

**TRABAJO SOCIAL Y DISCAPACIDAD FÍSICA EN EL ÁMBITO RURAL DE
CASTILLA-LA MANCHA. PROPUESTA DE EVALUACIÓN INTEGRAL SOBRE
CALIDAD DE VIDA Y RESILIENCIA A TRAVÉS DE UN ESTUDIO DE CASO EN
SAN LORENZO DE LA PARRILLA (CUENCA)**

Raquel Hernáiz del Barrio.

Graduada en Trabajo Social.

Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Trabajo Social

Campus Universitario, s/n.

E-mail. mariapilar.canas@uclm.es

RESUMEN.

En este trabajo presentamos una evaluación de la calidad de vida y la resiliencia de una persona con discapacidad física, en el contexto de un estudio de caso de Trabajo Social en el ámbito rural de Castilla-La Mancha, para identificar los factores que formen un perfil resiliente hacia el que orientar futuras intervenciones con personas en similares circunstancias en cuanto al tipo y grado de discapacidad, en idéntico contexto geográfico y político.

La aplicación de la escala Fumat de evaluación de la calidad de vida (Verdugo, Gómez y Arias, 2009), y de la Resilience Scale de evaluación de la capacidad de resiliencia (Wagnild y Young, 1993), se completa con una serie de entrevistas y observación participante, que pretenden aportar a la evaluación el factor humano demandado por el sujeto, para orientar la actividad profesional del trabajador social en el ámbito de la discapacidad física, hacia intervenciones con más calidad y mayor calidez.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad física, resiliencia, calidad de vida, factor humano y Trabajo Social.

ABSTRACT: In this paper we present an evaluation for quality of life and resilience of a person with a physical disability, in the context of a Case Work in Castilla-La Mancha's rural field, to identify factors that form a resilient profile, towards guiding future interventions with people in similar circumstances, in terms of the type and degree of disability, in identical geographical and political context.

The application of the scale Fumat's evaluation for quality of life (Verdugo, Gómez and Arias, 2009) and the Resilience Scale's evaluation for capacity of resilience (Wagnild and Young, 1993), is completed with some interviews and participant observations, that are intended to contribute to the evaluation for human factor claimed by the subject, to guide the professional activity of the social worker with physical disability's collective to interventions with more quality and warmth.

KEYWORDS: Physical disability, resilience, quality of life, human factor and Social Work.

“Es fácil sentirse satisfecho de los resultados del servicio social si nos conformamos con los primeros síntomas de mejoramiento o si juzgamos estos resultados desde un solo punto de

vista; pero no si nos atrevemos a examinar como punto de vista la vida en conjunto, pensando constantemente en el bienestar permanente del individuo y de la sociedad”.

Mary Richmond (1993, p. 62)

INTRODUCCIÓN

Conocer las condiciones en las que viven los ciudadanos y ciudadanas residentes en las zonas rurales de Castilla-La Mancha se está convirtiendo en un asunto de interés creciente para los responsables autonómicos de las políticas públicas sociales, que deben proveer servicios suficientes para las necesidades de una población dispersa y en proceso de progresivo envejecimiento, en un contexto de contención del gasto y regresión presupuestaria.

Las ciencias sociales han desarrollado herramientas que permiten evaluar de una forma fiable la calidad de vida de cualquier persona, aunque para determinadas disciplinas, como la del Trabajo Social, serán sujetos de interés de estas evaluaciones los colectivos más desfavorecidos y las personas que forman parte de ellos, utilizando los resultados como referentes de partida para procesos de cambio.

Nuestro trabajo parte del interés para determinar si las herramientas utilizadas para el desarrollo de la acción social institucional sobre colectivos como el de las personas con discapacidad física son suficientes para orientar intervenciones individuales de calidad y con calidez hacia la mejora de la calidad de vida de los sujetos afectados.

Se plantea un estudio de caso sobre una persona con discapacidad física gravemente afectada, adulta, que resida en el medio rural castellano-manchego y que esté dispuesta a someterse a un proceso de evaluación integral de su calidad de vida, que permita la planificación centrada en la persona desde la perspectiva del Trabajo Social, teniendo en cuenta sus fortalezas.

Tras la elección de un sujeto de estudio adecuado a la orientación de este trabajo, se evalúan tanto su calidad de vida como su capacidad de resiliencia, con el uso de la escala Fumat de calidad de vida, la Resilience Scale RS-25, entrevistas, otros instrumentos como la observación participante, y aportaciones de la persona estudiada que pretenden introducir el factor humano en el procedimiento de evaluación; herramientas que nos permitirán la identificación de los factores que forman el perfil del sujeto.

Con los resultados obtenidos en este estudio propondremos el modelo de evaluación planteado en el mismo, como adecuado para la identificación de factores de resiliencia en individuos con especial capacidad para enfrentar y afrontar la discapacidad; y la necesidad de orientar posteriores intervenciones al empoderamiento de otras personas en similares circunstancias.

1. CALIDAD DE VIDA EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: LA RESILIENCIA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN.

Todas las personas desean alcanzar su bienestar personal, tener experiencias vitales que puedan valorar y llevar una vida plena de experiencias humanas comunes y de experiencias vitales únicas. El concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo importancia en todo el mundo para evaluar el modo

en que las personas viven; para determinar hasta qué punto su vida les satisface (Maños y Castillo, 2011), para ver cómo determinadas circunstancias, como puede ser la presencia de una determinada discapacidad, influyen en esa impresión personal, y para desarrollar políticas sociales que minimicen los efectos de dichas circunstancias sobre determinados grupos (Schalock y Verdugo, 2007). Estudiar si la vida de un sujeto gravemente afectado por una discapacidad física cubre sus propias expectativas de calidad en un momento dado, permite establecer un punto de partida desde el que, como propone Verdugo (2009), diseñar estrategias que logren introducir mejoras significativas en las condiciones en las que vive.

Por otro lado, ante condiciones adversas unas personas se muestran menos capaces que otras para adaptarse positivamente a tal circunstancia y asumir su nuevo rol (Suriá, 2012). Esto nos sitúa ante distintas respuestas ante los factores de riesgo que nos hablan de diferentes capacidades y fortalezas de las personas para afrontar situaciones que valoran como complicadas (Villalba, 2006). Como explican Muñoz y De Pedro (2005), esa capacidad de enfrentar y afrontar la adversidad es lo que se conoce como resiliencia.

La evaluación de la calidad de vida de personas sujetas a condiciones de estrés generadas por este tipo de situaciones, permiten así mismo (Muyor, 2011) implementar políticas sociales públicas que intentan dar respuesta a las demandas sociales de los colectivos afectados.

1.1. Calidad de vida y discapacidad física.

Para evaluar la calidad de vida se utilizan diversas escalas cuyos resultados son analizados agrupándolos en distintas variables para obtener una visión global de cuáles son las áreas objeto de intervención de las políticas públicas (Verdugo, Gómez, Arias, Santa María, Navalías, Fernández y Hierro, 2014), y para, en opinión de Robert Schalock y Miguel Ángel Verdugo (2007), orientar las intervenciones profesionales, incluida la del profesional del Trabajo Social, sobre cada persona.

Suele señalarse que la calidad de vida es una combinación entre el bienestar objetivo y subjetivo, que no se rige por principios diferentes si la persona tiene o no una discapacidad, y que suele aumentar si la persona participa en la toma de decisiones sobre las cuestiones que afectan a su vida (Maños y Castillo, 2011).

La calidad de vida individual además de tener esos componentes objetivos y subjetivos de los que hablamos, también se caracteriza por atender a diversas dimensiones, operativizadas por Verdugo, Gómez y Arias teniendo en cuenta distintos indicadores (2009), y estar influenciada por factores personales y ambientales (Schalock y Verdugo, 2007).

La evaluación de la calidad de vida se hará a través de esta combinación de dimensiones, la valoración personal que el propio sujeto haga de sus experiencias vitales en relación a ellas y el análisis de los apoyos necesarios para establecer mejoras (Gómez, Verdugo, Arias y Navas, 2008).

No existe una definición consensuada sobre lo que entendemos por discapacidad física. Podríamos decir (OMS, 2011) que es el conjunto de problemas en la función corporal o en la estructura corporal, que dificultan la actividad cotidiana del individuo, limitando su actividad y restringiendo

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

su participación en cualquier ámbito de la vida; que surge de la interacción entre sus condiciones de salud, y los diversos factores contextuales, ambientales y personales. Esta definición introdujo una nueva perspectiva de la discapacidad física que nos aleja de la idea de discapacidad como enfermedad y de la consideración de la persona como responsable de ella (Suriá, 2013)

Esto nos interesa porque enlaza perfectamente con el modelo de intervención de la Calidad de Vida propuesto por Muyor para nuestra disciplina (2011), que responsabiliza de la circunstancia de la discapacidad más a una sociedad incapaz de facilitar los apoyos necesarios para la integración de las personas que la sufren, que a dichas personas.

Para que en la intervención con personas con discapacidad se refleje esta perspectiva de apoyos, es necesaria la planificación centrada en la persona, un enfoque de trabajo que deja obsoleta la planificación condicionada por la perspectiva profesional, los recursos y servicios disponibles o las organizaciones existentes, para dar paso a una manera de intervenir donde el profesional forma parte de un grupo de apoyo a medida de la persona, que esté formado también por "su red natural de apoyo" (López, Marín y De la Parte, 2009, p.10).

Se trata de un proceso de evaluación y planificación donde la propia persona, con la ayuda y el apoyo de un grupo de personas importantes en su entorno, formula sus propios planes y metas, traza estrategias y selecciona los medios o acciones para ir consiguiendo avances y logros en su plan de vida personal. Para la planificación y evaluación individual (López, Marín y De la Parte, 2009) se proponen sucesivas fases, en una fórmula de planificación centrada en la persona asimilable a la que Barbero propone para el estudio de caso en la metodología tradicional del Trabajo Social (2003).

El estudio de caso, que es considerado como método científico, debe seguir un proceso metodológico y sistemático, basado en unas reglas mínimas. Se trata de una herramienta muy valiosa en la investigación ya que a través de ella podemos medir, registrar y analizar las características singulares y específicas de la persona que estemos evaluando. Según Martínez Carazo (2006), la persona evaluada estará fuertemente involucrada en el fenómeno estudiado, lo que enriquecerá siempre el trabajo que estemos haciendo.

1.2. Resiliencia y Trabajo Social desde la perspectiva de las fortalezas.

La tendencia de intervenir en Trabajo Social desde la perspectiva de las fortalezas planteada por De la Paz (2011) propone que cada intervención debe estar basada en los puntos fuertes, en las potencialidades y recursos propios de la persona y estar orientada a través de la valoración de aspectos positivos de cada caso, sin ignorar los problemas reales, para conseguir desde estos aspectos positivos empoderar al individuo en la superación de dichos problemas.

Según Zimmerman (2006), esta perspectiva implica trabajar con los puntos fuertes como clave para la orientación del Trabajo Social (citado por De la Paz, 2011), dirigiendo la práctica profesional con las personas con discapacidad al empoderamiento del individuo para afrontar su situación con el refuerzo de sus mecanismos auto-reguladores innatos (Suriá, 2013); aunque también a la previsión de recursos para que la sociedad, como dice Muyor, apoye a sus ciudadanos y ciudadanas con

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

discapacidad, ya que "las causas que originan la discapacidad son (...) sobre todo sociales por la manera en la que se encuentra diseñada la sociedad" (2011, p.13).

Cuando una persona está siendo sujeto de estudio de Trabajo Social, y ha desarrollado capacidades específicas para superar las situaciones adversas a las que le ha expuesto su discapacidad física, nos orienta para buscar qué tipo de factores deberíamos identificar en este sujeto que nos permitan proponer (Suriá, 2013), guías de empoderamiento en otras personas sometidas a parecidas situaciones, identificando los enfoques teóricos de nuestra disciplina que propongan elementos que Palma y Hombrados (2013) identificarían como convergentes con la idea de resiliencia.

Nos interesa para los objetivos y el desarrollo de nuestro trabajo el creciente interés del Trabajo Social por identificar y definir esta cualidad humana, que se define como una especial capacidad para sobreponerse a la adversidad y salir fortalecido de ella, y que nos empodera para la competencia social a pesar de la exposición a situaciones de estrés o dificultad (Suriá, 2012).

También nos interesa el empeño de nuestra disciplina por medir y evaluar el concepto, para después proponer estrategias que permitan (Palma y Hombrados, 2013), promocionar e implementar procesos de resiliencia en las personas, los grupos y las comunidades con dificultades.

Como aproximación a una definición de resiliencia desde el Trabajo Social, recogemos la que propone Villalba (2006), que la considera tanto el conjunto de respuestas a un medio hostil a lo largo del tiempo, para enfocar nuestras intervenciones desde la perspectiva de las fortalezas, como la capacidad generada por ese proceso para enfrentar otra dificultad en el futuro, para la evaluación del perfil resiliente de cada individuo en un momento determinado.

Para elegir la herramienta que nos permita determinar el perfil resiliente desde un enfoque adecuado al Trabajo Social, nos hemos fijado en los factores de resiliencia descritos por Suriá (2012), identificables con las tres categorías descritas por Palma y Hombrados (2013) como convergentes con el Trabajo Social en tres aspectos de la intervención: (1) lo que el sujeto tiene, se relacionaría con la identificación de la red de apoyos para la planificación; (2) lo que el sujeto es, con la identificación y el refuerzo de sus fortalezas; y (3) lo que el sujeto puede, con la identificación de las oportunidades o recursos disponibles para el desarrollo de la intervención.

Elegimos la Resilience Scale de Wagnild y Young (1993) porque mide el grado de resiliencia individual de una forma que se ajusta y converge con la intervención de caso y familia en Trabajo Social, y además se le atribuyen "mejores propiedades psicométricas" (Palma y Hombrados, 2013, p. 92) que a otras posibles herramientas, considerando la resiliencia como una característica positiva que facilita la adaptabilidad de manera individual.

2. ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD EN CASTILLA- LA MANCHA.

Este estudio se enmarca en un contexto legislativo vinculado a las propuestas de la Convención sobre los Derechos de las Personas Con Discapacidad de 2006 (ONU, 2006) en el que destacan los siguientes referentes legislativos:

La *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020* (Comisión Europea, 2010) y la *Estrategia Española 2012-2020 sobre Discapacidad* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), pretenden conseguir que las personas puedan participar plenamente en su comunidad y en la sociedad en igualdad, mejorando su bienestar y diseñando políticas públicas que lo permitan.

La *Ley de Adaptación Normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas Con Discapacidad* (España, Ley 26/2011), pretende impulsar cambios normativos y de plazos, necesarios para el cumplimiento de los compromisos adquiridos por la ratificación de la Convención de 2006. Sus objetivos principales son tres: adaptar la normativa española, impulsar el cumplimiento de plazos y profundizar en el modelo de discapacidad propuesto por la anterior Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas Con Discapacidad.

El texto refundido de la *Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social* (España, Real Decreto Legislativo 1/2013), garantiza el derecho a la igualdad de oportunidades, al ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones al resto de ciudadanos y ciudadanas a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso a empleo y de la inclusión social, y la erradicación de toda forma de discriminación.

La *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* (España, Ley 39/2006), es también de gran interés para nuestro marco normativo, porque reconoce el derecho a la promoción de la autonomía personal y a la atención pública a las personas en situación de dependencia, a las que reconoce un derecho universal subjetivo que puede traducirse en prestaciones de distintos tipos para mejorar la calidad de vida de las mismas.

En Castilla-La Mancha, la *Ley de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha* (España, Ley 14/2010), tiene como objeto (art.1) garantizar el derecho universal a la protección social desde el servicio público de los Servicios Sociales, también para las personas con discapacidad y con algún grado de dependencia y, específicamente en el ámbito de la discapacidad, se aprueba en 2014 la *Ley de Garantía de los Derechos de las Personas Con Discapacidad en Castilla-La Mancha* (España, Ley 7/2014), plantea tres objetivos principales: (1) Garantizar la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la inclusión de las personas con discapacidad, de acuerdo con lo previsto en la legislación nacional y la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad; (2) asegurar la transversalidad de las políticas de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha que afectan a las personas con discapacidad; (3) Establecer los principios para la protección de los derechos de las personas con discapacidad. Plantea además una atención integral (Art. 4.f) y el logro de la accesibilidad universal (Art.4.g).

El *2º Plan de Acción para Personas Con Discapacidad en Castilla-La Mancha 2011-2020* (Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha, 2011), a la hora de posicionar las estrategias que en él se proponen, define la discapacidad de una forma similar a la que orienta nuestro trabajo. Este Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

plan se desarrolla en tres ejes principales: 1º Mejorar la calidad de vida en la comunidad; 2º Apoyos al desarrollo económico, educación, formación y empleo; 3º Derechos, participación y responsabilidad social.

Estos referentes normativos indican una tendencia del legislador hacia un tratamiento humanista-existencialista de la discapacidad, caracterizado por la autorrealización de la persona; un modelo que se interesa por "el significado subjetivo que las personas atribuyen a sus experiencias, y su crecimiento positivo" (Viscarret 2009, p. 320).

3. REFERENCIAS TÁCTICAS Y ESTRATÉGICAS DEL ESTUDIO.

Nuestro trabajo tiene como *objetivo general*, mejorar la calidad en la atención profesional hacia las personas con discapacidad, para poder aumentar su calidad de vida, de acuerdo con los objetivos del 2º Plan de Acción para Personas Con Discapacidad en Castilla-La Mancha 2011-2020¹.

Como *objetivo específico* y conforme a los intereses del Trabajo Social, también queremos identificar los elementos resilientes de la persona evaluada, para poder aplicar este conocimiento al diseño de nuevas intervenciones. Los *objetivos operativos* de nuestro estudio de caso son conocer el índice de calidad de vida de esta persona, medir su capacidad de resiliencia y establecer su perfil de calidad de vida.

4. METODOLOGÍA.

Para realizar este estudio hemos utilizado la evaluación de caso único, considerada como método científico de evaluación². Se trata de un "análisis y comprensión profunda de un único programa u objeto de evaluación, (para) describirlo de manera exhaustiva en toda su complejidad" (Reboloso, Fernández y Cantón, 2008, p. 284).

4.1. Escala Fumat.

Este instrumento ha sido validado teniendo en cuenta la fiabilidad y la validez del mismo. Para ello Verdugo, Gómez y Arias (2009) han considerado la fiabilidad en términos de consistencia interna y la estructura factorial y la validez según su contenido, su validez discriminante y su validez concurrente y de constructo. Se trata de una herramienta específica para valorar de manera objetiva la calidad de vida de personas mayores y personas con discapacidad.

Los 57 ítems utilizados se enmarcan en ocho dimensiones consideradas de interés por Gómez, Verdugo, Arias y Navas (2008) y sus respectivos indicadores: 1. *Bienestar emocional*: estabilidad emocional, ausencia de estrés y de sentimientos negativos, autoconcepto y satisfacción. 2. *Bienestar físico*: alimentación, ejercicio físico, higiene, movilidad, medicación y atención sanitaria y sexualidad. 3. *Bienestar material*: posesiones, ingresos, condiciones de la vivienda y ayudas técnicas. 4. *Desarrollo*

¹ Este trabajo surge del interés de Equipo de Profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria del Área de Villares del Saz (Cuenca) de dar respuesta a estos objetivos. Queremos agradecer a Sacra, Mari Eli y Silvia su empeño en sacar adelante nuestra propuesta de evaluación y su apoyo en el proceso como tutoras de prácticas de trabajo social.

² Para el interés alcanzado por nuestro estudio de caso ha sido determinante la suerte de poder contar con un sujeto de evaluación como F.H. Sin sus conocimientos, compromiso, cercanía, disponibilidad y paciencia nuestro trabajo habría sido imposible.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

personal: motivación, educación, oportunidades, habilidades académicas y funcionales. 5. *Autodeterminación*: autonomía, decisiones, elecciones, metas y preferencias personales. 6. *Relaciones Interpersonales*: relaciones familiares y de pareja, relaciones sociales y comunicación. 7. *Inclusión social: integración, participación y apoyos*. 8. *Derechos*: conocimiento de derechos, información, defensa, respeto, intimidad, responsabilidades, dignidad y derechos legales.

Los resultados de la aplicación de la escala Fumat se obtienen utilizando un baremo que aporta la propia escala y que convierte la suma de los valores de los ítems en un percentil de calidad de vida, porcentaje relacionado con la puntuación máxima posible; y en un índice de calidad de vida que dependerá de la situación del valor obtenido, entre los valores convencionales que la escala propone como mínimo (<71) y máximo (>122). La puntuación directa para cada dimensión se obtiene sumando la valoración del sujeto a cada ítem de la escala; y existe un baremo que traduce este valor directo a una puntuación estandarizada, que se corresponde con determinado percentil.

Esta herramienta también nos permite confeccionar el perfil de calidad de vida de la persona.

4.2. Resilience Scale RS-25.

Esta escala (Wagnild y Young, 1993) mide el nivel de resiliencia, entendida como la capacidad de una persona para resistir y tolerar los obstáculos en su vida de forma positiva, y de superar unas condiciones adversas de vida saliendo de ellas fortalecido e incluso transformado, como una característica positiva que facilita la adaptabilidad de manera individual. En nuestro caso hemos utilizado la versión española de Heilemann, Lee y Kury (2003, citado Castilla, Caycho, Shimabukuro, Valdivia y Torres, 2014).

La escala presenta 25 ítems en formato tipo Likert, del 1 (en desacuerdo) al 7 (estoy de acuerdo) que se agrupan teniendo en cuenta distintas características de resiliencia: (1) Perseverancia: ser persistente ante las adversidades, tener deseo de logro y autodisciplina (ítems 1, 3, 4, 8, 11, 12 y 19). (2) Sentirse o estar bien solo: con un significado de libertad, de ser únicos e importantes (ítems 2, 5 y 13). (3) Confianza en sí mismo: creer en sí mismos y en sus capacidades (ítems 6, 7, 10, 20, 23, 24 y 25). (4) Satisfacción personal: que se refiere a comprender el significado de la vida y como contribuimos en ella (ítems 9, 15, 16 y 24). (5) Ecuanimidad: que se refiere a la perspectiva estable de la propia vida y experiencias, tranquilidad de afrontar las cosas y moderar las actitudes ante la adversidad (ítems 14, 17, 18 y 21).

El nivel de resiliencia global se obtiene sumando los 25 resultados obtenidos. Valores superiores a 147 indicarían una alta capacidad de resiliencia; entre 121 y 146, resiliencia moderada; y valores inferiores a 121, escasa resiliencia (Heilemann, Lee y Kury, 2003, citado por Suriá 2012).

4.3. Otras técnicas y documentos utilizados.

Hemos utilizado técnicas y documentos propios del Trabajo Social: entrevista, observación participante y, como documentos, la Historia Social y la Historia de Vida.

Las entrevistas han sido informales y semiestructuradas. La observación ha sido realizada de manera paralela a las entrevistas. Como documentos utilizados tenemos por un lado la Historia Social que, Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

como sabemos, recoge "exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos de la situación sociofamiliar" (Guinot, 2009. p.187) de la persona en este caso, para utilizarlo como método biográfico y así poder ordenar los aspectos más relevantes de la persona.

Por otro lado hemos elaborado junto con la persona objeto de estudio su Historia de Vida, considerada como "la forma de máxima implicación entre quien cuenta y quien escucha (...) ya que se convierte en la posibilidad de construir lo narrado" (Guinot, 2009. p. 40).

4.4. Procedimiento.

En un primer momento se realizó una revisión bibliográfica sobre el ámbito de la discapacidad para poder hacer la primera entrevista informal con la persona elegida para nuestro estudio y poderle explicar las intenciones del mismo, los aspectos que necesitábamos conocer y los instrumentos de evaluación que íbamos a utilizar.

Posteriormente se desarrollaron cinco entrevistas concertadas previamente con el sujeto de evaluación (en adelante, F.H.): dos de ellas informales, para conocer los aspectos más relevantes de la vida de esta persona y para aplicar la escala Fumat, y las otras tres semiestructuradas, para completar los aspectos relevantes del estudio.

Los guiones de la tercera y cuarta entrevistas, semi-estructurados inicialmente según las dimensiones e indicadores que propone la escala Fumat, finalmente se desarrollaron dejando que el entrevistado hablara sobre lo que él considerara más oportuno o quisiera manifestar en cada momento. Al terminar estas entrevistas, se preguntó de forma específica sobre las cuestiones que nos interesaban para la finalidad del estudio.

La quinta entrevista se diseñó con el objeto de completar la información obtenida con las entrevistas anteriores y corregir posibles errores. Se aprovechó este encuentro para completar la evaluación a través de la aplicación de la escala de resiliencia RS-25 de Wagnild y Young (1993) y para que F.H. nos contara sus planes para el futuro más próximo.

La observación en esta investigación es un aspecto clave. Durante todo el proceso ha ido dirigida a conocer aquellos aspectos que no aparecían en la estructura de las entrevistas ni surgían de manera autónoma en la conversación: como las condiciones generales de habitabilidad, las estrategias de convivencia de la pareja, las reacciones de la familia ante determinadas situaciones o la actitud de la esposa respecto a nuestro estudio y a la convivencia con el entrevistado.

5. RESULTADOS.

Nos encontramos ante una persona de 61 años afectada por una enfermedad rara degenerativa provocada por dos factores comórbidos: (1) Malformación congénita, llamada de Chiari. Afecta a su equilibrio y a determinadas funciones motoras. (2) Desarrollo de un trastorno medular llamado Siringomielia, complicando el diagnóstico previo. Genera dolor, rigidez y pérdida de sensibilidad.

La persona objeto de estudio al que nos referimos en este trabajo como F.H., nace en 1953, en San Lorenzo de La Parrilla (Cuenca); el parto es complicado y muere su madre. Estas circunstancias, Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

unidas a la de su enfermedad, le sitúan desde el primer momento ante un futuro difícil, en un entorno no normativo, criado por sus tíos y abuela, ya que su padre, transportista, solía estar fuera. Sin apoyos institucionales, a 45 km de la capital, en pleno período de autarquía de la dictadura de Franco, sin apoyos profesionales ni apoyos sociales, en un medio donde la discapacidad era entendida como una desgracia que había que aceptar con *resignación cristiana*.

Contra todo pronóstico, F.H. no sólo sobrevive a una infancia especialmente exigente, sino que demuestra una capacidad de superación desde una edad muy temprana que le permite enfrentar las dificultades de convivencia con la familia, normalizar la relación con sus iguales, continuar con éxito sus estudios, conseguir una plaza de funcionario como maestro, formar una familia y desarrollar una labor asociativa muy activa la defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

Las entrevistas también nos han permitido acercarnos a la *Historia de Vida* de F.H.; en esta encontramos claves que podrían explicar esta evolución positiva en la forma de entender, aceptar y superar las dificultades derivadas de la discapacidad que padece: apoyos en cada etapa de su vida, personas significativas, posicionamiento ante el rechazo de las personas con discapacidad,...

De la *observación participante* llevada a cabo durante el estudio, extraemos también información relevante. Su relación con su esposa es de absoluta colaboración e interdependencia, de forma que F.H. depende absolutamente de su mujer para llevar a cabo todas aquellas pequeñas actividades que forman su día a día. Por su parte, ella adopta un papel secundario en la relación y parece depender afectivamente de su marido.

5.2. Calidad de vida. Escala Fumat.

La aplicación de la escala de calidad de vida nos ofrece las siguientes puntuaciones estándar y percentil correspondiente en cada una de las distintas dimensiones analizadas: a) Relaciones Interpersonales (RI), Desarrollo Personal (DP) y Autodeterminación (AU), obtienen una puntuación estándar de 13, que se corresponde con un percentil de 84; b) Bienestar Emocional (BE), Bienestar Físico (BF), Inclusión Social (IS) y Derechos (DR), obtienen una puntuación estándar de 12 y percentil 75. c) Bienestar material (BM), puntuación estándar 9 y percentil 37.

La puntuación y percentil en esta dimensión es la más baja de todas, pues el sujeto es a la dimensión que se refiere al bienestar material a la que menos importancia concede, a pesar de que su situación en este sentido sea favorable. En el Gráfico 1 se recoge las puntuaciones por variables y los percentiles que corresponden a cada dimensión; uniendo los puntos marcados por esos valores específicos, se obtiene el perfil de calidad de vida de la persona.

La puntuación estándar definitiva, sumando los resultados de todas las dimensiones, es de 96 que, convertida en puntuación estándar compuesta sería 113. Esta última indica el índice de calidad de vida. El percentil correspondiente en este caso es de 80, que indica el porcentaje obtenido por el sujeto en relación al máximo posible.

Para cada dimensión propuesta por la evaluación de la calidad de vida de la escala Fumat, F.H. nos comentaba los matices con respecto a cada una de las dimensiones y los ítems que la conformaban,

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

considerando esta forma de evaluar más cercana y cálida. Presentamos a continuación algunas de las afirmaciones más destacadas.

Con respecto al *bienestar emocional* F.H. nos dice “(...) siempre me he considerado fuerte; las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad son a veces ellos mismos...hay que creerse que todos somos iguales y que todos tenemos los mismos derechos” (entrevista 3); en relación al *bienestar material* F.H. considera que “si estas escalas representan la situación de todas las personas con discapacidad, tengo que decir que tener discapacidad es muy caro”, y añade “adaptar la vivienda, comprar una silla nueva, etc. no se hace con poco dinero y no hay ayudas suficientes nunca. En la mayoría de las ocasiones nos tenemos que buscar la vida, porque primero lo pagas y luego te lo pagan y hay muchas personas que no tienen ese dinero para adelantarlo” (F.H., Entrevista 4). Destaca sobre el *desarrollo personal*: “personalmente me siento desarrollado (...) siempre he intentado adelantarme a los problemas que se me iban planteando. Mi trabajo me mantenía activo y ahora, mi participación con las asociaciones hacen que me suceda lo mismo. Sigo anticipándome a lo que se me avecina, no tengo dificultades para hacer las cosas, ni para comprender la mayoría de ellas, y me considero una persona abierta en general. Pienso que mis actitudes tienen mucho que ver con mi tipo de discapacidad degenerativa y de progresión lenta” (F.H., Entrevista 4).

Percentil.	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	ÍNDICE.
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	---
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118.122
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115.117
80		13		13		13			112.114
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110.111
70									107.109
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105.106
60									103.104
55									102
50	10	10	10	10	10	10	10	10	099.101
45									098
40									095.097
35	09	09	09	09	09	09	09	09	094
30									092.093
25	08	08	08	08	08	08	08	08	090.091
20									087.089
15	07	07	07	07	07	07	07	07	083.086
10	06	06	06	06	06	06	06	06	078.082
5	05	05	05	05	05	05	05	05	071.077
1	01-04	01-04	01-04	01-04	01-04	01-04	01-04	01-04	<071

Gráfico 1. Perfil de Calidad de Vida (Escala Fumat)

Cuando se le pregunta sobre los indicadores de *bienestar físico*, F.H. manifiesta “Claro que tengo problemas de movilidad, ¿incontinencia?, no estoy sordo, tengo buena salud, buena memoria y veo bien, pero necesito a mi esposa para casi todo, son mis pies y mis manos. No creo que con esas preguntas se pueda saber el bienestar físico de una persona con discapacidad en lo que se refiere a la calidad de vida. Es una cuestión, más que física, de aceptación personal de mi discapacidad, echo de menos una pregunta sobre las necesidades físicas que pueda tener por mi discapacidad (...). Hay aspectos como el ejercicio físico necesario para no atrofiarnos que no veo en el cuestionario” (F.H., Entrevista 4).

Con respecto a la *autodeterminación* refiere: “continuamente hago planes de futuro, me adelanto, no tengo problema en administrar mi dinero, mi vida me la organizo yo, pero no siempre como quiero” se refiere particularmente a la necesidad de atender a sus nietos e hija, “mis nietos y mi hija me necesitan y a veces tengo que estar aunque no sea lo que más me pueda apetecer, por lo que mi tiempo libre no siempre lo dedico a lo que quiero, aunque mi familia ahora, en esta etapa de mi vida es lo más importante (...) Pero las decisiones importantes de mi vida, siempre soy yo quien las toma” (F.H., Entrevista 3). En relación a la *inclusión social*, F.H. manifiesta que “en realidad aquí en La Parrilla mi red de apoyo no es para nada institucional, yo aquí no acudo a ningún servicio, salvo al centro médico a mis revisiones y al ayuntamiento si lo preciso. Hay buena relación con mis vecinos, menos el problemilla que tuvimos con el vado. Mi familia y amigos están muy presentes en mi vida. Tengo tiempo y ganas de hacer cosas, y si es para el colectivo, con más motivos. Tengo muy claro que hay mucho que hacer en el pueblo y que se necesita mucho tiempo y trabajo, pero ahí estamos y estaremos mientras pueda” (F.H., Entrevista 3).

F.H. nos comenta en cuanto a los *derechos* “me costó muchos años conseguir que me solucionaran el acceso a la calle desde mi domicilio (...). Por ahí sí que me siento mal, porque ha habido muchas veces que no he podido salir a la calle (...). Una cuestión de derecho muy buena en mi vida fue que yo me jubilé cuando quise, no cuando otros lo querían hacer; defendí mi derecho al trabajo como cualquier otra persona sin discapacidad, ya que reunía los requisitos necesarios”. (F.H. Entrevista 4).

5.2. Escala de resiliencia RS 25.

Respecto a la aplicación de la escala de resiliencia, las puntuaciones, por características o cualidades resilientes serían (Tabla 1): (1) Perseverancia, puntuación total de 46, lo que supone una puntuación media de 6,6 ($M = 6,6$); (2) Estar o sentirse bien solo (15), la puntuación media es de 5 ($M = 5$); (3) Confianza en sí mismo o autoconfianza (49), con una puntuación media de 7 ($M = 7$); (4) Satisfacción personal (28), la puntuación media es la máxima posible, 7 ($M = 7$); (5) Ecuanimidad, con una puntuación total de 23 y por tanto, una media de 5,7 ($M = 5,7$).

Tabla 1. *Resiliencia. Puntuación global y por cualidades.*

CUALIDAD	Ítem	Texto	Valor	Total	Media
PERSEVERANCIA	1	Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	7	46	6,6
	3	Me mantengo interesado en las cosas.	7		
	4	Generalmente me las arreglo de una u otra forma.	6		

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

	8	Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.	7		
	11	Cuando planeo algo, lo realizo.	6		
	12	Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera.	6		
	19	Tengo autodisciplina.	7		
SENTIRSE BIEN SOLO	2	Dependo más de mí mismo que de otras personas.	2		
	5	Puedo estar solo si tengo que hacerlo.	7	15	5
	13	Habitualmente, puedo ver una situación de varias maneras.	6		
CONFIANZA EN SÍ MISMO	6	El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles	7		
	7	Tengo la energía suficiente para hacer lo que hay que hacer	7		
	10	Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	7		
	20	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	7	49	7
	22	Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado	7		
	23	Soy decidido/a.	7		
	25	En una emergencia, soy alguien en quien se puede confiar.	7		
SATISFACCIÓN PERSONAL	9	Mi vida tiene significado.	7		
	15	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	7	28	7
	16	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	7		
	24	Por lo general, encuentro algo de lo que poder reírme.	7		
ECUANIMIDAD	14	Soy amigo de mí mismo.	7		
	17	Tomo las cosas una por una.	7		
	18	Usualmente, veo las cosas a largo plazo.	7	23	5,7
	21	Raramente me pregunto cuál es la finalidad de todo.	2		

Teniendo en cuenta que el rango de respuesta oscila entre el 1 y el 7, observamos que la puntuación media en todas las dimensiones es alta, en un rango de 5, la puntuación más baja obtenida, a 7, la puntuación más alta (máxima).

Solo hay dos ítems en los que la puntuación es baja, 2 en ambos casos; estos son: “*dependo más de mí mismo que de otras personas*”, que se encuentra dentro de la cualidad “Sentirse bien solo”, y “*raramente me pregunto cuál es la finalidad de todo*”, que forma parte de la cualidad “Ecuanimidad”.

La puntuación global obtenida es de 161, que indica una capacidad de resiliencia alta.

6. CONCLUSIONES.

La aplicación de la escala Fumat muestra que el sujeto tiene unos índices de calidad de vida mucho más elevados de lo que cabría esperar (80%) teniendo en cuenta el tipo y grado de su discapacidad degenerativa; en cuanto a la aplicación de la escala de resiliencia (RS-25) nos indica que F.H. presenta una resiliencia elevada.

Podemos decir por tanto, en función de los indicadores que mide la escala FUMAT de calidad de vida y las puntuaciones obtenidas que F.H. es una persona con una calidad de vida alta. Se caracteriza por ser estable emocionalmente, no vive en situación de estrés o sentimientos negativos, está satisfecho con su vida y se valora. Por otro lado, tiene sus necesidades cubiertas en cuanto a alimentación, higiene, movilidad –aunque depende de su mujer completamente para ello-, asistencia sanitaria y sexualidad. Aunque tiene una situación de bienestar material de facto, ha querido destacar esta dimensión con una puntuación más baja porque, en realidad, es difícil afrontar económicamente lo que supone tener una discapacidad física. Es una persona motivada y con perspectivas de futuro, ha tenido oportunidades de estudiar y trabajar hasta su jubilación, vinculada a los efectos de la enfermedad. F.H. lleva las riendas de su vida, es autónomo en cuanto a las decisiones importantes de su vida y establece sus metas y preferencias personales. Tiene buenas

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

relaciones familiares y de pareja, así como con el entorno. Se siente plenamente integrado –a pesar de las dificultades de accesibilidad que encuentra en muchas ocasiones- y, participa socialmente de manera activa. Conoce sus derechos y es capaz de defenderlos; siente que –ahora- se garantizan.

Con respecto a la resiliencia, solo hay dos ítems en los que la puntuación es baja (2 en ambos casos); estos son: “*dependo más de mí mismo que de otras personas*”, y “*raramente me pregunto cuál es la finalidad de todo*”.

Podemos decir por tanto, atendiendo al significado que se atribuye a cada cualidad en la RS-25 y la puntuación global obtenida que F.H. es una persona resiliente: persistente ante las adversidades, tiene deseo de logro y autodisciplina; se siente libre y se valora como persona importante; cree en sí mismo y en sus capacidades; comprender el significado de la vida y contribuye activamente en ella; afronta las cosas que se le van presentando y se maneja bien ante la adversidad.

De las entrevistas realizadas se desprende que F.H. siente que es precisamente el hecho de que su discapacidad sea degenerativa y de lenta progresión lo que le ha permitido adquirir esa capacidad de respuesta ante la adversidad. Tener que enfrentarse a nuevos problemas derivados del progreso de su enfermedad cada cierto tiempo, y la circunstancia de que los diferentes aspectos de la misma hayan sido diagnosticados en distintos momentos de su vida, le han obligado a tener que replantear la relación personal con su enfermedad y todos los aspectos de su vida en varias ocasiones.

Si la resiliencia se adquiere enfrentando situaciones de crisis vitales de forma que el resultado es disponer de mejores herramientas que el resto para superar las dificultades, parece evidente que el tener que hacerlo en varias ocasiones capacita mejor al individuo en este sentido.

Las entrevistas, por otro lado, nos han permitido acercarnos a la historia de vida de la persona en cuestión, en la que encontramos las claves que podrían explicar esta evolución positiva en la forma entender, aceptar y superar las dificultades derivadas de la discapacidad que padece. Podemos destacar un apoyo familiar incondicional, primero de sus tíos y abuela y más tarde de su pareja; el tratamiento normalizado que recibe en las primeras etapas de su vida por parte de determinadas personas significativas, como su padre; y más adelante, ya disponiendo de elementos para poder reaccionar ante la discriminación, su talante luchador contra reacciones de rechazo de personas cercanas a él, como su madrastra y hermanastras, sus profesores del colegio, etc.

En definitiva, de las conversaciones mantenidas podemos concluir que las fortalezas adquiridas en su infancia, unidas a las características propias de su enfermedad y de la discapacidad generada por ella, le han preparado para superar tanto las actitudes discriminatorias del entorno -contra las que reacciona de una forma comprometida con la defensa de los derechos del colectivo al que pertenece-, como las dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria -provocadas por esta discapacidad-, que se plantea de una forma comprometida con la superación personal, la defensa de su autonomía y su particular empeño en conocer los problemas que la enfermedad le irá generando y en prepararse para superarlos. Esto le permite sentirse seguro y cómodo en su rol,

aceptando con normalidad las dificultades sobrevenidas, y contribuyendo al desarrollo del movimiento asociativo en diversos ámbitos (geográficos y organizativos).

Observamos que nos encontramos con una persona perfectamente integrada en su comunidad, en su núcleo familiar y en el movimiento asociativo de reivindicación de derechos y necesidades del colectivo al que pertenece.

Además presenta un elevado compromiso con la mejora de los servicios públicos que cubren estas necesidades y garantizan la defensa de estos derechos, lo que le enfrenta con relativa frecuencia a responsables y gestores de instituciones y organismos (como el Ministerio de Educación en el momento en el que su enfermedad derivó en problemas laborales, o el ayuntamiento en referencia a determinadas mejoras en el acceso a su vivienda). Su trabajo en las asociaciones y su lucha personal contra las instituciones forman uno de los dos pilares en los que sustenta su vida.

Con respecto al procedimiento –integral- de evaluación de la calidad de vida de F.H. nos encontramos con que la variedad de herramientas utilizadas, los tiempos... se corresponde con lo que la persona espera de una evaluación de su calidad de vida, y responde a sus expectativas de calidez para una intervención de Trabajo Social.

Esta fórmula de evaluación integral también responde mejor a lo que el Trabajo Social propone para el diseño de intervenciones de calidad que permitan mejoras significativas en los índices de calidad de vida de los sujetos; aportando la opinión, las expectativas y los intereses de los mismos, mostrando aspectos subjetivos y las circunstancias de cada caso, y utilizando recursos de la propia práctica profesional de nuestra disciplina hacia una orientación de intervenciones objetivas basadas en la planificación centrada en la persona.

Podemos decir que la evaluación realizada sobre F.H. permite establecer su perfil de calidad de vida, que nos sirve para orientar la futura intervención individual, hacia el establecimiento de los apoyos que permitan mejorar la puntuación de las dimensiones menos valoradas, y su perfil resiliente, que nos muestra qué factores permiten explicar la puntuación de las dimensiones más valoradas.

A la hora de acometer nuestro estudio de caso nos hemos enfrentado con la realidad de que los sujetos evaluados mediante la aplicación de estas herramientas no sienten que los resultados se adecúen a sus necesidades. El proceso de evaluación se convierte habitualmente en un trámite frío, técnico y muy alejado de sus demandas de calidez y calidad. Unas demandas comunes a las expectativas del propio Trabajo Social respecto a cómo debe ser una intervención profesional con estas personas: centrada en la medida de lo posible en cada una de ellas, y orientada según sus particulares apreciaciones e intereses.

Las especiales características de F.H. nos han permitido conocer esta dificultad, e ir componiendo una fórmula de evaluación integral de su calidad de vida, que utiliza distintas técnicas en un proceso de triangulación metodológica, y que proponemos como alternativa a la simple aplicación de las escalas de evaluación disponibles.

No debemos olvidar que somos personas trabajando con y para personas. Muchas veces el uso de estas herramientas no cubre la demanda de cercanía, compromiso personal y calor humano de estas personas. Como nos recuerda la cita de Mary Richmond con la que iniciamos este artículo, no debemos conformarnos con las mejoras en la calidad de vida de los colectivos evaluados, como el de las personas con discapacidad, que podemos lograr con la aplicación de las escalas propuestas.

En este sentido, la fórmula de evaluación que proponemos se ha revelado mucho más cálida que la utilizada habitualmente y ha tenido mejor acogida por parte del sujeto evaluado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS³

- Barbero, J. M. (2003). El método en el Trabajo Social. En T. Fernández; C. Alemán. *Introducción al Trabajo Social* (pp. 394-412). Madrid: Alianza.
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., Valdivia, A. y Torres, M. V. (2014). Análisis exploratorio de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en una muestra de adolescentes, jóvenes y adultos de Lima metropolitana. *Revista de Psicología de Arequipa*, 4(1), 80-93.
- Comisión Europea. (2010). *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras*. Bruselas, Bélgica: Autor. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_europea_discapacidad_2010_2020.pdf
- Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla- La Mancha. (2011). *2º Plan de acción para las personas con discapacidad en Castilla- La Mancha*. Toledo: Autor. Recuperado de <http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/iiplanacionparapersonascondiscapacidad.pdf>
- De la Paz, E. (2001). La intervención en Trabajo Social desde la perspectiva de las fortalezas [Versión electrónica]. *Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 155-163.
- España. Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla- La Mancha. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de febrero de 2015, núm. 42, pp. 13262 - 13296.
- España. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales de Castilla-La Mancha. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de febrero núm. 28, pp. 15496 - 15531.
- España. Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 2 de agosto de 2011, núm. 184, pp. 87478 - 87494.
- 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, pp. 44142 - 44156.

³ La APA nos remite a nuestro país y a nuestro ámbito de trabajo para tomar una referencia en relación a como citar y hacer las referencias a la legislación. En nuestro caso hemos optado por seguir el esquema de UNE 50-104-94 - ISO 690:1987:

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

- España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado*, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635 - 95673.
- Gómez, L. E., Verdugo, L. A., Arias, B. y Navas, P. (2008). Evaluación de la Calidad de Vida en personas mayores y con discapacidad: La Escala Fumat [Versión electrónica]. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 189-199.
- Guinot, C. (coord.) (2009). *Métodos, técnicas y documentos utilizados en trabajo social*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- López, M. A., Marín, A. I. y De la Parte, J. M. (2009). *Manual de apoyo al proceso de planificación individual*. Valladolid: Diputación de Valladolid.
- Maños, F. y Castillo, M. (coords.) (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Madrid: IMSERSO.
- Martínez-Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica [Versión electrónica]. *Revista científica pensamiento y gestión*, 20.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf
- Muñoz, V. y De Pedro, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social [Versión electrónica]. *Revista Complutense de Educación*, 16(1), 107-124.
- Muyor, J. (2011). La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: hacia un modelo de intervención social basado en Derechos [Versión electrónica]. *Documentos de Trabajo Social*, 49, 9-33.
- OMS (2011). Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Malta: Autor.
- ONU (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo*. Recuperado de <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Palma, M.M. y Hombrados, I. (2013). Trabajo Social y Resiliencia: revisión de elementos convergentes. *Portularia*, 13(2), 89-98.
- Reboloso, E., Fernández-Ramírez, B. y Cantón, P. (2008). *Evaluación de programas de intervención social*. Madrid: Síntesis.
- Richmond, M. (1993). *Caso Social Individual*. Buenos Aires: Humanitas,
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual [Versión electrónica]. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38, 21-36.
- Suriá, R. (2012). Resiliencia en jóvenes con discapacidad. ¿Difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad? [Versión electrónica]. *Boletín de Psicología*, 105, 75-89.
- Suriá, R. (2013). Discapacidad y empoderamiento: análisis de esta potencialidad en función de la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad [Versión electrónica]. *Anuario de Psicología*, 43(3), 297-311.
- Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

- Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Arias, B. (2009). *La escala FUMAT de evaluación de la calidad de vida de personas mayores y con discapacidad*. Salamanca: INICO. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
- Verdugo, M. A. (2009). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: Amaru Editores.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaría, M., Navalías, E., Fernández, S. y Hierro, I. (2014). *La Escala San Martín de evaluación de calidad de vida*. Salamanca: INICO.
- Villalba, C. (2006). El enfoque de la resiliencia en Trabajo Social. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 1, 466-496. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2002483.pdf>
- Viscarret, J. J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En T. Fernández (coord.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 293-344). Madrid: Alianza.
- Wagnild, G. M.; Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2(1), 165-178. Recuperado de <http://www.resiliencescale.com/wp-content/uploads/2014/06/Wagnild-Young-psychom-R.pdf>