABLA 23: SERVICIOS DE LAS ASOCIACIONES DE FEDEFES QUE UTILIZAN LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD Y DIAGNÓSTICO PRINCIPAL. Porcentajes sobre total de casos de cada segmento	49
TABLA 24: PERFIL DE LAS PERSONAS POR TIPO DE SERVICIO DE LAS ASOCIACIONES DE FEDEFES SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO, PORCENTAJE DISCAPACIDAD Y AUTONOMÍA. Porcentajes verticales	50
GRAFICO 28: TIEMPO QUE LLEVAN SIENDO USUARIOS/AS DE LAS ASOCIACIONES DE FEDEFES. Porcentajes	51
TABLA 25: TIEMPO QUE LLEVAN SIENDO USUARIOS/AS DE LAS ASOCIACIONES DE FEDEFES EN FUNCIÓN DEL SEXO, EDAD, ASOCIACIÓN Y TIPO DE SERVICIO (de la asociación). Descriptivos	52
GRÁFICO 29: MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES SOBRE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA GENERAL Y SATISFACCIÓN CON LA SALUD. Puntuaciones directas	53
TABLA 26: PUNTUACIONES SOBRE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA GENERAL Y SATISFACCIÓN CON LA SALUD. Descriptivos	53
GRAFICO 30: CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	54
GRAFICO 31: SATISFACCIÓN CON LA SALUD DE LAS PERSONAS USUARIAS. Porcentajes	54
TABLA 27: CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS USUARIAS SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, PRESENCIA DE ALGUN DIAGNÓSTICO AÑADIDO, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES	54
TABLA 28: SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS CON SU SALUD SEGÚN SEXO, EDAD, DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES	55
GRÁFICO 32: PUNTUACIÓN ESTANDAR MEDIA DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA.	56
TABLA 29: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA. PUNTUACIONES ESTANDAR	57
GRÁFICO 33: PUNTUACIÓN PERCENTIL MEDIA DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA	57
TABLA 30: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA. PUNTUACIONES PERCENTILES	58
GRÁFICO 34: INDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS USUARIAS	58
TABLA 31: INDICE DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCALA GENCAT Y CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LA PERSONA USUARIA. Frecuencias y porcentajes	58

TABLA 32: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DEL SEXO Y EDAD. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	60
TABLA 33: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA EDAD SEGÚN PORCENTAJE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRIA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	60
TABLA 34: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, PRESENCIA DE OTROS DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS O PATOLOGÍAS ASOCIADAS, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONAL DE REFERENCIA) E INGRESOS EN PSIQUIATRÍA. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA Y COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON)	64
TABLA 35: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE OTROS DIAGNÓSTICOS AÑADIDOS O PATOLOGÍAS ASOCIADAS SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRIA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	65
TABLA 36: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA) SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD E INGRESOS EN PSIQUIATRIA. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	66
TABLA 37: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LOS INGRESOS EN PSIQUIATRÍA SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	67
TABLA 38: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES Y EL ICV EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONAL DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	68
TABLA 39: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA FORMA DE CONVIVENCIA, EL ENTORNO RESIDENCIAL, EL TAMAÑO DE LA RED Y TENENCIA DE PAREJA. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA Y COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON)	71
TABLA 40: CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL TAMAÑO DE LA RED, LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES	72
TABLA 41: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA TENENCIA DE PAREJA SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRIA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	73
TABLA 42: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES BIENESTAR EMOCIONAL Y RELACIONES INTERPERSONALES SEGÚN ENTORNO DE RESIDENCIA EN FUNCIÓN DE DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	74
TABLA 43: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES E EL ICV EN FUNCIÓN DE LA INDEPENDENCIA ECONÓMICA, LA FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS Y EL NIVEL DE ESTUDIOS. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	76
TABLA 44: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA INDEPENDENCIA ECONÓMICA SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	77
TABLA 45: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRIA Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	78
TABLA 46: PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EN FUNCIÓN DE LA RELACIÓN CON EL EMPLEO, LA EXPERIENCIA LABORAL Y EL USO DEL SERVICIO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA Y COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON)	80
TABLA 47: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA TENENCIA DE EMPLEO SEGÚN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD Y NECESIDADES DE APOYO (VALORACIÓN PROFESIONALES DE REFERENCIA). PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	80
TABLA 48: ESTADÍSTICOS Y SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV EN FUNCIÓN DE LA ASISTENCIA AL SERVICIO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE SEGÚN TENENCIA DE EMPLEO, PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES. PUNTUACIONES ESTANDAR (ANOVA)	81

## 9.- ANEXOS

TABLA1A: CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA, LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV SEGÚN EL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES

			BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV		
			N	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
	Calidad de vida percibida	Pearson Correlation	189	0,37	(*)	0,16	(*)	0,10		0,10		0,07		0,20	(*)	0,12		0,17	(*)	0,23	(*)
		Sig. (2-tailed)		0,00		0,03		0,16		0,16		0,34		0,01		0,09		0,02		0,00	
PORCENTAJE MINUSVALÍA	33-65%	Pearson Correlation	120	0,383	(*)	0,196		0,086		0,173		-0,002		0,144		0,210	(*)	0,186	(*)	0,248	(*)
	Sig. (2-tailed)	0,000			0,032		0,350		0,058		0,982		0,116		0,021		0,042		0,006		
MÁS DE 65%	Más de 65%	Pearson Correlation	64	0,324	(*)	0,112		0,155		0,021		0,185		0,314	(*)	-0,066		0,159		0,216	
	Sig. (2-tailed)	0,009			0,378		0,220		0,872		0,143		0,012		0,604		0,209		0,087		
INGRESOS PSIQUIATRÍA	Sin ingresos	Pearson Correlation	162	0,279	(*)	0,152		0,124		0,071		0,039		0,152		0,174	(*)	0,182	(*)	0,211	(*)
	Sig. (2-tailed)	0,000			0,053		0,116		0,370		0,625		0,053		0,027		0,020		0,007		
	Con ingresos	Pearson Correlation	27	0,637	(*)	0,149		-0,165		0,061		-0,032		0,290		-0,082		-0,023		0,130	
	Sig. (2-tailed)	0,000			0,458		0,412		0,761		0,876		0,143		0,685		0,911		0,517		
NECESIDADES DE APOYO	Es autónomo/a	Pearson Correlation	37	0,266		0,070		0,009		0,208		0,060		0,075		0,031		0,041		0,115	
	Sig. (2-tailed)	0,111			0,678		0,959		0,216		0,722		0,657		0,854		0,811		0,500		
	No es autónomo/a	Pearson Correlation	150	0,416	(*)	0,212	(*)	0,128		0,104		0,080		0,267	(*)	0,172	(*)	0,219	(*)	0,302	(*)
	Sig. (2-tailed)	0,000			0,009		0,120		0,204		0,330		0,001		0,035		0,007		0,000		

TABLA 2A: CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA SATISFACCIÓN CON LA SALUD, LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL ICV SEGÚN EL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, INGRESOS EN PSIQUIATRÍA Y NECESIDADES DE APOYO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS Y LAS PROFESIONALES

			BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DR		ICV	
		<i>N</i>	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.	PE	Sig.
	Satisfacción con la salud	189	0,34	(*)	0,13		0,08		0,15	(*)	0,19	(*)	0,15	(*)	0,02		0,16	(*)	0,22	(*)
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		0,00		0,07		0,27		0,04		0,01		0,04		0,81		0,03		0,00	
PORCENTAJE MINUSVALÍA	33-65%	120	0,445	(*)	0,144		0,096		0,222	(*)	0,122		0,057		0,039		0,113		0,229	(*)
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		0,000		0,116		0,295		0,015		0,183		0,535		0,672		0,220		0,012	
MÁS DE 65%		64	0,107		0,116		0,041		0,034		0,270	(*)	0,276	(*)	-0,075		0,246		0,185	
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		0,400		0,363		0,745		0,788		0,031		0,027		0,556		0,050		0,144	
INGRESOS PSIQUIATRÍA	Sin ingresos	162	0,311	(*)	0,160	(*)	0,126		0,147		0,174	(*)	0,122		0,057		0,177	(*)	0,235	(*)
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		0,000		0,042		0,110		0,062		0,027		0,123		0,473		0,024		0,003	
	Con ingresos	27	0,276		-0,132		-0,344		-0,141		0,039		0,131		-0,194		-0,122		-0,102	
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		0,164		0,512		0,079		0,485		0,848		0,515		0,333		0,544		0,614	
NECESIDADES DE APOYO	Es autónomo/a	37	0,194		0,180		0,153		0,147		0,075		0,286		-0,076		0,091		0,157	
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		0,250		0,286		0,365		0,385		0,660		0,086		0,656		0,591		0,352	
	No es autónomo/a	150	0,368	(*)	0,102		0,059		0,135		0,228	(*)	0,106		0,021		0,161		0,228	(*)
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		0,000		0,213		0,471		0,101		0,005		0,198		0,801		0,050		0,005	