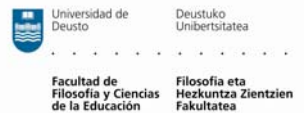


# Estudio de la incidencia de problemáticas asociadas en personas con discapacidad intelectual en Lantegi Batuak



Delfín Montero  
Elena Auzmendi

Biotza Zulueta  
William Restrepo  
Edume Elorriaga



Con la colaboración de:



## INDICE

1. PROPÓSITO Y MARCO DE ESTE TRABAJO.....	4
1.1 DESCRIPCION DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE NECESIDADES ESPECÍFICAS .....	7
2. OBJETIVOS .....	10
3. METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO .....	11
3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISAPACIDAD INTELLECTUAL DE LANTEGI BATUAK.....	11
3.2. ANÁLISIS CUALITATIVO .....	12
3.3. ESTUDIO EMPÍRICO .....	13
□ DISEÑO DEL ESTUDIO.....	13
□ DISEÑO DE LA MUESTRA Y MUESTREO .....	14
4. RESULTADOS .....	19
4.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL .....	19
4.2. ANÁLISIS CUALITATIVO .....	25
4.3. ESTUDIO EMPÍRICO .....	26
□ REPRESENTATIVIDAD DE LAS MUESTRAS.....	26
□ ANÁLISIS REALIZADOS.....	28
▶ COMPARACIÓN ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL EN NIVEL DE SERVICIO, CONDUCTA ADAPTATIVA Y PROBLEMAS DE CONDUCTA .....	29
▶▶ Comparación entre el total del grupo experimental y el total del grupo de control .....	29
▶▶ Comparación entre el grupo experimental y el grupo de control sin considerar a los grupos de envejecimiento.....	31
▶▶ Comparación entre el grupo experimental y el grupo de control en la muestra de envejecimiento.....	32
▶ COMPARACIÓN ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LA MODALIDAD .....	33
▶▶ Comparación entre el grupo experimental y el grupo control de las personas que están en Centro Ocupacional.....	33
▶▶ Comparación entre el grupo experimental y el grupo control de las personas que están en C.E.E. de bajo rendimiento.....	35
▶▶ Comparación entre el grupo experimental y el grupo control de las personas que están en C.E.E. sin bajo rendimiento .....	36
▶ COMPARACIÓN EN FUNCIÓN DE LA AUTORÍA DE DIAGNÓSTICO (EVO Y LB) .....	37
▶ ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE DIFERENTES VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN .....	38

»» Diferencias en las puntuaciones del ICAP en función del sexo.....	38
»» Relación entre la edad y las puntuaciones del ICAP.....	38
»» Relación entre el porcentaje de minusvalía y las puntuaciones del ICAP .....	38
5. CONCLUSIONES.....	40
6. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA.....	46
AGRADECIMIENTOS .....	50
ANEXOS .....	51

# 1. PROPÓSITO Y MARCO DE ESTE TRABAJO

Este estudio responde al interés de Lantegi Batuak (LB, de ahora en adelante) por:

- Identificar las variables diagnósticas que afectan a la población con discapacidad intelectual de Lantegi Batuak, según el Equipo de valoración y orientación de la Diputación Foral de Bizkaia y según los servicios técnicos de LB.
- Comparar estadísticamente ambas fuentes y detectar las diferencias significativas.
- Analizar cuantitativamente la población con discapacidad intelectual que tiene otras problemáticas o alteraciones asociadas.

Para comprender este trabajo en todas sus dimensiones, debe enmarcarse en los diversos procesos de mejora organizacional y profesional en los que está inmerso ahora Lantegi Batuak y en el impulso que están dando a las prácticas de calidad tanto el movimiento asociativo del Estado -FEAPS- como el de nuestra tierra -FEVAS-.

La abrumadora mayoría de las organizaciones incluidas bajo esas siglas están fuertemente comprometidas en la materialización de los derechos ciudadanos que tienen las personas con discapacidad, o dicho de otra manera, en el incremento de su calidad de vida y su capacidad para decidir su futuro. En la concreción de estos objetivos, que todos compartimos, no es una cuestión menor, la relativa al análisis y cuantificación de los apoyos que las personas con discapacidad precisan para avanzar en esa dirección. Sin apoyos, esos objetivos -respaldados explícitamente por la legislación foral, autonómica, estatal e internacional- serán probablemente sólo papel mojado.

Antes de proseguir, examinemos qué se entiende por apoyos. Traemos aquí una definición que suscita un alto grado de consenso por parte del Movimiento Asociativo: la de la Asociación Americana sobre Retraso Mental -*American Association on Mental Retardation, AAMR*- (Luckasson *et al*, 2002, p. 15).

“Apoyos son los recursos y estrategias que intentan promover el desarrollo, la educación, intereses y bienestar de una persona y que mejoran su funcionamiento individual. Los servicios que proporcionan profesionales y agencias, son únicamente un tipo más de apoyo”.

Es decir, se trata de un amplísimo grupo de posibles modos de actuar, de personas y situaciones que en cada caso individual podrían considerarse como “apoyos”. Los servicios que prestan las profesionales que atienden a personas con discapacidad, son sólo un elemento de este panorama, dentro del cual los apoyos naturales (familia, amigos, etc.) suelen ser uno de los más relevantes para las personas con discapacidad, sus familias y amigos. La gran diversidad

de ámbitos y áreas de la conducta de la persona con discapacidad en los que podrían desarrollarse los apoyos puede verse en el Cuadro 1, que reproduce una síntesis de posibles áreas y actividades de apoyo, actualmente consideradas por la antes citada AAMR (2002), en la Función 3, de su propuesta (véase el Anexo 1).

**CUADRO 1. AREAS Y ACTIVIDADES DE APOYO (AAMR, 2002)**

<b>ÁREA DE APOYO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Desarrollo humano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de oportunidades para el desarrollo físico, lo que incluye la coordinación óculo manual, las habilidades motrices finas y gruesas</li> <li>• Provisión de oportunidades para el desarrollo cognitivo relacionadas con la coordinación de experiencias sensoriales, la representación del mundo con palabras e imágenes, el razonamiento lógico sobre eventos, el razonamiento en modos más idealistas y lógicos</li> <li>• Provisión de actividades de desarrollo social y emocional relacionadas con la confianza, autonomía, iniciativa, dominio e identidad</li> </ul>
<b>Enseñanza y educación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interacción con formadores, maestros y con compañeros de formación o educación</li> <li>• Participar en decisiones sobre entrenamiento o educativas</li> <li>• Aprender y emplear estrategias de solución de problemas</li> <li>• Manejar tecnología para el aprendizaje</li> <li>• Acceder a contextos de entrenamiento o educativos</li> <li>• Aprendizaje y empleo de habilidades académicas funcionales (lectura de signos, contar el dinero, etc.)</li> <li>• Aprender y emplear habilidades relacionadas con la educación física y la salud</li> <li>• Aprender y emplear habilidades de autodeterminación</li> <li>• Recibir servicios de transición</li> </ul>
<b>Vida en el hogar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso del servicio</li> <li>• Limpieza y cuidado de la ropa</li> <li>• Preparación e ingesta de alimentos</li> <li>• Limpieza y mantenimiento del hogar</li> <li>• Vestido</li> <li>• Baño y cuidar de la higiene personal y necesidades de aseo</li> <li>• Manejar aparatos y tecnología en el hogar</li> <li>• Participar en actividades de ocio en el hogar</li> </ul>
<b>Vida en comunidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de transporte</li> <li>• Participación en actividades de ocio en la comunidad</li> <li>• Uso de servicios en la comunidad</li> <li>• Visitas a amistades y a la familia</li> <li>• Participar en actividades comunitarias de su elección (iglesia, voluntariado)</li> <li>• Comprar e intercambiar bienes</li> <li>• Interactuar con miembros de la comunidad</li> <li>• Empleo de oficios y lugares públicos</li> </ul>

<b>Empleo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtención de adaptaciones del puesto o lugar de trabajo</li> <li>• Aprendizaje y uso de habilidades laborales específicas</li> <li>• Interacciones con compañeros de trabajo</li> <li>• Interacción con supervisores preparadores</li> <li>• Terminar las tareas del trabajo con una velocidad y calidad aceptables</li> <li>• Modificaciones en las responsabilidades laborales</li> <li>• Acceso y obtención de ayuda e intervención en crisis</li> <li>• Acceso a servicios de ayuda al empleado</li> </ul>
<b>Salud y seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso y obtención de servicios terapéuticos</li> <li>• Toma de la medicación</li> <li>• Evitar peligros para la salud y seguridad</li> <li>• Recibir atención sanitaria en el hogar</li> <li>• Desplazamientos y ambulación</li> <li>• Comunicación con proveedores de servicios sanitarios</li> <li>• Acceso de servicios de emergencia</li> <li>• Mantenimiento de una dieta nutricional</li> <li>• Mantenimiento de salud física</li> <li>• Mantenimiento de bienestar de la salud mental o emocional</li> <li>• Seguimiento de reglas y leyes</li> <li>• Recepción de atención respiratoria, alimentación, cuidado de la piel, control de crisis, cuidado de ostomías y otras necesidades médicas excepcionales</li> </ul>
<b>Conductual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender habilidades o comportamientos específicos</li> <li>• Aprender y tomar las decisiones apropiadas</li> <li>• Acceso a tratamientos de salud mental</li> <li>• Acceso a tratamientos por abuso de sustancias</li> <li>• Hacer elecciones y tomar iniciativas</li> <li>• Incorporar las preferencias personales en las actividades diarias</li> <li>• Mantener conductas socialmente apropiadas en público</li> <li>• Aprender y utilizar estrategias de autorregulación</li> <li>• Controlar la ira y la agresión</li> <li>• Incrementar conductas y habilidades adaptativas</li> </ul>
<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socializarse en la familia</li> <li>• Participar en actividades de ocio y tiempo libre</li> <li>• Tomar decisiones adecuadas sobre sexualidad</li> <li>• Socializarse fuera de la familia</li> <li>• Hacer y mantener amigos</li> <li>• Comunicar a los demás sus necesidades personales</li> <li>• Empleo de habilidades sociales apropiadas</li> <li>• Implicarse en relaciones amorosas e íntimas</li> <li>• Ofrecer ayuda y ayudar a otros</li> </ul>

<b>Protección y defensa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser capaz de representarse a sí mismo y a los demás</li> <li>• Manejo del dinero y de las propias finanzas</li> <li>• Protegerse de la explotación</li> <li>• Ejecutar los derechos y responsabilidades legales</li> <li>• Pertenencia y participación en grupos de apoyo y autodefensa</li> <li>• Obtención de servicios legales</li> <li>• Toma de decisiones y elecciones</li> </ul>
-----------------------------	--

La puesta en marcha de los apoyos en una organización cualquiera es un proceso complejo que tiene muy diversos componentes: evaluación (valores que la sustentan, objetivos de la misma, estrategias, tácticas e instrumentación precisa), planificación y programación.

Desde la perspectiva de los proveedores de servicios para las personas con discapacidad, un elemento decisivo es el de la gestión de los recursos para dar respuesta a los apoyos que precisan las personas usuarias de sus servicios. Y parte esencial de este proceso pasa por una **comprensión objetiva de la población a la que se sirve, y la intensidad de los apoyos que necesita.**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE NECESIDADES ESPECÍFICAS**

En Febrero de 2005 en Lantegi Batuak, partiendo de las definiciones de las categorías de la "Cartera de Servicios sociales del Movimiento FEAPS" de diciembre de 2004, se estudiaron todas las personas diagnosticadas con retraso mental que pertenecen a la organización. Se valoró cuál era el diagnóstico que aparecía en su certificado de minusvalía y, tomando en cuenta las necesidades específicas más relacionadas con el servicio y con las características de la población estudiada, se las recalificó a todas ellas en base a esas categorías de FEAPS.

Este estudio se focaliza, en concreto, en los apoyos que requieren las personas con discapacidad intelectual de Lantegi Batuak que, además de ésta, presentan problemáticas añadidas derivadas de enfermedades mentales, problemas de conducta, trastornos generalizados del desarrollo, pluridiscapacidades o envejecimiento.

En el Cuadro 2 puede leerse la copia, casi literal, del documento, creado por los/as técnicos/as de adiestramiento y ajuste personal del área de Gestión social de LB, que fue aportado al equipo de investigación de este estudio. En el Cuadro se describen los distintos grupos de necesidades específicas según el movimiento FEAPS y las consideraciones que sobre los mismos han aportado los/as técnicos/as de ajuste personal y social de la Fundación Lantegi Batuak.

## CUADRO 2. DESCRIPCION DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE NECESIDADES ESPECÍFICAS

### Envejecimiento<sup>1</sup>

"En las personas con discapacidad intelectual el proceso de envejecimiento aparece prematuramente, y se caracteriza por un deterioro rápido de las principales funciones relacionadas con el autogobierno y la "productividad laboral" (independencia, integración en la comunidad, comunicación, etc.).

En general, y en personas con discapacidad intelectual, la manifestación del cuadro sintomatológico es muy frecuente en personas mayores de 50 años, edad a partir de la cual se puede considerar que la persona con discapacidad intelectual necesita apoyos específicos relacionados con el proceso de envejecimiento" (FEAPS)

### Trastornos de salud mental<sup>2</sup>

"Los trastornos de salud mental mas comunes en personas con discapacidad intelectual, de acuerdo con un estudio realizado por Ryan y Sundheim (1993) son: los trastornos de ansiedad (30%) incluyendo el trastorno de estrés post-traumático (19% a 72%). Los trastornos psicóticos (2% a 5%) resultan ligeramente superiores a los de la tasa de la población general, y los trastornos de personalidad (3%) pasan inadvertidos, debido a que se asume que la discapacidad intelectual es la causa de este estilo de personalidad.

Los trastornos del estado de ánimo afectaban, en el estudio, a un 6% de las personas con discapacidad intelectual, pero existe la hipótesis de que muchos de este tipo de problemas no se diagnostican.

Conviene añadir que los trastornos de salud mental presentan el mismo cuadro entre las personas con y sin discapacidad intelectual. Si bien, la incidencia de trastornos de ansiedad y estrés es mayor en la población con discapacidad intelectual que en la población sin discapacidad, y ambas son edades similares" (FEAPS)

### Trastornos de conducta<sup>3</sup>

"Las personas con discapacidad intelectual pueden desarrollar un cuadro complejo de problemas conductuales y emocionales, que encuentran su origen bien en trastornos de salud mental, bien en disfunciones generalizadas del desarrollo, envejecimiento, etcétera.

Este tipo de trastorno se corresponde con un patrón de conducta persistente, que ve limitados los derechos de los otros o de las normas sociales apropiadas a la edad.

Algunas manifestaciones de este tipo de conducta pueden ser: las autolesiones, la agresión a personas y animales, el comportamiento agresivo que daña la propiedad, fraudes o robos o violaciones graves de las normas. Lógicamente los trastornos de conducta se sitúan en un gradiente de intensidad que va de leve a grave" (FEAPS)

### Trastornos generalizados del desarrollo<sup>4</sup>

" Los trastornos del desarrollo son una categoría de los problemas de salud mental, que se dan en los niños que tienen dificultades para alcanzar las funciones tempranas del desarrollo como, ejemplo, las habilidades del lenguaje, de la comunicación, de la socialización o las motóricas. El tratamiento de los trastornos del desarrollo incluyen la medicación y la capacitación especializada que ayuden al niño a desarrollar las habilidades necesarias.

Debido a que el objetivo de tratamiento es ayudar al niño a maximizar sus capacidades y, a la vez,

<sup>1</sup> **Aportación Técnicos/as LB:** "Desde Lantegi Batuak consideramos para este estudio como pertenecientes al grupo de envejecimiento a aquellas personas con discapacidad intelectual que tienen 56 años o más"

<sup>2</sup> **Aportación Técnicos/as LB:** "Hemos considerado personas con Retraso mental y trastorno mental asociado a aquellas personas que desde la organización se ha valorado la necesidad de que se utilicen un recurso comunitario de Salud Mental. Desde estos recursos han ratificado la necesidad de esas personas y les han dispensado tratamiento psiquiátrico y farmacológico de forma prolongada"

<sup>3</sup> **Aportación Técnicos/as LB:** "Se han considerado dentro de este grupo a las personas que han requerido propuesta de intervención por sus problemas conductuales. En algunos casos ha sido preciso el apoyo externo de Gorabide u otros recursos para un seguimiento psicológico continuado; el apoyo continuado de profesionales del centro; así como la intervención de los/as técnicos/as de ajuste personal y social. Como ejemplo de estos trastornos conductuales, consideramos los robos, algunos trastornos de alimentación, conductas sexuales inapropiadas, agresiones a compañeros, ausencia de límites, boicot a los materiales de trabajo o a las propias tareas, enfrentamiento con compañeros/as y/o profesionales, etc."



prevenir la aparición de cualquier problema nuevo, es muy importante que el diagnóstico de cualquier trastorno de desarrollo se realice lo tan pronto como sea posible.

El diagnóstico precoz y preciso, no sólo ayuda a identificar un posible componente hereditario del trastorno y así informar sobre los riesgos potenciales a los padres y a los demás miembros de la familia), sino que, también ayuda a predecir mejor el desarrollo del niño. Frecuentemente, cuanto más exacto sea el diagnóstico, mejor se puede anticipar y evitar, en algunos casos, los problemas que pueden surgir. Los trastornos generalizados del desarrollo más comunes son: el trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno de Rett y el trastorno desintegrativo de la niñez o psicosis del desarrollo." (FEAPS)

#### **Pluridiscapacidad<sup>5</sup>**

"Entenderemos por pluridiscapacidad, la discapacidad intelectual asociada a deficiencias físicas y sensoriales, o ambas a la vez, que provocan discapacidades de movilidad y orientación en el entorno o de comunicación o ambas a la vez. Un ejemplo común sería la persona con discapacidad intelectual grave y ceguera congénita.

El abordaje de la pluridiscapacidad es necesariamente integrador y no meramente aditivo; es decir, que las necesidades específicas de una persona con pluridiscapacidades no es el resultado de una ecuación en la que meramente se suman las necesidades derivadas de cada una de las discapacidades que tiene el individuo; la pluridiscapacidad implica un grado más de necesidad o intensidad en los apoyos" (FEAPS)

La finalidad última de este estudio ha sido aportar elementos objetivos que permitan avanzar hacia un mejor conocimiento de las personas con discapacidad intelectual de Lantegi Batuak del que pueda derivarse un conjunto de actuaciones que incrementen su calidad de vida.

---

<sup>4</sup> **Aportación Técnicos/as LB:** " No se han estudiado a las personas con discapacidad intelectual de nuestra organización bajo este grupo porque al detectarse los trastornos generalizados del desarrollo en edades tempranas consideramos que su diagnóstico viene determinado por el equipo de valoración y orientación de la Diputación de Bizkaia".

<sup>5</sup> **Aportación Técnicos/as LB:** " Se ha considerado personas con pluridiscapacidad aquellas que necesitan de un apoyo continuado debido a sus deficiencias limitantes, por ejemplo requiere de terceras personas para llegar al taller o servicio y para desplazarse dentro del centro de trabajo. Otro caso serían las discapacidades sensoriales asociadas a la discapacidad intelectual, por ejemplo discapacidad visual que limita la realización de cualquier tarea y precisan de una adaptación individualizada o los casos de sordera profunda que necesitan sistemas alternativos de comunicación"

## 2. OBJETIVOS

- 2.1. **Describir** la población con discapacidad intelectual en función de las siguientes variables: edad, sexo, centro o servicio de pertenencia, modalidad (centro ocupacional, centro especial de empleo –bajo rendimiento-, y centro especial de empleo –no de bajo rendimiento, esto es 100% del Salario Mínimo Interprofesional y Operarios A, B y C), tipo y grado de discapacidad intelectual, diagnóstico (s) adicional (es), porcentaje de minusvalía y antigüedad de los diagnósticos del EVO.<sup>6</sup>
- 2.2. **Analizar cualitativamente** la situación explicada en el apartado 1 a la luz de aportaciones científicas y profesionales de relieve y que gocen del suficiente consenso.
- 2.3. Efectuar un **estudio empírico**, de carácter experimental, descriptivo y exploratorio en el que se comparen: a) las cargas de trabajo y/o las intensidades de apoyo, atención, cuidado, etc., b) la capacidad funcional o conducta adaptativa y c) los problemas de conducta de dos grupos: los que tienen sólo discapacidad intelectual, y los que además, poseen alguna de estas problemáticas: trastornos mentales, trastornos de conducta, trastornos generalizados del desarrollo, pluridiscapacidades o envejecimiento. Compararemos, adicionalmente, la existencia de diferencias significativas en indicadores de intensidad de apoyos, capacidad funcional y problemas de conducta entre los diagnósticos oficiales del EVO y los del Equipo Técnico de LB.

---

<sup>6</sup> Por ser muy frecuente su uso en el ámbito profesional, denominaremos EVO, a lo largo de este texto, al Equipo de Valoración y Orientación dependiente del Servicio de Personas con Discapacidad de la Diputación Foral de Bizkaia.

## 3. METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

### 3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISAPACIDAD INTELECTUAL DE LANTEGI BATUAK

Esta descripción la hemos llevado a cabo según las variables que definimos a continuación:

1. **Edad.** Consideramos los siguientes grupos de edad:
  - 18-29 años
  - 30-39 años
  - 40-49 años
  - 50-55 años
  
  - 56 años o más. En esta categoría hemos tenido en cuenta estos tres subgrupos:
    - 56-60 años
    - 61-65 años
    - > 65 años
2. **Sexo.** Hombre o mujer.
3. **Centro o servicio de pertenencia.** Lugar al que está adscrita la persona en LB
4. **Modalidad** en la que encuentra el usuario de LB, según estos tres tipos:
  - *Centro Ocupacional.*
  - *Centro Especial de Empleo* en bajo rendimiento (75% del salario mínimo interprofesional –SMI- y 85% del SMI).
  - *Centro Especial de Empleo* sin bajo rendimiento (100% del SMI y operarios A, B y C. )
5. **Tipo y grado de discapacidad intelectual.** Tipos: de origen biológico, de origen ambiental y de causa desconocida. Grados: leve, moderado, severo, grave y de gravedad no especificada, según los define el DSM-IV (TR) (*American Psychiatric Association, 2005*).
6. **Diagnóstico (s) adicional (es),** descritos según los datos disponibles del EVO, por un lado, y de acuerdo a LB, por otro.
7. **Porcentaje de minusvalía,** oficialmente reconocido por el EVO, que agrupamos considerando estas categorías:
  - 33% a 45%

- 46% a 64%
- 65% a 79%
- >80%

8. **Antigüedad de los diagnósticos del EVO**, descritos por decenios:

- 1960-1969
- 1970-1979
- 1980-1989
- 1990-1999
- 2000-2005

### 3.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

Esta parte del proyecto tiene como finalidad explicitar algunos aspectos significativos de la literatura científica, testimonios de profesionales, sobre el tema y de consensos profesionales contrastados (por ejemplo, FEAPS, AAMR y DSM-IV-TR) desde los que interpretar la realidad puesta de manifiesto en la descripción anterior y en el estudio cuantitativo.

Para realizar este trabajo, se han realizado búsquedas de documentación sobre, prácticamente, cualquier cosa que tuviera que ver con personas con discapacidad intelectual ubicadas en centros ocupacionales, centros especiales de empleo y empleo con apoyo.

1. Un consulta de la literatura científica de los últimos quince años en las bases de datos que pueden verse en el Anexo 2, utilizando para ello el proveedor *EBSCOHOST Research Databases*. En el mencionado Anexo figuran las bases utilizadas, entre ellas, la ERIC y la de la Asociación Americana de Psicología, que se encuentran entre las más usadas en trabajos de investigación en el ámbito clínico, educativo y de los servicios sociales.
2. Se han realizado cuatro consultas informales a expertos y profesionales del Estado sobre temas relacionados con la integración laboral de las personas con discapacidad, preguntándoles si tenían noticia de algún trabajo o aportación que hubiera descrito o investigado la situación de personas con discapacidad intelectual, que tienen otras problemáticas añadidas, en programas de integración laboral.

### 3.3. ESTUDIO EMPÍRICO

#### □ DISEÑO DEL ESTUDIO

Uno de los objetivos fundamentales de esta parte del trabajo ha sido comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en la intensidad de apoyo que precisan las personas con discapacidad intelectual que presentan otras problemáticas asociadas y, junto a éstas, las que se encuentran en proceso de envejecimiento. La cuantificación de la intensidad de los apoyos se ha realizado a través del Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual-ICAP (Bruininks et al, 1986, Montero, 1999). Más adelante volveremos sobre esta cuestión.

El diseño empleado ha contado con un grupo experimental de 50 personas, representativas del conjunto de Lantegi Batuak, escogidas al azar, con discapacidad intelectual, que además tuvieran trastornos mentales, problemas de conducta, trastornos generalizados del desarrollo o plurideficiencias. La representatividad la definimos utilizando las variables que se expresan en el apartado 3.1. Esta muestra fue comparada con otra de control, de un número idéntico de personas sólo con discapacidad intelectual, igualados a los de la muestra experimental en cuanto a sexo, edad y modalidad. Este grupo fue elegido de modo que fuera representativo del conjunto de las personas con discapacidad intelectual de LB, y como el anterior, fue elegido al azar.

El envejecimiento de las personas atendidas en los centros ocupacionales y especiales de empleo está en la agenda de todas las organizaciones del movimiento asociativo, por el impacto que está comenzando a tener en ellas. Por ello, escogimos otra muestra experimental (n=20), proporcionalmente equivalente a las dimensiones del colectivo de personas con discapacidad intelectual con 56 años o más en LB.

Como se dijo antes, la herramienta que se ha escogido para realizar mediciones sobre el nivel funcional, o conducta adaptativa, de las personas que atiende LB, sus problemas de conducta y la intensidad de apoyos estimada para ellas, ha sido el Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual-ICAP. Los motivos de esta elección son básicamente tres. Primero, por sus adecuadas características psicométricas, entre las de que destaca es que está validado empleando una amplia muestra representativa de la población general de la Comunidad Autónoma Vasca (n=900). Segundo, porque ofrece un índice llamado, **Nivel de Servicio**, que cuantifica el grado de atención, cuidado, supervisión que precisa una persona. Dicho de otro modo, es un posible un indicador numérico de la intensidad de los apoyos, cuyo estudio es uno de los focos de este trabajo (véase el Cuadro 3, pág. 18). Tercero, la herramienta, además de ofrecer estimaciones de habilidades relevantes para la autonomía de la persona, cuantifica la severidad de los problemas de conducta, algo que en buen

número de casos representa la parte más visible de la conducta de muchas personas de los cinco grupos.

Adicionalmente, hay que decir que el ICAP se está empleando, en la actualidad, en varias comunidades autónomas del Estado, y en otros países precisamente para este propósito, a menudo por parte de administraciones públicas para distribuir recursos en función de los perfiles de las personas con discapacidad intelectual a las organizaciones que financian. Aunque también hay notables ejemplos dentro de la comunidad científica internacional que lo han usado. Por citar un solo ejemplo, Robert Schalock y sus colegas en el estudio de validación de la Escala de Intensidad de Apoyos de la AAMR, lo emplearon como contraste de la misma (Thompson *et al*, 2002).

## □ **DISEÑO DE LA MUESTRA Y MUESTREO**

Estos son los aspectos más destacables del proceso de muestreo.

1. En todo el proceso de la investigación, que incluyen su concepción, diseño, fase de muestreo y elaboración de conclusiones, se mantuvieron numerosos encuentros, acompañados de correspondencia, entre los integrantes del equipo de la misma, conformado por Delfín Montero y Elena Auzmendi de la Universidad de Deusto y Ederne Elorriaga, Biotza Zulueta y William Restrepo de Lantegi Batuak, con el fin de poner en común con la máxima precisión el sentido del diseño metodológico, del procedimiento de recogida de datos y las dudas derivadas del uso de la instrumentación empleada.

A lo largo de esta fase, se analizaron detenidamente las diferentes casuísticas que siempre acaban por surgir en estas ocasiones. Se manejaron documentos comunes que permitieron minimizar al máximo los malentendidos y errores que suelen acontecer en los casos en que se colabora con otros profesionales o instancias. El anexo 3 es un ejemplo del control escrito de las operaciones importantes del trabajo, como lo eran sin duda los criterios para el muestreo de los grupos experimental y de control. A la par, el mencionado Anexo proporciona detalles adicionales sobre esta parte del estudio.

Los dos jefes de campo del estudio, Biotza Zulueta y William Restrepo, fueron los encargados de completar los ICAP's entrevistando a los profesionales de atención directa que tenían una relación cotidiana con la persona evaluada durante, al menos, tres meses. La experiencia de ambos en el ámbito profesional de la integración laboral de personas con discapacidad, tanto en tareas de intervención de evaluación y

su formación, facilitó tanto la fase de preparación como la de muestreo.

- Se escogieron los centros para el muestreo, intentando armonizar al máximo el que fuesen lo más representativos posibles del conjunto de la organización y las disponibilidades de tiempo de los que recogieron los datos. Pueden verse en las Tablas 1 y 2 los centros y el número de sujetos seleccionados en ellos en el grupo experimental y de control, respectivamente.

**TABLA 1: GRUPO EXPERIMENTAL POR TALLERES Y SERVICIOS**

CENTRO	Nº de personas
T. Sestao	17
T. Txibila	29
S. Enclaves	3
T. Basauri	2
T. Erandio	4
T. Etxebarri	1
T. Rekalde	3
T. Gernika	1
T. Garamendi	4
T. Plazakola	1
T. Derio	2
S. Limpieza Artatse	1
S. Limpieza Haizea	1
T. Otxarkoaga	1
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>

**TABLA 2: GRUPO DE CONTROL POR TALLERES Y SERVICIOS**

CENTRO	Nº de personas
T. Sestao	40
T. Txibila	13
T. Zalla	1
T. Zorroza	3
T. Erandio	7
T. Garamendi	4
S. Limpieza.Atxarte	2
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>

- Se diseñó luego una muestra de personas con discapacidad intelectual que tuvieran trastornos mentales, trastornos de conducta, pluridiscapacidades, o trastornos generalizados del desarrollo, representativa de LB en cuanto a edad sexo y las tres modalidades: centro ocupacional, centro especial de empleo de 75% y 85% y Centro especial de empleo 100% y operarios A,B,C. Una vez escogidos al azar los sujetos de la muestra, se controló *a posteriori* su representatividad en relación al resto de variables con el fin de corregir cualquier desviación significativa. La variable 5, tipo y grado de discapacidad intelectual, que no la pudimos utilizar por motivos que se comentan en el apartado de conclusiones.

La  $n$  muestral en el grupo experimental fue de 70 personas con discapacidad intelectual, 50 de ellos con discapacidad intelectual y otras de las problemáticas asociadas analizadas en este estudio. Otras 20 personas, con 56 años o más constituyeron el grupo de envejecimiento.

Puede verse en la Tabla 3 (pág. 17) la composición de la muestra experimental inicialmente diseñada. Los porcentajes que aparecen en ella representan el peso específico de cada uno de los subgrupos en el conjunto de las personas con discapacidad intelectual, aplicando un sencillo cálculo de proporcionalidad según porcentajes. El cálculo del número de sujetos en cada celda se llevó a cabo teniéndolos en cuenta al máximo. Las categorías que estructuran la Tabla son: Centro Ocupacional (CO), Centro Especial de Empleo (CEE) de bajo rendimiento, es decir equivalente al 75% y 85% del salario mínimo interprofesional (SMI) y Centro Especial de Empleo sin bajo rendimiento, equivalente al 100% u operarios A, B y C por un lado, y las problemáticas adicionales ya apuntadas.

4. Se diseñó luego la muestra de control de personas con discapacidad intelectual sólo con este diagnóstico. En el caso de la muestra de envejecimiento, los sujetos fueron igualados con otros que únicamente tenían discapacidad intelectual y que formaban parte de los tres primeros grupos de edad.
5. Vino después la aplicación del **ICAP** a las muestras diseñadas. Aunque el muestreo se desarrolló comenzando por la muestra experimental, fue prácticamente simultáneo al de los grupos de control. La aplicación de la parte de conducta adaptativa y de problemas de conducta fue realizada por personal de Lantegi Batuak.



**TABLA 3. MUESTRA EXPERIMENTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE LANTEGI BATUAK**

	<b>CO</b>	<b>CEE (BR)</b>	<b>CEE (100%)</b>	<b>TOTALES</b>
<b>CON DIAGNÓSTICO DEL EVO</b> 58.32 %	6	-----	-----	-----
DI + T. MENTAL (79%)	13	2	4	<b>19</b>
DI + T. COND (6,3%)	1	1	1	<b>3</b>
DI + T.G.D. (8,4%)	1	1	1	<b>3</b>
DI + PLURIDEF (6,3 %)	1	1	1	<b>3</b>
<b>SUBTOTAL</b>				<b>28</b>
<b>CON VALORACIÓN DE LANTEGI BATUAK</b> 41.68%	12	-----	-----	-----
DI + T. MENTAL (48,6%)	6	2	3	<b>11</b>
DI + T. COND (40,8 %)	5	1	2	<b>8</b>
DI + T.G.D (0%)	0	0	0	<b>0</b>
DI + PLURIDEF. (10,6%)	1	1	1	<b>3</b>
<b>SUBTOTAL</b>				<b>22</b>
<b>TOTALES</b>	<b>28</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>50</b>

DI + ENVEJECIMIENTO > 56 AÑOS (3,3%)	<b>11</b>		<b>4</b>		<b>5</b>		<b>20</b>
	<b>56-60</b>	<b>7</b>	<b>56-60</b>	<b>2</b>	<b>56-60</b>	<b>4</b>	
	<b>61-65</b>	<b>3</b>	<b>61-65</b>	<b>2</b>	<b>61-65</b>	<b>1</b>	
	<b>&gt;65</b>	<b>1</b>	<b>&gt;65</b>	<b>0</b>	<b>&gt;65</b>	<b>0</b>	

6. Una vez concluido el muestreo, los datos fueron proporcionados a Delfín Montero y Elena Auzmendi para los respectivos análisis estadísticos. El tratamiento de los mismos se hizo con los criterios de confidencialidad exigibles, con garantía escrita por parte de ambos de salvaguarda, según los criterios que el ordenamiento legal actual establece.
7. Para analizar los resultados, y comprobar si había diferencias estadísticas o no entre la muestra experimental y de control, se empleó el estadístico t- de Student. Las variables del ICAP que se sometieron a análisis fueron las diez puntuaciones normativas que pueden verse en el Cuadro 3 (pág. 18).

### CUADRO 3. LAS 10 PUNTUACIONES DEL ICAP USADAS EN EL ESTUDIO

- 1- **Escala de destrezas motoras.** Motricidad fina y gruesa.
- 2- **Escala de destrezas sociales y comunicativas.** Habilidades relacionadas con la interacción social y las convenciones sociales.
- 3- **Escala de Destrezas la Vida Personal.** Habilidades de vestido, comida, etc.
- 4- **Escala de Destrezas de Vida en la Comunidad.** Manejo de recursos de la comunidad: teléfono, bancos, transportes y otros servicios.
- 5- **Escala de Independencia General.** Resume las puntuaciones de las cuatro escalas anteriores.
- 6- **Índice Interno de Problemas de Conducta.** Autolesiones, movimientos repetitivos, retraimiento o falta de atención.
- 7- **Índice Externo de Problemas de Conducta.** Agresividad hacia otros, destrucción de objetos, interrumpir y molestar constantemente a otros.
- 8- **Índice Asocial de Problemas de Conducta.** Conductas que ofenden a otros y de falta de colaboración.
- 9- **Índice General de Problemas de Conducta.** Resume las puntuaciones de los tres índices de problemas de conducta anteriores.
- 10- **Nivel de Servicio del ICAP.** Puntuación combinada, que combina las de conducta adaptativa y de problemas de conducta, para ofrecer un indicador del grado de apoyo, cuidado, atención, etc. que necesita una persona. Son nueve grados (1-9), y, como puede notarse en la explicación que hay a continuación, a menor Nivel de Servicio, mayor intensidad de apoyo:
  - 1- Total atención a la persona y/o supervisión completa
  - 3- Intensa atención a la persona y/o constante supervisión
  - 5- Periódica atención a la persona y/o estrecha supervisión
  - 7- Limitada atención a la persona y/o supervisión periódica
  - 9- Sin necesidad de ayuda (o muy poco frecuente) en la vida diaria

Se utilizaron para los análisis de conducta adaptativa las Puntuaciones de Escala, o puntuaciones W del ICAP, según la terminología de la herramienta, ya que por su mayor precisión son las más idóneas para la investigación. Si se desea más información, puede verse en el Anexo 4 una explicación resumida de todas las puntuaciones que ofrece el ICAP, junto a una copia de los elementos de conducta adaptativa y de problemas de conducta del ICAP.

Los análisis que se llevaron a cabo pusieron a prueba la existencia de diferencias significativas o no en los siguientes grupos:

1. **Discapacidad intelectual (DI) / DI + Otros (EVO).** Es decir, personas sólo con discapacidad intelectual comparadas con aquellas que además de discapacidad intelectual tienen otros

diagnósticos reconocidos oficialmente como tales por el EVO de la Diputación.

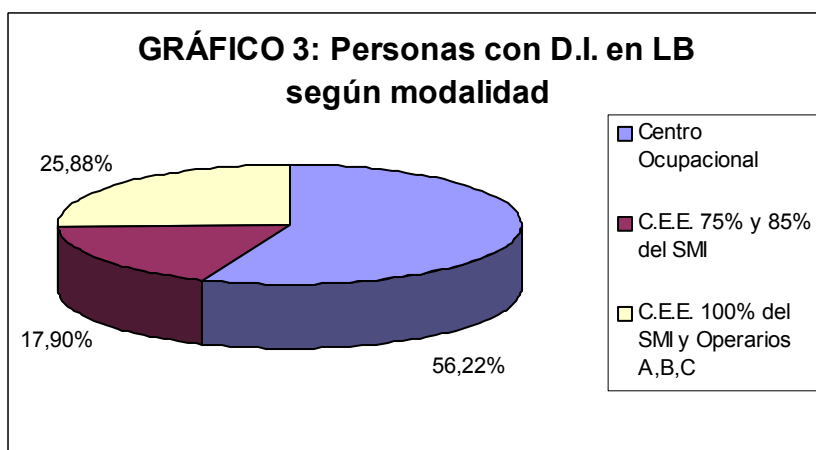
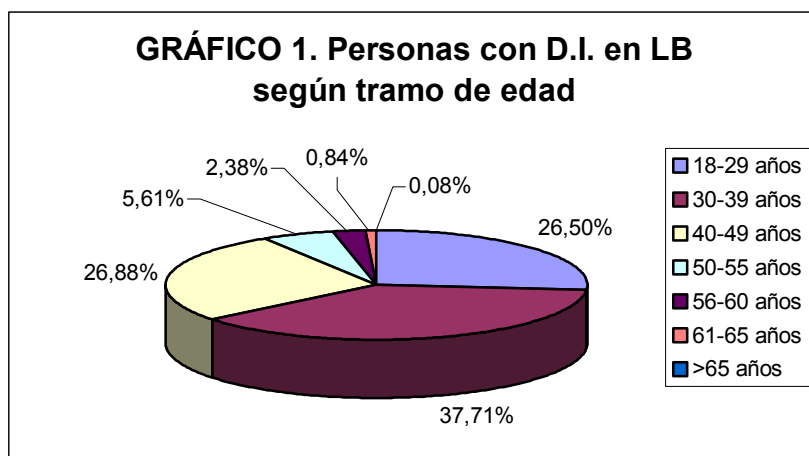
2. **Discapacidad intelectual / DI + Otros (LB).** Dicho de otro modo, se hizo idéntica comparación pero con personas con discapacidad intelectual, y que tenían otras problemáticas añadidas, aunque no diagnosticadas por el EVO, por diversos motivos, y sí por los profesionales de Lantegi Batuak. Los análisis 1 y 2 tuvieron como finalidad comprobar la posible existencia de discrepancias entre los datos provenientes de una y otra fuente (con diagnóstico del EVO o del equipo técnico de Lantegi Batuak).
3. **Discapacidad intelectual / DI + Otros (LB+EVO).** Se trataba de comparar al grupo en su conjunto.
4. **Relación de las puntuaciones del ICAP con otras variables.** Adicionalmente, se examinaron las relaciones entre las puntuaciones del ICAP y otras variables, en concreto, el sexo, la edad y el porcentaje de minusvalía.

## 4. RESULTADOS

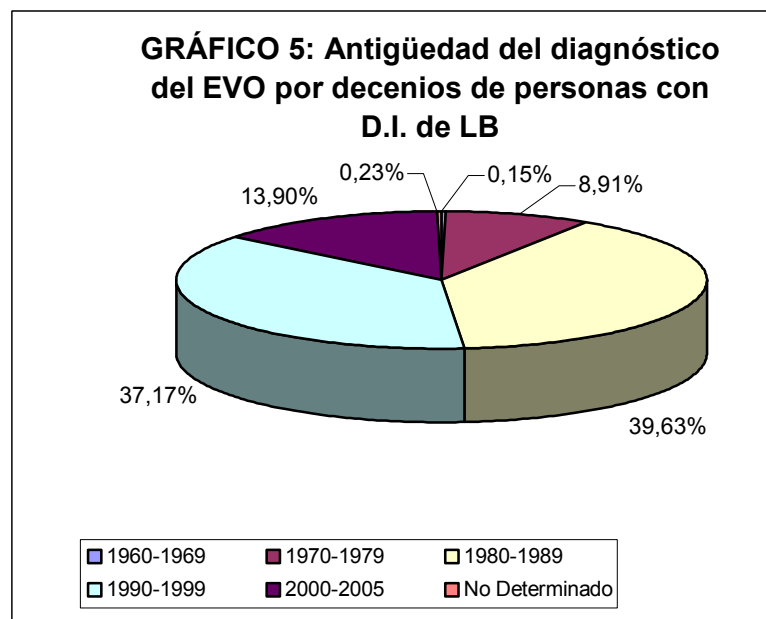
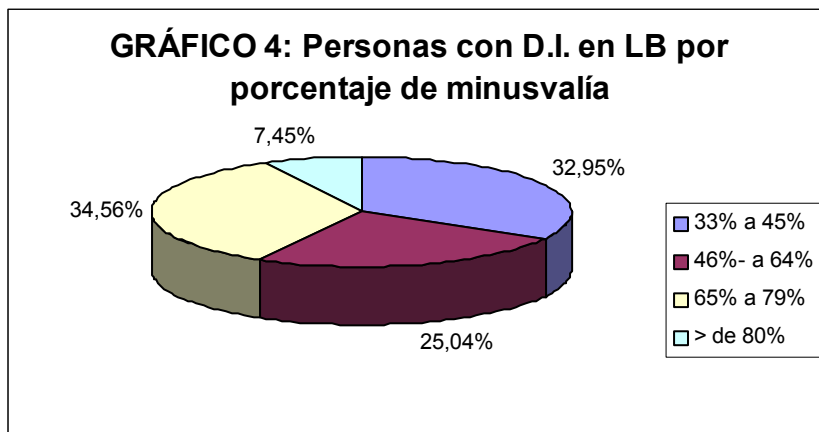
### 4.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

A continuación pueden verse los datos correspondientes al conjunto de las personas con discapacidad intelectual de Lantegi Batuak, según datos actualizados el 29 de Noviembre de 2005. Los gráficos 1,2,3 (pág. 20) muestran el número y porcentaje de personas con discapacidad intelectual por edad, sexo y modalidad.

Un dato que merece ser subrayado al máximo es el relativo al grupo que en esta investigación hemos denominado “de envejecimiento”, establecido a partir de los 56 años o más. Si se examina en el Gráfico 1, se comprueba que **en los próximos cinco años el número de personas dentro de este grupo casi va a duplicarse**. Haciendo una simple proyección en el tiempo, aproximadamente, se va a pasar de los 43 actuales por encima de 55 años, a los 73 que se encuentran en el tramo de 50 a 55 años. Como se verá más adelante, éste es un dato que va a tener impacto en el conjunto de la organización.



En cuanto a la modalidad, los porcentajes del Gráfico 3 muestran bien a las claras la función social que desempeña Lantegi Batuak en el territorio de Bizkaia. En la actualidad, el 60% de las personas con discapacidad intelectual de la Fundación, se encuentran en régimen ocupacional, y se ha logrado que el 40% esté en C.E.E, gracias, entre otros aspectos, al propio nivel competencial, a las normativas legales vigentes, a la antigüedad en la organización, a los acuerdos con el INEM y la capacidad de L.B. para generar empleo o para promover el tránsito al empleo ordinario.



En cuanto a los diagnósticos del EVO, queremos comentar dos aspectos. En primer lugar, un dato que resalta a simple vista es que casi la mitad de los diagnósticos (48,69% exactamente) tiene más de 15 años. Las concepciones de la discapacidad intelectual como un fenómeno estático y de por vida eran muy corrientes en las primeras décadas del siglo XX. Hoy en día nadie admite que esto sea así. Puede haber deterioros, mejoras, nuevas enfermedades, o situaciones sociales que provocan la aparición (o desaparición) de nuevas discapacidades. Todo esto, en un contexto social como el nuestro, en el cual las revisiones periódicas, no son sólo un valor sino una práctica cotidiana de miles de profesionales de los servicios sanitarios, educativos y sociales hacen que esta situación sea difícilmente asumible.

En segundo lugar, y conexionado con todo esto, queremos manifestar que nos hubiera gustado presentar datos sobre los niveles de retraso mental que habitualmente manejan instituciones y profesionales, por ejemplo: retraso mental leve, moderado severo y profundo, tal cual se tenía previsto inicialmente en la variable número 5 de este trabajo. La variedad de términos diagnósticos que constan en los informes del EVO de Diputación es tal que el trabajo requerido para ordenarlos nos hubiera apartado de nuestro foco de estudio.

La Tabla 4 permite visualizar lo que queremos decir. En ella figuran los diagnósticos del EVO de 10 personas con síndrome de Down de un centro en concreto de LB. Nombres y otros datos han sido eliminados por razones obvias. De esa lista en la columna “Diagnóstico 1”, sólo la categoría “retraso mental moderado” es reconocible como epígrafe diagnóstico en alguna de las tres taxonomías con más difusión en todo el mundo, a saber: la de la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10, 1992), la de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2005) y la de la Asociación Americana sobre Retraso Mental –AAMR (American Association on Mental Retardation, 2004). Categorías como todas las derivadas de “oligofrenia” simplemente no se encuentran entre las propuestas de esas organizaciones durante las últimas décadas. “Síndrome de Down”, tampoco, aunque todas ellas suelen concederle un lugar en otros apartados de sus respectivos sistemas de clasificación. Dicho de otro modo, de los diez ejemplos de la Tabla, sólo el sujeto número 10 tiene un diagnóstico reconocible a la luz de esos tres sistemas. No es casual que sea precisamente el más reciente de los diez.

**TABLA 4. TERMINOLOGÍA DIAGNÓSTICA DE LOS INFORMES DEL EVO EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL CON SÍNDROME DE DOWN DE UN CENTRO DE LB**

SUJETO	DIAGNOSTICO 1	DIAGNOSTICO 2	DIAGNOSTICO 3	FECHA DE EVO
1	Oligofrenia sin especificar grado	Deficiencia visual		1.975
2	Oligofrenia media	Deficiencia visual		1.975
3	Oligofrenia media	Otras enfermedades cardiovasculares		1.985
4	Oligofrenia severa	Sordera		1.986
5	Síndrome de Down	Deficiencia visual	Hipoacusia	1.987
6	Oligofrenia media	Deficiencia visual		1.990
7	Oligofrenia media			1.991
8	Oligofrenia media	Deficiencia visual		1.992
9	Oligofrenia severa	Deficiencia visual		1.992
10	Retraso mental moderado por Síndrome de Down			2.001

Es cierto que el campo de la discapacidad intelectual ha sufrido una espectacular renovación en cuanto a concepciones y prácticas en las últimas tres décadas, pero no es menos verdadero que los planteamientos diagnósticos y clasificaciones de la OMS, la APA y la AAMR, ya estaban disponibles en nuestro contexto, con pequeñas variantes, durante las décadas de los ochenta y noventa.

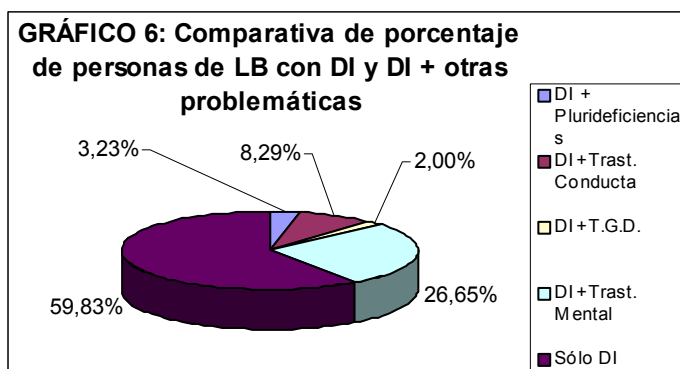
A continuación, presentamos la Tabla 5 y los Gráficos 6, 7 y 8 una radiografía, en términos numéricos, de las problemáticas que estamos estudiando en el colectivo de personas con discapacidad intelectual de la organización. Se puede ver en la Tabla %, en primer término, el número y porcentaje de personas con discapacidad intelectual que tienen otras problemáticas diagnosticadas por el EVO, en segundo término figuran idénticos estadísticos pero tomando en cuenta las valoraciones de LB, y en tercer lugar, los datos conjuntos de ambas fuentes.

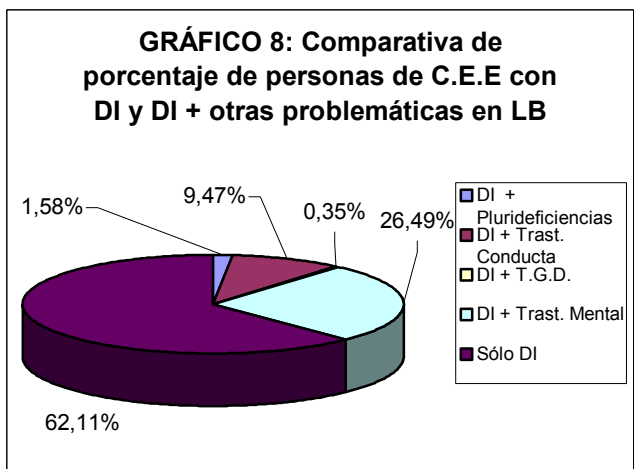
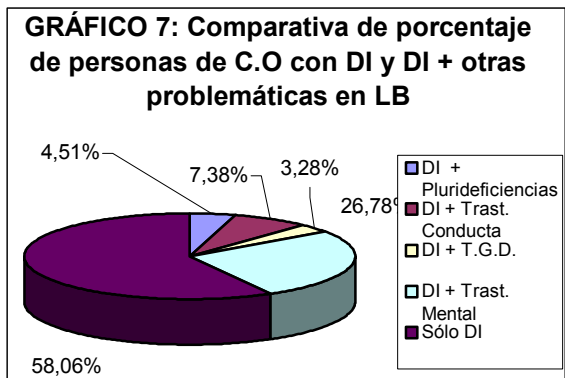
**TABLA 5. PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y OTRAS PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS EN L.B.**

EQUIPO DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (EVO)								
PROBLEMÁTICA	C.O	% / CO	% / TOT DI	C.E.E	% / CEE	% / TOT. DI	TOTAL	PORCENTAJE
DI + T.MENTAL	135	18,44%	10,37%	106	18,60%	8,14%	241	18,51%
DI + T. COND	12	1,64%	0,92%	7	1,23%	0,54%	19	1,46%
DI+ T.G.D.	24	3,28%	1,84%	2	0,35%	0,15%	26	2,00%
DI + PLURIDEF.	12	1,64%	0,92%	7	1,23%	0,54%	19	1,46%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>25,00%</b>	<b>14,06%</b>	<b>122</b>	<b>21,40%</b>	<b>9,37%</b>	<b>305</b>	<b>23,43%</b>

LANTEGI BATUAK								
PROBLEMÁTICA	C.O	% / CO	% / TOT DI	C.E.E	% / CEE	% / TOT. DI	TOTAL	PORCENTAJE
DI + T.MENTAL	61	8,33%	4,69%	45	7,89%	3,46%	106	8,14%
DI + T. COND	42	5,74%	3,23%	47	8,25%	3,61%	89	6,84%
DI+ T.G.D.	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%
DI + PLURIDEF.	21	2,87%	1,61%	2	0,35%	0,15%	23	1,77%
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>16,94%</b>	<b>9,52%</b>	<b>94</b>	<b>16,49%</b>	<b>7,22%</b>	<b>218</b>	<b>16,74%</b>

TOTAL (EVO y L.B.)								
PROBLEMÁTICA	C.O	% / CO	% / TOT DI	C.E.E	% / CEE	% / TOT. DI	TOTAL	PORCENTAJE
DI + T.MENTAL	196	26,78%	15,05%	151	26,49%	11,60%	347	26,65%
DI + T. COND	54	7,38%	4,15%	54	9,47%	4,15%	108	8,29%
DI+ T.G.D.	24	3,28%	1,84%	2	0,35%	0,15%	26	2,00%
DI + PLURIDEF.	33	4,51%	2,53%	9	1,58%	0,69%	42	3,23%
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>41,94%</b>	<b>23,58%</b>	<b>216</b>	<b>37,89%</b>	<b>16,59%</b>	<b>523</b>	<b>40,17%</b>





Como puede verse, 523 personas, un 40,17% del total de personas con discapacidad intelectual de Lantegi Batuak, están dentro de alguna de las categorías barajadas, siendo, con mucho, las personas con trastornos mentales el grupo dominante (66,34% de las 523 personas que disponen de algunos de los diagnósticos reseñados). Merece la pena resaltar que los diagnósticos del EVO no dan una imagen completa de las dimensiones de estas problemáticas, como lo prueban los 218 diagnósticos realizados por LB, que incrementan en un 16,74% porcentaje de personas con doble diagnóstico. Adicionalmente, debe tenerse presente que la Tabla 5 no incluye a 17 personas con traumatismo craneo-encefálico que no han sido objeto de este estudio.



## 4.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

La consulta de las bases de datos arrojó poca luz sobre la problemática estudiada. La asociación de términos como centro especial de empleo, centro de día, o empleo con apoyo (*Supported employment, work center, work activity center, etc.*) junto a otros como doble diagnóstico (*dual diagnosis, mental retardation and mental health, Pervasive Developmental Disorders...*, etc.), reveló una sorprendente **escasez de estudios**, reflexiones, etc. sobre la situación de estas personas en entornos laborales y ocupacionales.

Para tener la máxima seguridad, analizamos la literatura científica utilizando descriptores más amplios, sin mediar aquellos relacionados con servicios de día o laborales. En concreto, estudiamos la documentación generada durante los últimos quince años del grupo más numeroso de nuestras muestras: el que además de discapacidad intelectual tiene trastornos de conducta o trastornos mentales. La conclusión es clara: aunque todos estos estudios acaban por tener tarde o temprano utilidad para la comprensión o la intervención en este colectivo, ninguno de los materiales revisados entronca directamente con el que aquí presentamos.

Ante este hecho, una posible hipótesis que se nos planteó fue la siguiente: tal vez en el Estado se estén realizando estudios que por motivos lingüísticos (la abrumadora mayoría de los registros de las bases de datos consultadas están en inglés), no figuran en las bases de datos del Anexo 2. Pues bien, no parece ser así, como veremos a continuación.

Uno de los mayores congresos sobre discapacidad intelectual y salud mental realizados en el Estado tuvo lugar recientemente en Barcelona (6 a 8 de Octubre de 2005): “V Congreso Europeo. Salud Mental en el Retraso Mental. Hacia un enfoque integrador en la investigación y el tratamiento”. Este encuentro contaba, entre otros con el patrocinio de la Asociación Europea para la Salud Mental en Retraso Mental y la Asociación Mundial de Psiquiatría y la Asociación Española de Profesionales de la Discapacidad Intelectual. Aunque la participación internacional fue nutrida, el grupo dominante de ponentes fue del Estado. Se presentaron 178 conferencias, talleres, comunicaciones, pósters, etc. de todos los cuales, sólo uno de ellos (una comunicación) tenía que ver con la situación de adultos con doble diagnóstico en servicios de día de nuestro entorno. Esta proporción encaja bien con la encontrada en nuestra pesquisa en las bases de datos antes mencionadas.

El único referente de verdadera utilidad que hemos encontrado en el Estado es el de FEAPS, quien en sus documentos de trabajo, y sobre todo a través de una guía que difunde (Novell, Rueda, y Salvador, 2005), parece ser -junto a la Asociación Española para el Estudio Científico del Retraso Mental- una de las pocas organizaciones que aborda las necesidades de este colectivo de manera abierta y decidida.

**En conclusión, en nuestro entorno no existe prácticamente documentación que entronque directamente con la naturaleza y propósito de este estudio.**

### **4.3. ESTUDIO EMPÍRICO**

#### **□ REPRESENTATIVIDAD DE LAS MUESTRAS**

Un rasgo axial de este estudio es la representatividad de las muestras, ya que las conclusiones que extraigamos de ellas permitirán su generalización al conjunto de población que estudiemos. Recordemos que nuestra muestra, en realidad son dos ya que la submuestra de envejecimiento está sobrerrepresentada en relación al total de la organización para permitir, a pesar de su modestia numérica ( $n=20$ ), establecer alguna conclusión tentativa. A nuestro juicio, este reducido número no debe restarle el valor que tiene por haber sido obtenida a través de procedimientos muy controlados.

Las Tablas 6 y 7 (pág. 27 y 28) muestran el número y el porcentaje de las personas con discapacidad intelectual en LB y los de la muestra experimental y de control. Una simple inspección de las columnas de porcentajes manifiesta, en líneas generales, un satisfactorio ajuste entre ambas distribuciones.

**TABLA 6. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LB COMPARADOS CON LOS DE LAS MUESTRAS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL SEGÚN EDAD, SEXO, MODALIDAD, PORCENTAJE DE MINUSVALIA Y ANTIGÜEDAD DEL DIAGNÓSTICO**

	DATOS POBLACIÓN CON D.I.		DATOS MUESTRAS	
<b>TOTALES</b>				
	TOTAL	PORCENTAJE	DATOS	%
<b>TOTAL D.I</b>	1302	100,00%	50	100,00%
<b>POR EDAD</b>				
18-29 años	345	26,50%	14	28,00%
30-39 años	491	37,71%	20	40,00%
40-49 años	350	26,88%	9	18,00%
50-55 años	73	5,61%	3	6,00%
56-60 años	31	2,38%	3	6,00%
61-65 años	11	0,84%	1	2,00%
>65 años	1	0,08%	0	0,00%
<b>POR SEXO</b>				
Hombres	799	61,37%	27	54,00%
Mujeres	503	38,63%	23	46,00%
<b>POR MODALIDAD</b>				
Centro Ocupacional	732	56,22%	28	56,00%
C.E.E. 75% y 85% del SMI	233	17,90%	9	18,00%
C.E.E. 100% del SMI y Operarios A,B,C	337	25,88%	13	26,00%
<b>POR PORCENTAJE DE MINUSVALÍA</b>				
33% a 45%	429	32,95%	14	28,00%
46%- a 64%	326	25,04%	14	28,00%
65% a 79%	450	34,56%	19	38,00%
> de 80%	97	7,45%	3	6,00%
<b>POR ANTIGÜEDAD DEL DIAGNOSTICO DEL EVO</b>				
1960-1969	2	0,15%	1	2,00%
1970-1979	116	8,91%	3	6,00%
1980-1989	516	39,63%	18	36,00%
1990-1999	484	37,17%	24	48,00%
2000-2005	181	13,90%	4	8,00%
No Determinado	3	0,23%	0	0,00%

**TABLA 7. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LB CON OTRAS PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS COMPARADOS CON LOS DE LAS MUESTRAS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL SEGÚN DIAGNÓSTICOS ADICIONALES**

<b>DIAGNÓSTICO DEL EVO</b>					
	<b>Nº PERSONAS</b>	<b>%PERS CON DOBL.DIAGN</b>		<b>Nº PERSONAS</b>	<b>%/MUESTRA</b>
DI + T.MENTAL	241	46,08%		19	38,00%
DI + T. COND	19	3,63%		3	6,00%
DI + T.G.D.	26	4,97%		3	6,00%
DI + PLURIDEF.	19	3,63%		3	6,00%
<b>TOTAL</b>	<b>305</b>	<b>58,31%</b>		<b>28</b>	<b>56,00%</b>
<b>VALORACIÓN DE LANTEGI BATUAK</b>					
DI + T.MENTAL	106	20,27%		11	22,00%
DI + T. COND	89	17,02%		8	16,00%
DI + T.G.D.	0	0,00%		0	0,00%
DI + PLURIDEF.	23	4,40%		3	6,00%
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>41,69%</b>		<b>22</b>	<b>44,00%</b>
<b>TOTAL (EVO y L.B.)</b>					
DI + T.MENTAL	347	66,35%		30	60,00%
DI + T. COND	108	20,65%		11	22,00%
DI + T.G.D.	26	4,97%		3	6,00%
DI + PLURIDEF.	42	8,03%		6	12,00%
<b>TOTAL</b>	<b>523</b>	<b>100,00%</b>		<b>50</b>	<b>100,00%</b>

#### □ **ANÁLISIS REALIZADOS**

Con los datos obtenidos por LB, realizamos los análisis que se presentan en los siguientes apartados. Para efectuar la comparación entre los grupos (experimental y control) se ha llevado a cabo un estudio de diferencias a través de la *t-student* para muestras independientes. Previamente, se ha comprobado la normalidad de las distribuciones a través de la prueba no paramétrica Kolmogorov-Smirnov. Los estudios correlacionales se han realizado mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson.

Debe tenerse en cuenta, asimismo, para la correcta interpretación de los datos, lo siguiente:

- Una mayor puntuación en el Nivel de Servicio del ICAP pone de manifiesto un mayor nivel de independencia, es decir, previsiblemente una menor intensidad de los apoyos precisos.

- Una mayor puntuación en las destrezas de la conducta adaptativa ha de interpretarse como mayor nivel de capacidad funcional para desempeñarse con autonomía en muy diversas actividades cotidianas que tienen que ver con la satisfacción de las demandas más importantes del entorno.
- Una puntuación más negativa en los índices de los problemas de conducta pone de manifiesto un nivel más elevado de los mismos.

▶ **COMPARACIÓN ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL EN NIVEL DE SERVICIO, CONDUCTA ADAPTATIVA Y PROBLEMAS DE CONDUCTA**

▶▶ **Comparación entre el total del grupo experimental y el total del grupo de control**

Se llevó a cabo un estudio de diferencias entre el total del grupo experimental y el del grupo control en relación a las variables analizadas: conducta adaptativa, problemas de conducta y nivel de servicio del ICAP.

Los datos obtenidos ponen de manifiesto que se observan diferencias entre ambos grupos tanto en los índices de problemas de conducta como en el nivel de servicio del ICAP (Tabla 8, pág. 30). Por el contrario, no se puede hablar de diferencias significativas entre grupo experimental y grupo control en ninguno de los elementos de la conducta adaptativa.

Estas diferencias ponen de manifiesto que el grupo experimental muestra una puntuación más negativa que el grupo control en el Índice Interno, Externo y General. En el Asocial no llega a ser significativa esta diferencia, aunque se encuentra muy cerca de serlo.

Asimismo, el grupo control presenta una puntuación significativamente más elevada (7,74) que el grupo experimental (7,23) en relación al Nivel de Servicio del ICAP, indicando con ello una menor necesidad de atención, cuidado, supervisión, etc. que el grupo experimental.

**TABLA 8. COMPARACIÓN ENTRE MEDIAS (*t* DE STUDENT) EL TOTAL DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL TOTAL DEL GRUPO DE CONTROL**

	Grupo	N	Media	T	Sig.
Indice Interno	Experimental	70	-4,96	-3,244	,002
	Control	70	-,69		
Indice Asocial	Experimental	70	-5,54	-1,815	,072
	Control	70	-2,57		
Indice Externo	Experimental	70	-3,69	-2,681	,009
	Control	70	-1,16		
Indice General	Experimental	70	-5,31	-2,792	,006
	Control	70	-1,91		
Nivel de Servicio ICAP	Experimental	70	7,23	-2,005	,047
	Control	70	7,74		
D. Motora	Experimental	70	481,24	-1,216	,226
	Control	70	484,51		
D. Social	Experimental	70	493,30	-1,303	,195
	Control	70	496,56		
D. Personal	Experimental	70	501,40	-,352	,726
	Control	70	502,40		
D. Comunidad	Experimental	70	496,46	-1,056	,293
	Control	70	499,84		
Independencia General	Experimental	70	493,20	-1,074	,285
	Control	70	495,93		

No debemos olvidar que la sobrerrepresentación de la muestra de envejecimiento en el conjunto de esta muestra, hace que estos resultados no sean generalizables al conjunto de las personas con discapacidad intelectual de LB.

► **Comparación entre el grupo experimental y el grupo de control sin considerar a los grupos de envejecimiento**

Se ha efectuado el mismo estudio comparativo entre ambos grupos sin considerar los datos del grupo de envejecimiento (Tabla 9).

**TABLA 9. COMPARACIÓN ENTRE MEDIAS (*t* DE STUDENT) EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO DE CONTROL SIN CONSIDERAR A LOS GRUPOS DE ENVEJECIMIENTO**

	Grupo	N	Media	T	Sig.
Índice Interno	Experimental	50	-5,82	-3,138	,002
	Control	50	-,70		
Índice Asocial	Experimental	50	-5,96	-1,580	,118
	Control	50	-2,70		
Índice Externo	Experimental	50	-3,72	-2,026	,047
	Control	50	-1,36		
Índice General	Experimental	50	-5,74	-2,423	,018
	Control	50	-2,02		
Nivel de Servicio ICAP	Experimental	50	7,44	-1,255	,213
	Control	50	7,84		
D. Motora	Experimental	50	486,34	,511	,610
	Control	50	484,82		
D. Social	Experimental	50	495,50	-,603	,548
	Control	50	497,38		
D. Personal	Experimental	50	503,82	-,100	,920
	Control	50	504,14		
D. Comunidad	Experimental	50	500,08	-,468	,641
	Control	50	501,86		
Independencia General	Experimental	50	496,54	-,203	,840
	Control	50	497,14		

Los datos ponen de manifiesto que se observan diferencias significativas entre el grupo experimental y el control en los Índices Interno, Externo y General.

En estos tres aspectos, el grupo experimental muestra un nivel más elevado de problemas de conducta. En relación al Índice Asocial, el Nivel del Servicio del ICAP y las subescalas de conducta adaptativa no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Aunque, como puede observarse en la mencionada Tabla, el nivel de servicio es ligeramente mayor en el grupo de control que en el experimental.

► **Comparación entre el grupo experimental y el grupo de control en la muestra de envejecimiento**

Se efectuó el mismo estudio comparativo en la muestra de envejecimiento.

Tal y como se observa en la Tabla 10, en este caso sólo se hallaron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en el Nivel de Servicio del ICAP y en la escala de Destrezas Motoras.

Así, el grupo control muestra un nivel de conducta adaptativa mayor (7,50) que el grupo experimental (6,70), así como un mayor nivel de destrezas motoras (483,75) que el experimental (468,50).

**TABLA 10. COMPARACIÓN ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO DE CONTROL EN LA MUESTRA DE ENVEJECIMIENTO**

	Grupo	N	Media	T	Sig.
Índice Interno	Experimental	20	-2,80	-1,011	,319
	Control	20	-,65		
Índice Asocial	Experimental	20	-4,50	-,878	,385
	Control	20	-2,25		
Índice Externo	Experimental	20	-3,60	-1,853	,073
	Control	20	-,65		
Índice General	Experimental	20	-4,25	-1,377	,176
	Control	20	-1,65		
Nivel de Servicio ICAP	Experimental	20	6,70	-2,027	,050
	Control	20	7,50		
D. Motora	Experimental	20	468,50	-3,181	,003
	Control	20	483,75		
D. Social	Experimental	20	487,80	-1,772	,084
	Control	20	494,50		
D. Personal	Experimental	20	495,35	-,471	,640
	Control	20	498,05		
D. Comunidad	Experimental	20	487,40	-1,365	,180
	Control	20	494,80		
Independencia General	Experimental	20	484,85	-1,807	,079
	Control	20	492,90		



► **COMPARACIÓN ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LA MODALIDAD**

►► **Comparación entre el grupo experimental y el grupo control de las personas que están en Centro Ocupacional**

En primer lugar analizamos, para aquellos sujetos que están en centro ocupacional, las diferencias que puedan existir entre el grupo experimental y el grupo control.

Tal y como puede observarse en la Tabla 11, hay diferencias en el Nivel de Servicio del ICAP y en todos los índices de problemas de conducta. Por el contrario, no se encuentran diferencias entre ambos grupos en ninguna de las cuatro escalas de conducta adaptativa ni en la quinta de Independencia General, que las pondera y resume. El grupo control muestra un nivel más elevado de independencia (7,13) que el grupo experimental (6,33). Asimismo, los índices de problemas de conducta muestran mayores problemáticas en el grupo experimental que en el grupo control.

**TABLA 11. COMPARACIÓN ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL DE LAS PERSONAS QUE ESTÁN EN CENTRO OCUPACIONAL**

	Grupo	N	Media	t	Sig.
Indice Interno	Experimental	39	-9,72	-4,182	,000
	Control	39	-1,59		
Indice Asocial	Experimental	39	-8,97	-2,162	,035
	Control	39	-3,28		
Indice Externo	Experimental	39	-5,64	-2,486	,016
	Control	39	-1,92		
Indice General	Experimental	39	-8,79	-3,168	,002
	Control	39	-2,77		
Nivel de Servicio ICAP	Experimental	39	6,33	-2,274	,026
	Control	39	7,13		
D. Motora	Experimental	39	473,87	-1,050	,298
	Control	39	477,67		
D. Social	Experimental	39	487,85	-,779	,439
	Control	39	490,41		
D. Personal	Experimental	39	493,31	-,587	,559
	Control	39	495,54		
D. Comunidad	Experimental	39	487,38	-,461	,646
	Control	39	489,23		
Independencia General	Experimental	39	485,72	-,798	,428
	Control	39	488,36		

A continuación, se llevó a cabo el mismo análisis pero excluyendo, de ambos grupos, el grupo de envejecimiento (Tabla 12). En este caso se observa que los datos se repiten aunque la diferencia entre grupo experimental y grupo control es algo menos significativa en el Nivel de Servicio del ICAP que lo que lo era en el caso anterior, debido sin duda a la exclusión del peso del grupo de envejecimiento.

**TABLA 12. COMPARACIÓN ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL DE LAS PERSONAS QUE ESTÁN EN CENTRO OCUPACIONAL, EXCLUYENDO AL GRUPO DE ENVEJECIMIENTO**

	Grupo	N	Media	t	Stg.
Indice Interno	Experimental	28	-11,46	-4,373	,000
	Control	28	-1,46		
Indice Asocial	Experimental	28	-10,54	-2,213	,031
	Control	28	-3,32		
Indice Externo	Experimental	28	-6,32	-2,410	,019
	Control	28	-1,89		
Indice General	Experimental	28	-10,21	-3,233	,002
	Control	28	-2,68		
Nivel de Servicio ICAP	Experimental	28	6,50	-1,813	,075
	Control	28	7,32		
D. Motora	Experimental	28	479,21	,026	,979
	Control	28	479,11		
D. Social	Experimental	28	490,29	-,249	,804
	Control	28	491,32		
D. Personal	Experimental	28	497,36	-,222	,825
	Control	28	498,36		
D. Comunidad	Experimental	28	490,68	-,311	,757
	Control	28	492,25		
Independencia General	Experimental	28	489,50	-,220	,827
	Control	28	490,39		

► **Comparación entre el grupo experimental y el grupo control de las personas que están en C.E.E. de bajo rendimiento**

Analizado este grupo de sujetos se observa que no existen diferencias entre el grupo experimental y el grupo control en ninguno de los índices del ICAP (Tabla 13).

**TABLA 13. COMPARACIÓN ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL DE LAS PERSONAS QUE ESTÁN EN C.E.E. DE BAJO RENDIMIENTO**

	Grupo	N	Media	t	Sig.
Indice Interno	Experimental	13	,62	,866	,398
	Control	13	-,92		
Indice Asocial	Experimental	13	-1,77	,854	,402
	Control	13	-3,92		
Indice Externo	Experimental	13	-1,08	,232	,818
	Control	13	-1,38		
Indice General	Experimental	13	-1,15	,841	,408
	Control	13	-2,46		
Nivel de Servicio ICAP	Experimental	13	8,23	-,232	,818
	Control	13	8,31		
D. Motora	Experimental	13	491,46	,278	,783
	Control	13	490,31		
D. Social	Experimental	13	496,54	-1,110	,278
	Control	13	503,08		
D. Personal	Experimental	13	510,15	,672	,508
	Control	13	507,46		
D. Comunidad	Experimental	13	503,85	-1,851	,077
	Control	13	513,08		
Independencia General	Experimental	13	500,62	-,785	,440
	Control	13	503,54		

► **Comparación entre el grupo experimental y el grupo control de las personas que están en C.E.E. sin bajo rendimiento**

Analizado este grupo de sujetos se observa que no existen diferencias entre el grupo experimental y el grupo control en ninguno de los índices del ICAP (Tabla 14).

**TABLA 14. COMPARACIÓN ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL DE LAS PERSONAS QUE ESTÁN EN C.E.E. SIN BAJO RENDIMIENTO**

	Grupo	N	Media	T	Sig.
Indice Interno	Experimental	18	1,33	-,151	,881
	Control	18	1,44		
Indice Asocial	Experimental	18	-,83	-,620	,539
	Control	18	-,06		
Indice Externo	Experimental	18	-1,33	-2,062	,052
	Control	18	,67		
Indice General	Experimental	18	-,78	-1,273	,213
	Control	18	,33		
Nivel de Servicio ICAP	Experimental	18	8,44	-1,023	,314
	Control	18	8,67		
D. Motora	Experimental	18	489,83	-1,512	,141
	Control	18	495,17		
D. Social	Experimental	18	502,78	-,846	,404
	Control	18	505,17		
D. Personal	Experimental	18	512,61	-,249	,805
	Control	18	513,61		
D. Comunidad	Experimental	18	510,78	-,656	,516
	Control	18	513,28		
Independencia General	Experimental	18	504,06	-,953	,347
	Control	18	506,83		

► **COMPARACIÓN EN FUNCIÓN DE LA AUTORÍA DE DIAGNÓSTICO (EVO Y LB)**

Comparados ambos grupos (Tabla 15) sólo se observan diferencias entre ambos grupos en el Índice Externo de problemas de conducta. El grupo evaluado por LB tiene un nivel más elevado de problemas de conducta externos (-6,09) que el grupo que tiene diagnóstico del EVO (-1,86). El resto de las diferencias en las puntuaciones del ICAP no son significativas.

**TABLA 15. COMPARACIÓN EN FUNCIÓN DE LA AUTORÍA DEL DIAGNÓSTICO (EVO Y LB)**

	Grupo	N	Media	t	Sig.
Índice Interno	EVO	28	-3,61	1,698	,099
	LB	22	-8,64		
Índice Asocial	EVO	28	-4,07	1,193	,239
	LB	22	-8,36		
Índice Externo	EVO	28	-1,86	2,073	,044
	LB	22	-6,09		
Índice General	EVO	28	-3,57	1,774	,082
	LB	22	-8,50		
Nivel de Servicio ICAP	EVO	28	7,86	1,839	,072
	LB	22	6,91		
D. Motora	EVO	28	488,43	1,032	,307
	LB	22	483,68		
D. Social	EVO	28	497,57	,920	,362
	LB	22	492,86		
D. Personal	EVO	28	507,64	1,788	,080
	LB	22	498,95		
D. Comunidad	EVO	28	504,04	1,611	,114
	LB	22	495,05		
Independencia General	EVO	28	499,50	1,500	,140
	LB	22	492,77		

## ▶ ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE DIFERENTES VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

### ▶▶ Diferencias en las puntuaciones del ICAP en función del sexo

Se ha estudiado si se puede hablar de diferencias en los diferentes indicadores del ICAP, entre hombres y mujeres. Los datos obtenidos muestran que dichas diferencias sólo se observan en uno de los indicadores del ICAP, las Destrezas de la Vida Personal, es decir, aquellas que tienen que ver con la autonomía personal a la hora de comer, vestirse, cuidar la propia apariencia, ir al baño, etc. En este aspecto las mujeres muestran un mayor nivel de destrezas (505,59) que los hombres (498,31) ( $t=2,624$ ,  $p<,05$ ). En el resto de aspectos (problemas de conducta, destrezas adaptativas y Nivel de Servicio del ICAP) las diferencias entre hombres y mujeres, no se pueden considerar significativas.

### ▶▶ Relación entre la edad y las puntuaciones del ICAP

Se ha analizado el nivel de correlación entre la edad y los diferentes indicadores del ICAP. Los datos obtenidos al respecto se pueden resumir en los siguientes:

- **Problemas de conducta.** No se observa ninguna relación entre la edad y el los Índices de problemas de conducta Interno, Asocial, Externo y General.
- **Destrezas adaptativas.** Existe una relación significativa entre la edad de las personas y sus destrezas motoras (0,342), sociales (0,187), de vida en la comunidad (0,250) y la independencia general (0,233) en el sentido de que al aumentar al edad disminuyen todas estas destrezas. Por el contrario, no se puede hablar de relación entre la edad y las destrezas personales.
- **Nivel de Servicio del ICAP.** La relación entre la edad y el nivel del servicio del ICAP es significativa (0,240). Al aumentar la edad se observa como disminuye el nivel de independencia de las personas.

### ▶▶ Relación entre el porcentaje de minusvalía y las puntuaciones del ICAP

Se ha analizado el nivel de correlación entre el porcentaje de minusvalía otorgado por la Diputación y los diferentes indicadores del ICAP. Los datos obtenidos al respecto se pueden resumir en los siguientes:

- **Problemas de conducta.** La relación entre el porcentaje de minusvalía es significativa, aunque muy pequeña, con el índice interno (0,174), el índice externo (0,190) y el índice general (0,178). En los tres casos, al aumentar el porcentaje de minusvalía aumentan, también, los problemas de conducta.

- **Destrezas adaptativas.** Existe una relación significativa entre el porcentaje de minusvalía de las personas y sus destrezas motoras (0,386), sociales (0,325), personales (0,321), vida en la comunidad (0,404) y en Independencia General (0,400), en el sentido de que al aumentar el porcentaje de minusvalía, disminuyen todas estas destrezas.
- **Nivel de Servicio del ICAP.** La relación entre el porcentaje de minusvalía y el Nivel del Servicio del ICAP es significativa (0,370). Al aumentar el porcentaje de minusvalía se observa como disminuye el nivel de independencia de las personas medido a través de este indicador, es decir, aumenta el grado de supervisión, de cuidado, atención, de apoyo, en suma.

## 5. CONCLUSIONES

Durante los últimos siglos, nombres como idiocia, imbecilidad, oligofrenia, etc. han servido, entre otras cosas, para atribuir a las personas con discapacidad intelectual un sinfín de síntomas y limitaciones. Entre todas ellas, tal vez la más grave no estaba precisamente en estos hombres y mujeres, sino en los ojos que los contemplaban y en el bajo nivel de expectativas sobre ellos y ellas. En la actualidad esto se está revisando profundamente. **La cuestión ahora, se centra, no tanto en si la persona podrá o no, sino en qué, dónde, cuándo y cómo debemos hacer para que pueda.** Esos qué, cómo, cuándo y dónde, definen en realidad la idea de los apoyos, sobre la cual gravita buena parte de lo más renovador y atractivo del discurso actual sobre discapacidad intelectual.

El estudio que aquí presentamos gira también sobre ellos, debido a que Lantegi Batuak (LB), uno de los principales soportes en materia de integración laboral con los que cuentan las personas con discapacidad intelectual de Bizkaia, se encuentra inmerso en un proceso de mejora de los mismos en el seno de su organización.

Como puede comprobarse en el Cuadro 1 (pág. 5), hablar de apoyos en personas con discapacidad intelectual es una cuestión harto compleja. Este estudio aporta algunas claves, de tipo cualitativo y –sobre todo- cuantitativo, para acercarse a la magnitud de estas problemáticas dentro de LB.

El concepto de discapacidad intelectual, o de retraso mental, continúa construyéndose en nuestros días. Prueba de ello es el aún insuficiente conocimiento que tenemos de aquellos y aquellas que además de discapacidad intelectual tienen otras problemáticas asociadas, como los trastornos mentales o psiquiátricos, trastornos de conducta, pluridiscapacidades (ceguera, sordera, etc.), trastornos generalizados del desarrollo (como autismo, o trastorno de Asperger) o de aquellos que están en proceso de envejecimiento (56 años o más en nuestro estudio, que hemos definido como grupo de envejecimiento).

En efecto, en el pasado tras la pantalla de la etiqueta de deficiencia mental han permanecido ocultas las necesidades específicas que tienen las personas aludidas en el párrafo anterior. Y en herencia, nos han dejado aún hoy un conocimiento insuficiente sobre ellas; una situación que tenemos la obligación de intentar superar, y que está en el origen de este estudio que ha tenido tres ejes:

- **La descripción** de la población con discapacidad intelectual de LB en función de las siguientes variables: edad, sexo, centro o servicio de pertenencia, modalidad (centro ocupacional, centro especial de empleo –bajo rendimiento-, y centro especial de empleo –sin bajo rendimiento-), tipo y grado de discapacidad intelectual, diagnóstico (s) adicional (es), porcentaje de minusvalía y antigüedad de los diagnósticos del EVO.
- **El análisis cualitativo** de la situación en entornos laborales y ocupacionales de las personas con discapacidad intelectual que tienen



otros diagnósticos, a la luz de aportaciones científicas y profesionales de relieve y que gocen del suficiente consenso.

- **Un estudio empírico**, de carácter experimental, descriptivo y exploratorio en el que se compararon: a) las cargas de trabajo y/o las intensidades de apoyo, atención, cuidado, etc., b) la capacidad funcional (conducta adaptativa) y c) los problemas de conducta de dos grupos: los que tienen sólo discapacidad intelectual, y los que, además, poseen alguna de estas problemáticas: trastornos mentales, trastornos de conducta, trastornos generalizados del desarrollo, pluridiscapacidades y envejecimiento. Se estudió, adicionalmente, la existencia o no de diferencias significativas en indicadores de intensidad de apoyos, capacidad funcional y problemas de conducta entre los diagnósticos oficiales del EVO y los del Equipo Técnico de LB.

Para el estudio empírico hemos utilizado dos muestras experimentales de personas con discapacidad intelectual. Una de ellas de 50 personas con trastornos mentales, de conducta, pluridiscapacidades o trastornos generalizados del desarrollo, proporcionalmente representativa del conjunto de Lantegi Batuak. Y otra de ellas, de personas mayores de 56 (grupo de envejecimiento), sólo con discapacidad intelectual. A cada una de estas muestras le han acompañado sendas muestras de control, que hemos usado como contraste. Por tanto, hemos reunido una muestra de control de 50 personas, únicamente con discapacidad intelectual, igualadas con las de la muestra experimental. Y una segunda muestra de personas con discapacidad intelectual jóvenes que hemos utilizado en la comparación con el grupo de personas mayores. A todas las personas de estas muestras, 140 en total, se les aplicó el ICAP, una herramienta que valora independencia funcional, problemas de conducta e intensidad de apoyos.

Las **conclusiones** de nuestro trabajo las resumimos y comentamos ahora:

1. En Lantegi Batuak hay un elevado número de personas con discapacidad intelectual que tienen, además, alguna de las problemáticas antes mencionadas. De las 1302 personas que tienen discapacidad intelectual en LB (datos de Noviembre de 2005), 523 de ellas tienen trastornos mentales, de conducta, pluridiscapacidades, o trastornos generalizados del desarrollo. Lo cual supone un **40 % de las personas con discapacidad intelectual** de la organización, el 40,17% exactamente.

Este porcentaje, que tal vez pueda parecer elevado a algunos, no lo es tanto. Por ejemplo, la literatura científica generalmente asume que las personas con “doble diagnóstico” (discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta) representa de un 10 a un 50% del total de personas con discapacidad intelectual (Novell, Rueda y Salvador, 2005). El 40 % antes aludido agrupa básicamente a estas personas, que son el grupo mayoritario en Lantegi Batuak y también a las que tienen pluridiscapacidades y trastornos generalizados, que contribuyen al total con un pequeño número de personas. En ese 40 % están incluidos aquellos y aquellas que tienen

otro diagnóstico oficial, según el EVO, un 23,43% del total de las personas con discapacidad intelectual de LB, más un 16,75% de los diagnósticos realizados por equipo técnico de LB y que no tienen reconocimiento oficial.

A ese 40% podemos sumar el **3,3% de las personas con discapacidad intelectual que tienen 56 años o más**. FEAPS, en su Cartera de Servicios, propone que el envejecimiento se considere a partir de los 50 años. Si nosotros hubiéramos seguido ese criterio, el porcentaje a añadir hubiera subido hasta el 8,91. Haciendo esto podríamos decir que casi la mitad de las personas con discapacidad intelectual de LB (49,09%) tienen alguna de las problemáticas que hemos examinado en este trabajo.

Adicionalmente, debe considerarse que nuestro estudio no contempló la situación de 17 personas con daño cerebral que están siendo atendidos por la organización en la actualidad: 13 en centro ocupacional y 4 en centro especial de empleo, según datos de mayo de 2006. Es más, los resultados que aquí aportamos sobre trastornos mentales y de conducta (diagnósticos del EVO y de LB), tenemos la impresión de que pudieran incrementarse levemente si se hiciera un análisis más fino aún de estas dos categorías diagnósticas en el conjunto de la organización.

2. Muchos de los diagnósticos del EVO, recogidos en los archivos de LB, están poco actualizados o son inconsistentes. ¿En qué radica esta inconsistencia? En que se emplean términos diagnósticos que no se encuentran en las tres clasificaciones del retraso mental que más prestigio tienen en la actualidad (la Clasificación Internacional de las Enfermedades, la CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud, OMS, 1992; la Asociación Americana de Psicología, 1988 y 2005 y la Asociación Americana para el Retraso Mental-AAMR, 1983, 1992 y 2002). En ninguna de las anteriores, que tienen una vigencia de más de dos décadas, pueden encontrarse, como categorías diagnósticas, algunos de los términos que se emplean en los informes del EVO (p.e. "oligofrenia"). Es cierto que, en los últimos años, se aprecia una meritoria actualización terminológica a los estándares internacionales por parte del EVO. Pero no es menos verdadero que, contemplados en su conjunto, los diagnósticos del EVO facilitan poco su análisis global.

Los diagnósticos elaborados por el EVO tienen en ocasiones un carácter definitivo, de tal manera que, con el paso del tiempo, no se les van sumando, por ejemplo, los problemas derivados del deterioro, en muchos casos precoz, que sufren bastantes personas con discapacidad intelectual. Este estatismo de los diagnósticos, hace que puedan quedar obsoletos con relativa facilidad, convirtiéndose así en precarios indicadores de las necesidades de apoyos de las personas.

Es dentro de este contexto desde donde debe entenderse el porqué el Equipo Técnico de ajuste personal y social de Lantegi Batuak ha realizado labores de valoración complementarias a las del EVO. La única motivación de esto debe buscarse en el ánimo de la organización de disponer datos actuales y reales sobre sus clientes internos, a partir de los cuales llevar a

cabo una planificación ajustada a las necesidades de los/as usuarios/as en el momento presente.

3. Tanto en el plano estatal como en el internacional, hemos constatado que hay **poquísima documentación específica** (programas de intervención, respuestas organizativas, etc., en entornos laborales o ocupacionales) de las personas que hemos estudiado, sobre todo en el caso de aquellos y aquellas que tienen discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. Es posible que tales materiales existan. Tal vez, haciendo una búsqueda personalizada, a nivel internacional, consultando personalmente a relevantes expertos y jefes de agencias y servicios pudiera tenerse más éxito.

Estas carencias, nos hacen volver a corroborar lo que decíamos al comienzo de este apartado: estamos en presencia de unos grupos de personas que tradicionalmente, y sobre todo en ámbitos laborales y ocupacionales, han sido casi “invisibles”.

4. El **grupo total** de nuestra muestra de personas con trastornos mentales, trastornos de conducta, pluridiscapacidades o con trastornos generalizados del desarrollo, **no presenta diferencias** estadísticamente significativas, en cuanto a intensidad de los apoyos, con la muestra de control de personas con discapacidad intelectual, de LB, que tienen sólo discapacidad intelectual. Aunque presenta diferencias significativas en casi todos los índices de problemas de conducta que hemos manejado, que son mayores en este grupo de personas que el que sólo tiene discapacidad intelectual.

Sospechamos que con otras herramientas, como por ejemplo con la Escala de Intensidad de Apoyos de la AAMR, los resultados en esta parte del estudio hubieran podido ser distintos. Este instrumento no estaba disponible cuando se inició este trabajo. Fue presentado recientemente en las VI Jornadas de Investigación en Discapacidad que organiza periódicamente la Universidad de Salamanca (Ibáñez *et al*, 2006), y aún no está publicado. Esta Escala valora de manera más fina todos los aspectos contenidos en el Cuadro 1 de lo que lo hace el ICAP, que probablemente evalúa los aspectos más básicos de los apoyos, pero no otros cognitivamente más sofisticados como los relativos a la capacidad de hacer valer los propios derechos o la realización de elecciones significativas para la vida de las personas.

5. Encontramos **diferencias significativas** entre la muestra experimental y de control del grupo de **envejecimiento**. Estas personas presentan mayor intensidad de apoyos que las del grupo de control, con 55 años o menos. Las habilidades motoras del grupo de envejecimiento resultaron ser significativamente diferentes de las del de control.

Un resultado así debiera tomarse muy en serio, si se piensa en lo que ocurrirá en los próximos años en LB, cuando el porcentaje de personas mayores con discapacidad intelectual se multiplique.

Queremos señalar que en una simulación efectuada por nosotros con los datos actualmente disponibles, resulta que la intensidad de los apoyos

también resulta ser significativamente distinto entre ambas muestras a partir de los 50 años o más, límite de edad este propuesto por FEAPS en la actualidad. Aunque no ocurre así en lo relativo a las habilidades motrices.

6. Hallamos **diferencias significativas** en cuanto a intensidad de los apoyos entre las muestras experimental y de control (excluyendo envejecimiento) de las personas que están en **centro ocupacional**. Indicando con ello, debido a la representatividad de estas muestras, que estas personas con discapacidad intelectual precisan una atención, cuidado, etc. –apoyos, en suma- más intensos que los de aquellos que sólo tienen discapacidad intelectual. Este dato es muy relevante porque el 56,22% de las personas con discapacidad intelectual que atiende LB están dentro de esta modalidad.

Por el contrario, no se dieron diferencias significativas entre un grupo y otro en las personas que están en centro especial de empleo.

7. **Casi no hay diferencias significativas entre los diagnósticos hechos por el EVO y por el Equipo Técnico de Lantegi Batuak**. De los 10 índices usados en los análisis, véase el Cuadro 3 (pag. 18), sólo encontramos diferencias significativas en uno de los cuatro índices de problemas de conducta. Si las diferencias significativas se hubieran hallado en los índices que reflejan la capacidad de la persona para desempeñarse en actividades de la vida cotidiana –conducta adaptativa-, en el índice general de los problemas de conducta o en el que valora intensidad de los apoyos, no seríamos tan rotundos al afirmar que no hay diferencias entre ambos grupos de personas en función de si fueron diagnosticadas por el EVO o por LB.

Aunque la cuestión de comparar ambos tipos de diagnósticos es ciertamente compleja, este resultado apoya la tesis de que tal vez no haya diferencias globales entre un tipo y otro de diagnósticos.

8. No encontramos diferencias significativas entre las mujeres y hombres de LB, salvo en Destrezas de la Vida Personal –a favor de las mujeres-. Convendría investigar más este apartado, ya que si es como el estudio ha detectado quizá convendría considerar una posible intervención en este ámbito.
9. Las relaciones entre la edad y los índices numéricos de conducta adaptativa, problemas de conducta, e intensidad de servicio, son las esperadas. Una vez más, aparece el patrón discapacitante del envejecimiento en las mismas.
10. Hallamos una relación estadísticamente significativa entre los porcentajes de minusvalía del EVO y las puntuaciones de conducta adaptativa y Nivel de Servicio del ICAP. Es una buena señal de que la herramienta empleada en este estudio no estuvo mal escogida, aun con los matices expresados en la cuarta conclusión de este apartado.

## En suma:

- **Este estudio ha puesto en evidencia que casi la mitad de las personas con discapacidad intelectual de Lantegi Batuak tienen algún diagnóstico o problemática que se suma a la discapacidad intelectual.** Aunque el 41,68% de esas valoraciones son del Equipo Técnico de LB, apenas hemos descubierto diferencias –sólo un índice de diez posibles-, entre los del EVO y de LB.
- Hemos demostrado que, en centro ocupacional, **el grupo de personas con discapacidad intelectual que tienen trastornos mentales, trastornos de conducta, pluridiscapacidades o trastornos generalizados del desarrollo, presenta unas necesidades de intensidad de apoyo significativamente mayores** que sus compañeros y compañeras que sólo tienen discapacidad intelectual. Idénticos resultados, estadísticamente significativos los encontramos en el grupo personas con 56 años o más.
- Estas conclusiones deben dar lugar a su correspondiente reflejo en la planificación de los apoyos y la financiación de los mismos. Parece claro que **en centro ocupacional, y para las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento debiera haber provisiones de más personal para atender a sus necesidades de apoyo.**
- A pesar de que aquí hemos empleado categorías clínicas como trastornos mentales o psiquiátricos, etc., de modo alguno se defiende, ni de manera implícita, una articulación de los apoyos en función de estas categorías. La categorización puede contribuir a una planificación de los apoyos, aunque, siempre que se pueda, **es conveniente que la organización disponga de un sistema de apoyos individualizado, que se articule alrededor de la persona** y no de su pertenencia a un grupo clínico particular.

## 6. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

American Association on Mental Retardation-AAMR (2004). *Retraso mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.

American Association on Mental Retardation (1997): *Retraso mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.

American Psychiatric Association (1988). DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (1995): *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.

American Psychiatric Association (2005). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.

Baum, N. (2005) Quality of life is not only for people served. It is also for staff: the multi-focal approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 10, 809-811.

Benson, B.A. (2004). Psychological interventions for people with intellectual disability and mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 5, 353-357.

Blankertz, L.E., Cnaan, R.A. (1994). Assessing the impact of two residential programs for dually diagnosed homeless individuals. *Social Service Review*, 68, 4, 536-560.

Bongiorno, Frank P. (1996). Dual diagnosis: Developmental disability complicated by mental illness. *Southern Medical Journal*, 89, 12, 1142-1147.

Bresch, D. (2004). Problems and questions in the dual diagnosis of schizophrenia and intellectual disability. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 7,3, 81-90.

Bruininks, R.H., Hill, B.K., Weatherman, R.F. y Woodcock, R.W. (1986): *ICAP. Inventory for Client and Agency Planning. Examiner's Manual*. Allen: DLM Teaching Resources.

Bush, K.S., Bowman, L.G., Eidman, S.L., Toole, L.M. y Mortenson, B. (2004). Assessing psychopathology in individuals with developmental disabilities. *Behavior Modification*, 28, 5, 621-637.

Cooley, S.M. (1997). A review of the literature of a dual diagnosis: mental retardation and behavioral disorders. *Journal of Special Education*, 21, 1, 47-59.

DiNitto, D.M., Webb, D.K. y Rubin, A. (2002). The Effectiveness of an Integrated Treatment Approach for Clients with Dual Diagnoses. *Research on Social Work Practice*, 12, 5, 621-641.

Dykens, E.M.(1996). DNA meets DSM: The growing importance of genetic syndromes in dual diagnosis. *Mental Retardation*, 34, 2, 25-27.

Dudley, J.R.(2005). Best friends of people with mental illness and mental retardation. *Psychiatric Services*, 56, 5, 610-611.

Fabry, B.D., Reitz, A.L., Luster, W.C. (2002). Community treatment of extremely troublesome youth with dual mental health/mental retardation diagnoses: a data based case study. *Education & Treatment of Children*, 25, 3, 17-339.

Fernandez, A., Tom, S., Stadler, M., Cain, H., Knudsen, S., (2005). A multidisciplinary approach in treatment of major depressive disorder with psychotic features and mild intellectual disability. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 8, 2, 45-51.

Fuller C.G. y Sabatino, D.A. (1998). Diagnosis and treatment considerations with comorbid developmentally disabled populations. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1, 1.

Hill, B.K. (2002). *Levels of support for people with developmental disabilities*. <http://www.cpinternet.com/~bhill/icap/support.htm> [27-2-2006]

Holm, M.B. Santangelo, M.A, Brown, S.O., Walter, H. (2000). Effectiveness of everyday occupations for changing client behaviors in a community living arrangement. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 4, 361-371.

Ibáñez, A., Verdugo, M.A., Arias, B. Y Gómez, L. (2006). Adaptación y validación al contexto español de la "Escala de Intensidad de Apoyos". En Verdugo Alonso, M.A. y Jordán de Urríes, B. (Coords.) *Rompiendo inercias. Claves para avanzar. VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Discapacidad*. Salamanca: AMARÚ (Publicaciones del INICO).

Jacobson, J. W. (1998). Psychological services utilization: relationship to severity of behaviour problems in intellectual disability services. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 4, 307-315.

Kormann, R.J. y Petronko, M.R. (2004). Community inclusion of individuals with behavioral challenges: who supports the careproviders? *Mental Retardation*, 42, 3, 223-228.

Kraijer, D. (2000). Review of Adaptive Behavior Studies in Mentally Retarded Persons with Autism/Pervasive Developmental Disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 30, 1, 39, 39-47.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S, Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., Schalock, R.L. y Snell, M. (2002). *Mental Retardation: Definition*,

*Classification, and systems of supports. 10<sup>th</sup> Edition.* Washington D.C., American Association on Mental Retardation.

Lunsky, Y. (2003). Depressive symptoms in intellectual disability: Does gender play a role? *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 6, 417-427.

Lunsky, Y. y Havercamp, S.M.(1999). Distinguishing low levels of social support and social strain: implications for dual diagnosis. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 2, 200-04.

Maes, B., Broekman, T.G., Došen, A. y Nauts, J. (2003). Caregiving burden of families looking after persons with intellectual disability and behavioural or psychiatric problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 6, 447-455.

Matson, J.L. y Bamburg, J.W. (1998). Reliability of the Assessment of Dual Diagnosis (ADD). *Research in Developmental Disabilities*, 19,1, 89-95.

McDaniel, W.F, Passmore, C.E. y Sewell, H.M. (2003).The MMPI-168(L) and ADD in assessing psychopathology in individuals with mental retardation: between and within instrument associations. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 1, 14-19.

Montero, D. (1999). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP, 3<sup>a</sup> ed.* Bilbao, Mensajero.

Novell Alsina, R. (Coord.), Rueda Quillet, P. y Salvador Carrulla, L. (2005). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores.* Madrid: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual-FEAPS, 3<sup>a</sup> ed.

O'Brien, G (2002). Dual diagnosis in offenders with intellectual disability: setting research priorities: a review of research findings concerning psychiatric disorder (excluding personality disorder) among offenders with intellectual disability.: *Journal of Intellectual Disability Research*, 1, 46, 21-30.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10).* Madrid: Meditor.

Sevin, J.A., Bowers-Stephens, C. y Crafton, C.G. (2003). Psychiatric disorders in adolescents with developmental disabilities: longitudinal data on diagnostic disagreement in 150 clients. *Child Psychiatry & Human Development*, 34 , 2, 47-163.

Shedlack, K.J., Hennen, J., Magee, C., Cheron, D.M. (2005) Assessing the utility of atypical antipsychotic medication in adults with mild mental retardation and comorbid psychiatric. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66,1, 52-62.

Slone, M. Durrheim, K. Kaminer, D. y Lachman, P. (1999). Issues in the identification of comorbidity of mental retardation and psychopathology in a



multicultural context. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34 , 4, 190-5.

Sturmey, P, (1998). Classification and diagnosis of psychiatric disorders in persons with developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10 , 4 , 317.

Sturmey, P. (1994). Suicidal threats and behavior in a person with developmental disabilities: effective psychiatric monitoring based on a fundamental assessment. *Behavioral Interventions*, 9 , 4, 235-245.

Szalajko, J. y King, R., (2003). Charting bipolar disorder in people with developmental disabilities: An informant-based tracking instrument: Comment. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 6,4 , 158-159.

Tassé, M.J., Morin, I.N. y Girouard, N. (2000). Traduction et validation canadienne-française du Nisonger Child Behavior Rating Form. *Canadian Psychology*, 41, 2 , 116-123.

Tajuddin, M., Nadkarni, S., Biswas, A., Watson, J.M. y Bhaumik, S. (2004). A study of the use of an acute inpatient unit for adults with learning disability and mental health problems in Leicestershire, UK. *British Journal of Developmental Disabilities*, 50, 98, 59-68.

Thomas, J.R. (1995). Individuals with dual diagnoses of mental retardation and mental illness in Illinois community-based vocational programs: Services provided and staff training needs. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56,1-A.

Thompson, J.R., Bryant, B.R., Campbell E.M., Craig, E.M., Hughes, C., Rotholz. D.A., Schalock, R.L., Silverman, W.P., Tassé, M.J. y Wehmeyer, M.L. (2004). *Supports Intensity Scale*. American Association on Mental Retardation: Washington, DC.

Thompson, J. R., Hughes, C., Schalock, R. L., Silverman, W., Tasse, M. J., Bryant, B., Craig, E. M., y Campbell, E. M. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental Retardation*, 40, 390405

Young, A. (2006). Dual diagnosis and forensic care. Are the needs of service users being met? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13, 1, 117-124.

VanderSchie-Bezyak, J.L. (2003). Service problems and solutions for individuals with mental retardation and mental illness. *Journal of Rehabilitation*. 69, 1, 6-53.

Wade, E.J. y Marquette, U. (2005). Dementia and psychopathology among individuals with mental retardation. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66, 4-B, 2, 2319.

## AGRADECIMIENTOS

Los integrantes del equipo quieren agradecer su amable colaboración a la hora de proporcionar los datos de los 140 ICAP's que se administraron para realizar este trabajo, a las siguientes personas:

Agurtzane Mendieta Beitia  
Begoña Mata Gorostiza  
Begoña Romarate López  
Felipe José Soto Cuevas  
Fernando Martín De Castro  
Francisco Javier González Salazar  
Gema Arriaga Uriarte  
Guillermo Pérez Tejada  
Javier Uribe Guerediain  
Jose Brañas Prieto  
Julen Negrete Sánchez  
Maite Corral Martínez  
Maite Irazola Uribelarrea  
Mónica Cayado Villanueva  
Susana Ten Bayona  
Teresa Santamaría Ozcariz  
Teresa Vázquez Pelaez  
Unai Villanueva Andueza

A María José Goñi, que compartió con nosotros la documentación que disponía. A Natxo Martínez, Almudena Fernández, Ana Casas, Borja Jordán de Urríes, Salvador Martínez, Miguel Angel Verdugo, les agradecemos su tiempo y sus sugerencias o aportaciones.

Y a Naiara Cabrero le agradecemos la ayuda que nos prestó en el ordenamiento de la bibliografía y referencias de este trabajo.

## ANEXOS

1. Estructura y esquema para el desarrollo de las tres funciones de la propuesta de la aamr (2002).
2. Bases de datos consultadas.
3. Diseño de las muestras experimental y control: notas sobre el proceso operativo.
4. Descripción de las partes de conducta adaptativa y problemas de conducta del icap (montero, 1999)
5. Otros gráficos

## **ANEXO 1.**

### **ESTRUCTURA Y ESQUEMA PARA EL DESARROLLO DE LAS TRES FUNCIONES DE LA PROPUESTA DE LA AAMR (2002)**



**(1) Estructura para la evaluación del retraso mental**

Función	Propósito	Medidas e instrumentos	Consideración para la rehabilitación
<b>Diagnóstico</b>	Establecer la elegibilidad de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios</li> <li>• Prestaciones</li> <li>• Protección legal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de CI</li> <li>• Escalas de conducta adaptativa</li> <li>• Edad de aparición documentada</li> </ul>	Correspondencia entre medidas y propósito.  Características psicométricas de las pruebas seleccionadas  Apropriados para la persona (grupo de edad, cultural, idioma principal, medios de comunicación, género, limitaciones sensoriales y motoras).
<b>Clasificación</b>	Agrupamiento para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiación de servicios</li> <li>• Investigación</li> <li>• Ofrecer servicios</li> <li>• Informar sobre determinadas características</li> </ul>	Escalas de intensidad de apoyo  Rango o niveles de CI  Categorías de educación especial  Evaluaciones ambientales  Sistemas de factores de riesgo etiológicos  Niveles de conducta adaptativa  Medidas de salud mental  Niveles de financiación  Categoría de prestaciones	(grupo de edad, cultural, idioma principal, medios de comunicación, género, limitaciones sensoriales y motoras).  Capacitación del examinador  Características del evaluador y sesgo potencial  Consistencia con las normas y prácticas profesionales  Selección de informantes  Contexto y ambientes relevantes  Roles sociales, participación, interacciones.
<b>Planificación de apoyos</b>	Mejorar los resultados personales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Independencia</li> <li>• Relaciones</li> <li>• Contribuciones</li> <li>• Participación escolar y comunitaria</li> <li>• Bienestar personal</li> </ul>	Herramientas de planificación centradas en la persona  Auto informe  Medidas de la evaluación de las condiciones objetivas de vida  Escalas de intensidad de apoyo  Instrumentos de planificación individual PISF, PEI, PIT, PPI, PIH, PCI.	Oportunidades y experiencias  Historia clínica y social  Factores de salud física  Factores de salud mental  Conducta en situación de evaluación  Metas personales  Información de equipo
<p><b>NOTA:</b> PISF plan individual de servicios de familia. PEI programa educativo individual. PIT plan individual de transición. PPI plan de programa individualizado. PIH plan individualizado de habilitación. PCI programa conductual individualizado.</p>			

<b>1ª función</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>3 criterios</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limitación significativa, funcionamiento intelectual</li> <li>2. Limitación significativa en la conducta adaptativa</li> <li>3. Edad de aparición anterior a los 18 años</li> </ol>
-------------------	--------------------	--------------------	---

<b>2ª función</b>	<b>CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN</b>	<b>5 dimensiones</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacidades intelectuales</li> <li>2. Conducta adaptativa             <ul style="list-style-type: none"> <li>H.H. Conceptuales                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Lenguaje receptivo</li> <li>Lenguaje expresivo</li> <li>Lectura</li> <li>Escritura</li> <li>Conceptos relacionados con el dinero</li> <li>Autodirección</li> <li>Otras</li> </ul> </li> <li>H.H. Sociales                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Interpersonal</li> <li>Responsabilidad</li> <li>Autoestima</li> <li>Ingenuidad</li> <li>Inocencia</li> <li>Seguimiento de reglas</li> <li>Obediencia de leyes</li> <li>Evitación de la victimación</li> <li>Otras</li> </ul> </li> <li>H.H. Prácticas                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades de la vida diaria                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Comida</li> <li>Transferencia/movilidad</li> <li>Aseo</li> <li>Vestido</li> <li>Preparación de comidas</li> <li>Limpieza de la casa</li> <li>Transporte</li> </ul> </li> <li>Actividades instrumentales                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de medicación</li> <li>Manejo del dinero</li> <li>Uso del teléfono</li> </ul> </li> <li>Habilidades ocupacionales</li> <li>Mantenimiento de ambientes saludable</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>3. Participación, interacción y roles sociales             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Participación</li> <li>2. Interacción</li> <li>3. Roles sociales                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Personales</li> <li>Escolares</li> <li>Comunitarios</li> <li>Laborales</li> <li>Ocio y tiempo libre</li> <li>Vida espiritual</li> <li>Otros</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>4. Salud             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Biomédica</li> <li>2. Conductual</li> <li>3. Social</li> <li>4. Educativa</li> </ul> </li> <li>5. Contexto             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Entorno inmediato</li> <li>2. Comunidad vecindario</li> <li>3. Sociedad</li> </ul> </li> </ol>
-------------------	------------------------------------	----------------------	--

<b>3ª función</b>	<b>PLANIFICACIÓN DE APOYOS</b>	<b>9 áreas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo humano</li> <li>2. Enseñanza y educación</li> <li>3. Vida en el hogar</li> <li>4. Vida en la comunidad</li> <li>5. Empleo</li> <li>6. Salud y seguridad</li> <li>7. Conductual</li> <li>8. Social</li> <li>9. Protección y defensa</li> </ol> <p style="text-align: right;">Ejemplos de actividades de apoyo</p>
-------------------	--------------------------------	----------------	---

## ANEXO2.

### BASES DE DATOS CONSULTADAS

#### Academic Search Premier

*Academic Search Premier* es la base de datos académica multidisciplinaria más grande del mundo. Contiene el texto completo de más de 4.650 publicaciones, de las cuales más de 3.600 son publicaciones arbitradas. Dispone de versiones en PDF de cientos de publicaciones que se remontan hasta 1975, o incluso fechas anteriores, y permite buscar referencias de más de mil títulos. Su actualización es diaria vía *EBSCO host*.

#### Fuente Académica

Fuente Académica es una excepcional colección de revistas especializadas de conocidos y prestigiosos editores latinoamericanos y españoles. Esta base de datos contiene el texto íntegro (incluido PDF) de casi 200 revistas académicas y especializadas en español. El contenido en español lo proporcionan editoriales respetadas de todo el mundo.

#### ERIC

ERIC (sigla en inglés del *Educational Resource Information Center*) contiene más de 2.200 registros con referencias a información complementaria, citas y resúmenes de más de 1.000 revistas en materia de educación y campos afines.

#### The Serials Directory

El *Serials Directory* proporciona acceso a la información bibliográfica más reciente y precisa, así como a los precios de publicaciones populares en serie. Esta base de datos contiene casi 184.000 títulos estadounidenses y extranjeros, incluidos periódicos, datos históricos de otros 20.000 títulos e información sobre más de 83.500 editores de todo el mundo.

#### PsycARTICLES

PsycARTICLES permite buscar el texto completo de artículos científicos y arbitrados en materia de psicología. Esta base de datos contiene más de 40.000 artículos completos publicados en 56 revistas especializadas: 45 editadas por la *American Psychological Association* (APA) y las 11 restantes por entidades relacionadas. Incluye los artículos completos, las cartas al editor y la fe de erratas de cada número. Cuenta con información fechada desde 1985 hasta nuestros días.

## EJS E-Journals

Esta base de datos tiene catalogadas más de 8.700 revistas electrónicas. Electronic Journals Service (EJS) de EBSCO permite acceder a los artículos. Con la tecnología SmartLinks de EBSCO se pueden vincular los resultados de la búsqueda directamente al contenido del editor cuando existe una suscripción válida.

## MLA International Bibliography

MLA International Bibliography contiene artículos de revistas especializadas, libros y disertaciones. La versión electrónica de la bibliografía de la Modern Language Association comienza en 1963 y contiene más de 1,7 millones de citas de más de 4.400 revistas especializadas y series publicadas por cerca de mil casas editoriales distintas.

## MLA Directory of Periodicals

El *MLA Directory of Periodicals* ofrece información detallada de más de 7.100 revistas especializadas, 4.400 de las cuales están indexadas en la International Bibliography. Las exhaustivas entradas incluyen información de contacto editorial, así como frecuencia, circulación, costo de la suscripción y pautas para el envío de originales.

## PsycINFO

PsycINFO, de la *American Psychological Association* (APA), comprende más de dos millones de citas y resúmenes de artículos de publicaciones académicas, capítulos de libros, monografías y disertaciones en el campo de la psicología y ciencias afines. Contiene registros que datan del siglo XIX y aproximadamente el 97% de las obras incluidas están arbitradas. Sus publicaciones periódicas abarcan desde 1887 hasta la actualidad y ascienden a casi 2.000 volúmenes en más de 25 idiomas.



## ANEXO 3.

### DISEÑO DE LAS MUESTRAS EXPERIMENTAL Y CONTROL: NOTAS SOBRE EL PROCESO OPERATIVO

#### Análisis de los datos de la población y definición de las muestras:

La población en la que nos hemos basado para este estudio, son todas aquellas personas con discapacidad intelectual que estaban en la organización a fecha del 29 de noviembre 2005. Para el estudio hemos tenido en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, modalidad (categoría), porcentaje de minusvalía, antigüedad del diagnóstico del EVO por decenios.

DATOS TOT POBLACIÓN						
	C.O	% / TOT DI	C.E.E	% / TOT DI	TOTAL	PORCENTAJE
TOTAL DI	732	56,22%	570	43,78%	1302	100,00%

INTERVALO	C.O	% / CO	% / TOT DI	C.E.E	% / CEE	% / TOT. DI	TOTAL	PORCENTAJE
18-29 años	242	33,06%	18,59%	103	18,07%	7,91%	345	26,50%
30-39 años	258	35,25%	19,82%	233	40,88%	17,90%	491	37,71%
40-49 años	154	21,04%	11,83%	196	34,39%	15,05%	350	26,88%
50-55 años	44	6,01%	3,38%	29	5,09%	2,23%	73	5,61%
56-60 años	25	3,42%	1,92%	6	1,05%	0,46%	31	2,38%
61-65 años	8	1,09%	0,61%	3	0,53%	0,23%	11	0,84%
>65 años	1	0,14%	0,08%		0,00%	0,00%	1	0,08%

INTERVALO	C.O	% / CO	% / TOT DI	C.E.E	% / CEE	% / TOT. DI	TOTAL	PORCENTAJE
Hombres	445	60,79%	34,18%	354	62,11%	27,19%	799	61,37%
Mujeres	287	39,21%	22,04%	216	37,89%	16,59%	503	38,63%

POR MODALIDAD								
Centro Ocupacional							732	56,22%
C.E.E. 75% y 85% del SMI							233	17,90%
C.E.E. 100% del SMI y Operarios A,B,C							337	25,88%

INTERVALO	C.O	% / CO	% / TOT DI	C.E.E	% / CEE	% / TOT. DI	TOTAL	PORCENTAJE
33% a 45%	114	15,57%	8,76%	315	55,26%	24,19%	429	32,95%
46%- a 64%	148	20,22%	11,37%	178	31,23%	13,67%	326	25,04%
65% a 79%	381	52,05%	29,26%	69	12,11%	5,30%	450	34,56%
> de 80%	89	12,16%	6,84%	8	1,40%	0,61%	97	7,45%

ANTIGÜEDAD DIAGNOSTICO DEL EQUIPO DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA POR DECENIOS								
INTERVALO	C.O	% / CO	% / TOT DI	C.E.E	% / CEE	% / TOT. DI	TOTAL	PORCENTAJE
1960-1969	1	0,14%	0,08%	1	0,18%	0,08%	2	0,15%
1970-1979	66	9,02%	5,07%	50	8,77%	3,84%	116	8,91%
1980-1989	278	37,98%	21,35%	238	41,75%	18,28%	516	39,63%
1990-1999	259	35,38%	19,89%	225	39,47%	17,28%	484	37,17%
2000-2005	125	17,08%	9,60%	56	9,82%	4,30%	181	13,90%
No Determinado	3	0,41%	0,23%	0	0,00%	0,00%	3	0,23%

Posteriormente se extrajeron y resumieron los datos de la población con diagnósticos adicionales por parte del EVO y de Lantegi Batuak. Los datos resultantes fueron los siguientes:

PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y OTRAS PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS								
EQUIPO DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (EVO)								
INTERVALO	C.O	% / CO	% / TOT DI	C.E.E	% / CEE	% / TOT. DI	TOTAL	PORCENTAJE
DI + T.MENTAL	135	18,44%	10,37%	106	18,60%	8,14%	241	18,51%
DI + T. COND	12	1,64%	0,92%	7	1,23%	0,54%	19	1,46%
DI+ T.G.D.	24	3,28%	1,84%	2	0,35%	0,15%	26	2,00%
DI + PLURIDEF.	12	1,64%	0,92%	7	1,23%	0,54%	19	1,46%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>25,00%</b>	<b>14,06%</b>	<b>122</b>	<b>21,40%</b>	<b>9,37%</b>	<b>305</b>	<b>23,43%</b>
LANTEGI BATUAK								
INTERVALO	C.O	% / CO	% / TOT DI	C.E.E	% / CEE	% / TOT. DI	TOTAL	PORCENTAJE
DI + T.MENTAL	61	8,33%	4,69%	45	7,89%	3,46%	106	8,14%
DI + T. COND	42	5,74%	3,23%	47	8,25%	3,61%	89	6,84%
DI+ T.G.D.	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%
DI + PLURIDEF.	21	2,87%	1,61%	2	0,35%	0,15%	23	1,77%
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>16,94%</b>	<b>9,52%</b>	<b>94</b>	<b>16,49%</b>	<b>7,22%</b>	<b>218</b>	<b>16,74%</b>
TOTAL (EVO y L.B.)								
INTERVALO	C.O	% / CO	% / TOT DI	C.E.E	% / CEE	% / TOT. DI	TOTAL	PORCENTAJE
DI + T.MENTAL	196	26,78%	15,05%	151	26,49%	11,60%	347	26,65%
DI + T. COND	54	7,38%	4,15%	54	9,47%	4,15%	108	8,29%
DI+ T.G.D.	24	3,28%	1,84%	2	0,35%	0,15%	26	2,00%
DI + PLURIDEF.	33	4,51%	2,53%	9	1,58%	0,69%	42	3,23%
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>41,94%</b>	<b>23,58%</b>	<b>216</b>	<b>37,89%</b>	<b>16,59%</b>	<b>523</b>	<b>40,17%</b>

En el estudio, para referirnos a la autoría del diagnóstico se hará la distinción entre EVO y LB. Estos últimos responden a todas aquellas personas que tienen una valoración realizada por LB.

### El proceso para la definición de la muestra ha sido el siguiente:

1. Dado que resulta imposible -con la  $n$  de la muestra planificada- realizar un muestreo representativo de todas las variables potencialmente relevantes. Se optó por dos de ellas: la modalidad en la que se encuentra la persona

con discapacidad intelectual en LB y la relativa a diagnósticos adicionales: realizados por el Equipo de Valoración y Orientación de la Diputación Foral o por los técnicos/as de LB. Todo ello con el propósito de controlar *a posteriori*, durante el proceso de muestreo, el resto de las variables, de tal manera que nos aproximemos al máximo a la mayor representatividad de la muestra seleccionada.

2. Se dividió la n muestral por cada una de las tres modalidades.
3. El resultado de esa división fue a su vez dividido, para cada columna, según porcentajes de personas que presentaban retraso mental más otro diagnóstico adicional, según estuviesen diagnosticadas por el EVO o valorados por los/as técnicos/as de Lantegi Batuak (LB).
4. Esta última cantidad se dividió por los porcentajes correspondientes a cada una de las cuatro categorías (con y sin diagnóstico del EVO).
5. El ajuste final del número de personas se estableció con el criterio de que por lo menos hubiera una persona dentro de cada cuadrícula de la rejilla, en detrimento de las categorías más pobladas (tabla 3). Excepto en lo concerniente a RM + TGD según Lantegi Batuak, ya que según los técnicos al detectarse en edades tempranas, se consideró que su diagnóstico correspondía al EVO.
6. Dado que, primero, puede resultar peyorativo para las personas con 56 o más años verse englobadas dentro de las categorías de otros diagnósticos, y, segundo, para garantizar una mínima representatividad en las casillas de la rejilla resultante, se separó un subgrupo 20 de personas mayores, respetando al máximo la proporcionalidad dentro LB. Este subgrupo se añade al de 50 previamente diseñado.

### **Procedimiento de selección del grupo experimental**

Después de obtener la rejilla, según el análisis antes mencionado, el procedimiento para la selección del grupo experimental fue el siguiente:

1. Se identificó el grupo de grupo de referencia son todos aquellos sujetos con D.I que **SI** tenían diagnósticos adicionales por parte del EVO o por valorados por el equipo técnico de Lantegi Batuak.
2. Se reunieron todos las personas candidatas de cada grupo subgrupo (según modalidad, tipo y autoría del doble diagnóstico). Para la selección de los sujetos del grupo experimental, se dió preferencia a aquellos que, están en los talleres que Lantegi Batuak tiene en Sestao, Txibila y Zorroza (Bilbao), dado que éstos son representativos de diversas características: entorno rural, urbano, de antigua o reciente creación, etc. Asimismo, se reducía el número de evaluadores. Para la selección dentro de un mismo grupo se ha tomado como referencia el orden alfabético por apellido, en el

caso de que hubiera necesidad de más de un sujeto para una categoría dada.

De todos modos cabe anotar que, en algunos casos no ha habido el suficiente número de personas que cumplieran las características requeridas, para la selección del grupo experimental, en los talleres antes mencionados; por lo cual, se recurrió a otros talleres de la Fundación, seleccionando a las personas que cumplieran las mismas condiciones y se seleccionaron según el orden alfabético por apellido.

3. Se comprobó, antes de aplicar el ICAP, si los porcentajes de la muestra experimental se aproximaban a los del conjunto de la población con discapacidad intelectual de la organización.
4. Se enjuiciaron críticamente (p.e. está bien documentada la hiperepresentación masculina en los TGD, 4 ó 5 hombres por cada mujer).

Se obtuvo la siguiente tabla:

#### DATOS MUESTRA D.I + OTRO DIAGNOSTICO

	Nº personas	PORCENTAJE
<b>TOTAL D.I</b>	50	100,00%

POR EDAD			
GRUPO	EDADES	Nº personas	PORCENTAJE
1	18-29 años	14	28,00%
2	30-39 años	20	40,00%
3	40-49 años	9	18,00%
4	50-55 años	3	6,00%
5	56-60 años	3	6,00%
6	61-65 años	1	2,00%
7	>65 años	0	0,00%

POR SEXO			
GRUPO	SEXO	Nº personas	PORCENTAJE
H	Hombres	27	54,00%
M	Mujeres	23	46,00%

POR MODALIDAD		
Centro Ocupacional	28	56,00%
C.E.E. 75% y 85% del SMI	9	18,00%
C.E.E. 100% del SMI y Operarios A,B,C	13	26,00%

POR PORCENTAJE DE MINUSVALÍA			
GRUPO	PORCENTAJES	Nº personas	PORCENTAJE
1	33% a 45%	14	28,00%
2	46%- a 64%	14	28,00%
3	65% a 79%	19	38,00%
4	> de 80%	3	6,00%

<b>ANTIGÜEDAD DIAGNOSTICO EVO POR DECENIOS</b>		
60-69	1	2,00%
70-79	3	6,00%
80-89	18	36,00%
90-99	24	48,00%
00-05	4	8,00%
Nd	0	0,00%

<b>DIAGNOSTICOS ADICIONALES</b>		
<b>PROBLEMÁTICA</b>	<b>EVO</b>	
	<b>nº personas</b>	<b>%/Muestra</b>
D.I + TRASTORNO MENTAL	19	38,00%
D.I + T. CONDUCTA	3	6,00%
D.I+ TRASTORNO GENERAL DEL DESARROLLO	3	6,00%
D.I + PLURIDEFICIENCIA	3	6,00%

<b>VALORACIÓN DE LB</b>		
	<b>nº personas</b>	<b>%/Muestra</b>
D.I + TRASTORNO MENTAL	11	22,00%
D.I + T. CONDUCTA	8	16,00%
D.I+ TRASTORNO GENERAL DEL DESARROLLO		
D.I + PLURIDEFICIENCIA	3	6,00%

<b>TOTAL (EVO + LB)</b>		
	<b>nº personas</b>	<b>%/Muestra</b>
D.I + TRASTORNO MENTAL	30	60,00%
D.I + T. CONDUCTA	11	22,00%
D.I+ TRASTORNO GENERAL DEL DESARROLLO	3	6,00%
D.I + PLURIDEFICIENCIA	6	12,00%
<b>TOTAL MUESTRA</b>	<b>50</b>	

5. Se efectuaron las correcciones finales.
6. Dado que la muestra presentaba porcentajes adecuados con los de la población general. Se procedió a aplicar el ICAP a todos los sujetos seleccionados.
7. Para la selección del grupo experimental de envejecimiento, se siguió el mismo procedimiento, pero sin tener en cuenta los dobles diagnósticos, sino que la condición fuera ser mayor de 56 años, según se indica en la tabla 3 (pag.16)

### **Procedimiento para la selección del grupo control:**

Una vez seleccionado el grupo experimental, de acuerdo a los criterios previamente establecidos, se procedió a la selección del grupo control.

Tomando como referencia el grupo experimental que tienen doble diagnóstico, se siguieron los siguientes criterios:

1. El grupo de referencia eran todos aquellos sujetos con D.I que **no** tienen diagnósticos adicionales por parte del EVO o de otros servicios y por lo tanto de LB.
2. Se dio preferencia a aquellos que están en los talleres que Lantegi Batuak tiene en Sestao, Txibila y Zorroza (Bilbao), ya que los técnicos que iban a aplicar el ICAP tenían acceso a estos talleres; además éstos son representativos de diversas características: entorno rural, urbano, de antigua o reciente creación, etc. Asimismo, se reducía el número de evaluadores.
3. En algunos casos no ha habido el suficiente número de personas que cumplieran las características requeridas, para la selección del grupo control, en los talleres antes mencionados; por lo cual, se recurrió a otros talleres de la Fundación, seleccionando a las personas en orden alfabético por apellido.
4. Para seleccionar a cada uno de los sujetos del grupo control, se tuvo en cuenta el tramo de edad (según criterios establecidos para el grupo experimental), el sexo y la modalidad (“c.o.” o “c.e.e de bajo rendimiento” o “c.e.e. 100% o superior”) de cada uno de las personas del grupo experimental. Se identificaron a aquellas personas que habiendo cumplido los requisitos anteriores (1, y 2, o en su caso el 3) presentaban las mismas características (edad, sexo, modalidad). De la lista resultante se tuvo en cuenta el orden alfabético por apellido.

De este modo se obtuvieron las primeras 50 personas del grupo control.

### **Tomando como referencia el grupo experimental D.I + ENVEJECIMIENTO se siguieron los siguientes criterios:**

1. El grupo de referencia eran todos aquellos sujetos con D.I **menores de 50 años, que no estuvieran en el grupo experimental o en el grupo control.**
2. Se dio preferencia a aquellos que están en los talleres que Lantegi Batuak tiene en Sestao, Txibila y Zorroza (Bilbao), ya que los técnicos que iban a aplicar el ICAP tenían acceso a estos talleres; además éstos son representativos de diversas características: entorno rural, urbano, de

antigua o reciente creación, etc. Asimismo, se reducía el número de evaluadores.

3. En algunos casos no ha habido el suficiente número de personas que cumplieran las características requeridas, para la selección del grupo control, en los talleres antes mencionados; por lo cual, se recurrió a otros talleres de la Fundación, seleccionando a las personas en orden alfabético por apellido.
4. Para seleccionar a cada uno de los sujetos del grupo control, se tuvo en cuenta el sexo y la modalidad (“c.e.” o “c.e.e de bajo rendimiento” o “c.e.e. 100% o superior”) de cada uno de las personas del grupo experimental. **Se descartó el tramo de edad.** Se identificaron a aquellas personas que habiendo cumplido los requisitos anteriores (1, y 2, o en su caso el 3) presentaban las mismas características (edad, sexo, modalidad). De la lista resultante se tuvo en cuenta el orden alfabético por apellido.

## **ANEXO 4.**

# **DESCRIPCIÓN DE LAS PARTES DE CONDUCTA ADAPTATIVA Y PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL ICAP (MONTERO, 1999)**

### **CONDUCTA ADAPTATIVA**

Los 77 ítems de conducta adaptativa del ICAP provienen, en un número de dos a cinco, de las 14 subescalas componentes de las SIB. Los ítems se distribuyen en cuatro escalas: Destrezas Motoras, Destrezas Sociales y Comunicativas, Destrezas de la Vida Personal y Destrezas de Vida en la Comunidad:

#### **1- DESTREZAS MOTORAS**

Esta escala mide destrezas de motricidad fina y gruesa, relativas a movilidad, forma física, coordinación motora general, coordinación visomotora y precisión de movimientos.

#### **2- DESTREZAS SOCIALES Y COMUNICATIVAS**

Evalúa destrezas, implicadas en la interacción social de distintos entornos y, también, comprensión y expresión del lenguaje, transmitido a través de signos, de forma escrita u oralmente.

#### **3- DESTREZAS DE LA VIDA PERSONAL**

Esta escala aborda la capacidad del sujeto para satisfacer sus propias necesidades de autonomía personal, generalmente en el marco del hogar y, en menor medida, en otros entornos sociales. Valora destrezas relacionadas con la comida y su preparación, uso del servicio, vestido, cuidado de sí y habilidades domésticas.

#### **4- DESTREZAS DE VIDA EN LA COMUNIDAD**

Esta escala evalúa habilidades necesarias para un adecuado uso de recursos y servicios de la sociedad, además de la capacidad para responder adecuadamente a los requerimientos económicos y sociales del mundo laboral y de otras situaciones sociales. Las áreas que mide incluyen, por ejemplo, el empleo del reloj, capacidad para ser puntual, dinero y valor de las cosas, destrezas relacionadas con el ámbito laboral y sentido de la orientación en el hogar y en la comunidad.

El ICAP dispone de una quinta escala, que se deriva de las cuatro anteriores, denominada Independencia General, que resume el funcionamiento adaptativo



del individuo. Aunque algunos señalan que la conducta adaptativa no es un concepto unitario, una puntuación global de conducta adaptativa (Índice de Independencia General) puede ser de utilidad para determinados propósitos.

Para puntuar los ítems de conducta adaptativa del ICAP debe estimarse en qué medida el sujeto puede realizar las conductas de los ítems sin ayuda o supervisión de una forma independiente. Esta valoración debe hacerse a partir de lo que el sujeto evaluado es capaz de desempeñar en el momento presente. Puede que la persona que completa el ICAP no haya tenido oportunidad de observar las conductas de uno de los ítems. En estos casos, la persona que responde al cuestionario debe hacer una estimación sobre cuál sería el grado en el que la persona evaluada realizaría las conductas del ítem. Para efectuar esta estimación la persona que contesta debe utilizar su conocimiento previo y pensar cómo realiza la persona evaluada actividades similares a las del ítem en cuestión. Esto es importante ya que no debe dejarse ningún ítem sin marcar. Es posible que la persona que se evalúa necesite que se le pida o se le recuerde que lo haga. Esto es así excepto para la puntuación de 3, en la que la persona realiza la/s conducta/s del ítem sin necesidad de que se le pida o recuerde. La valoración se desarrolla puntuando cada ítem con un: 0, 1, 2 o un 3, según el siguiente código:

0 = NUNCA O RARA VEZ, aun pidiéndoselo.

1 = LA REALIZA, AUNQUE NO BIEN, o 1/4 de las veces, tal vez necesite que se le pida que lo haga.

2 = LA REALIZA BIEN, o 3/4 de las veces, tal vez necesite que se le pida que lo haga.

3 = LA REALIZA MUY BIEN, siempre o casi siempre, no necesita que se le pida.

A continuación describimos las puntuaciones normativas que se obtienen de la parte de conducta adaptativa del ICAP:

**PUNTUACIONES DE ESCALA.** Las puntuaciones de escala se obtienen convirtiendo la Puntuación Directa de una escala (las cuatro escalas de Destrezas, más la de Independencia General) en puntuaciones W, consultado para ello la tabla apropiada. Las puntuaciones W facilitan el análisis de datos y, entre otras cosas, permiten que nunca se trabaje con números negativos, favoreciendo así labores de interpretación e investigación. Por convención, se ha escogido el valor de 500 para representar la capacidad de un niño sin discapacidades de aproximadamente 10 años y medio.

**PUNTUACIONES DE EDAD.** Indican el rendimiento de una persona, expresándolo en edades cronológicas. Estas Puntuaciones comparan la ejecución de la persona con los promedios de la norma estadística. Si, por ejemplo, una persona obtiene una Puntuación de Edad de 8 años y 3 meses en una escala, quiere decir que ha dominado las destrezas que son capaces de realizar la mayoría de las personas con 8 años y 3 meses. Las

personas con problemas físicos o discapacidades pueden obtener Puntuaciones de Edad muy dispares en las diferentes escalas. Este tipo de Puntuaciones tienen una limitada utilidad cuando se emplean con adultos y adolescentes que sobrepasan el límite, o "techo", de capacidad del test.

**RANGOS INSTRUCTIVOS.** Proporcionan dos Puntuaciones de Edad, para señalar dos niveles entre los que, probablemente, la persona percibiría las destrezas de conducta adaptativa, de un posible programa de intervención individual, como "fáciles" (en la edad más baja) o "difíciles" (en la edad mayor). Entre estas dos edades podría ubicarse el abanico de dificultad de las actividades que compondrán dicho programa.

**PUNTUACIONES DIFERENCIALES DE ESCALA.** Los Percentiles, las Puntuaciones Típicas y el Índice de Rendimiento Relativo se basan en la diferencia que existe entre la puntuación obtenida por un sujeto en un escala y la puntuación promedio de su grupo de edad. Una Puntuación Diferencial de 0 indicaría que la puntuación de la persona es la misma que la de la media de su grupo de edad. Estas puntuaciones no suelen utilizarse para la mayoría de aplicaciones del ICAP, debido a su carácter intermediario, aunque pueden ser útiles en la investigación.

**PERCENTILES.** Como es bien sabido, expresan el porcentaje (del 1 al 99) de personas de la misma edad cronológica que tienen una puntuación igual o inferior a la del sujeto.

**PUNTUACIONES TIPICAS.** Utilizando estas Puntuaciones, la media de la población tiene un valor de 100 y una desviación típica de 15. Si el sujeto alcanzase una puntuación de 100, estaría en la media. Es decir, su edad cronológica sería igual a la de su Puntuación de Edad en una determinada escala. Una puntuación de 70 estaría dos desviaciones típicas por debajo de la media. Estas Puntuaciones tienen las características de distribución de muchos tests de inteligencia, es decir, una media de 100 y una desviación típica de 15.

**INDICE DE RENDIMIENTO RELATIVO.** Este Índice proporciona una predicción sobre el funcionamiento probable del individuo en tareas similares a las que se han evaluado. El Índice de Rendimiento Relativo predice el nivel de funcionamiento independiente del sujeto en un tipo de tareas que su grupo de referencia es capaz de realizar con un 90% de independencia. Su interpretación es similar a la de los índices Snellen, para describir la agudeza visual.

Una mayor diferencia entre la Puntuación de Escala del individuo y la de su grupo de referencia, daría lugar, en sentido positivo o negativo, a un mayor o menor nivel de independencia predicha. Con una diferencia de 0 se tendría un Índice de 90/90, es decir, una ejecución igual a la del grupo de referencia. Este Índice es de particular valor ya que no se limita a situar a una persona en relación a un grupo, sino que describe la calidad relativa de su ejecución comparándola con la del grupo de referencia.

**NIVELES DE FUNCIONAMIENTO.** Las Puntuaciones Diferenciales de Escala pueden transformarse en Niveles de Funcionamiento: muy superior, superior, medio-alto, medio, medio-bajo, bajo y muy deficitario. A la hora de comunicar los resultados, estos Niveles pueden proporcionar unas categorías más directamente comprensibles que los guarismos de las Puntuaciones Diferenciales de Escala.

**INTERVALO DE CONFIANZA.** Indica la precisión con la que mide un test. Se obtiene sumando y restando 1 error típico de medida a una de las puntuaciones del ICAP.

## **PROBLEMAS DE CONDUCTA**

El ICAP evalúa los problemas de conducta a través de ocho áreas. En cada una de ellas se ofrece una serie de ejemplos ilustrativos de las conductas que incluyen. Estas son las áreas, y ejemplos de conductas, de esta parte del ICAP:

1- **COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO O DAÑO A SI MISMO.** Se hace daño en su propio cuerpo -por ejemplo: golpeándose, dándose cabezazos, arañándose, cortándose o pinchándose, mordiéndose, frotándose la piel, tirándose del cabello, pellizcándose o mordiéndose las uñas-.

2- **HETEROAGRESIVIDAD O DAÑO A OTROS.** Causa dolor físico a otras personas o a animales -por ejemplo: golpeando, dando patadas, mordiendo, pinchando, arañando, tirando del pelo, golpeando con otro objeto-.

3- **DESTRUCCION DE OBJETOS.** Intencionalmente rompe, estropea o destruye cosas -por ejemplo: golpeando, rasgando o cortando, tirando, quemando, picando o rayando-.

4- **CONDUCTA DISRUPTIVA.** Interfiere las actividades de otros -por ejemplo: abrazándose en exceso a otros, acosándoles o importunándoles, discutiendo o quejándose, buscando pelea, riéndose o llorando sin motivo, interrumpiendo, gritando o chillando-.

5- **HABITOS ATIPICOS Y REPETITIVOS (ESTEREOTIPIAS).** Son conductas poco usuales, extrañas, que se repiten una y otra vez -por ejemplo: ir y venir por la habitación, balancearse, torcerse los dedos, chuparse sus manos u otros objetos, dar sacudidas con partes de su cuerpo (tics nerviosos), hablar solo, rechinar los dientes, comer tierra u otros objetos, comer excesivamente poco o de manera exagerada, mirar fijamente a un objeto o al vacío, hacer muecas o ruidos extraños-.

6- **CONDUCTA SOCIAL OFENSIVA.** Son conductas que ofenden a otros -por ejemplo: hablar en voz muy alta, blasfemar o emplear un lenguaje soez, mentir, acercarse demasiado o tocar en exceso a otros, amenazar, decir tonterías, escupir a otros, meterse el dedo en la nariz, eructar, expeler ventosidades, tocarse los genitales, orinar en lugares no apropiados-.

7- RETRAIMIENTO O FALTA DE ATENCION. Son problemas de falta de relación con otros o de carencia de atención -por ejemplo: mantenerse alejado de otras personas, expresar temores poco corrientes, mostrarse muy inactivo, triste o preocupado, manifestar muy poca concentración en diversas actividades, dormir excesivamente, hablar negativamente de sí mismo-.

8- CONDUCTAS NO COLABORADORAS. Son conductas en las que la persona no colabora -por ejemplo: negarse a obedecer, no hacer sus tareas o no respetar las reglas, actuar de forma desafiante o poner mala cara, negarse a asistir a la escuela o al trabajo, llegar tarde a la escuela o al trabajo, negarse a compartir o esperar su turno, engañar, robar o no respetar la ley-.

Para puntuar los items de esta parte del ICAP, primeramente, la persona que responde debe indicar si la persona evaluada muestra o no problemas de conducta en un área o categoría dada. Si es así, debe entonces describirse el problema de conducta que ocasiona más dificultades, en caso de que hubiera varios. Hay que escribir cuál es el problema principal a continuación de la frase: "si la respuesta es 'sí', describa el PROBLEMA PRINCIPAL". En el caso de que la persona evaluada presente un problema de conducta diferente a los aportados en los ejemplos, quien evalúa debe describirlo también después de la frase anterior, dentro del área de problemas de conducta que corresponda.

Una vez descrito el problema principal hay que valorarlo en cuanto a su gravedad y frecuencia, marcando lo que proceda, de acuerdo al sistema de puntuación que se expresa a continuación:

**GRAVEDAD:**

- 0. No es grave; no es un problema
- 1. Ligeramente grave; es un problema leve
- 2. Medianamente grave; es un problema moderado
- 3. Muy grave; es un problema grave
- 4. Extremadamente grave; es un problema muy grave

**FRECUENCIA:**

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. De una a tres veces al mes
- 3. De una a seis veces por semana
- 4. De una a diez veces al día
- 5. Una o más veces en una hora

Las puntuaciones obtenidas en las ocho áreas se transforman después en cuatro Indices de Problemas de Conducta: Interno, Externo, Asocial y General.

**INDICE INTERNO.** Agrupa las áreas de: Comportamiento Autolesivo o Daño a Sí Mismo, Hábitos Atípicos y Repetitivos (Estereotipias) y Retraimiento o Falta de Atención.

INDICE EXTERNO. Se compone de: Heteroagresividad o Daño a Otros, Destrucción de Objetos y Conducta Disruptiva.

INDICE ASOCIAL. Queda reflejado en las áreas de Conducta Social Ofensiva y Conductas no Colaboradoras.

El Índice General de Problemas de Conducta sintetiza los resultados en las ocho áreas de problemas de conducta.

El ICAP registra, además, la respuesta que dan habitualmente las personas del entorno a los problemas de conducta que se evalúan. La descripción de los problemas de conducta más importantes, la valoración de su gravedad y frecuencia y la respuesta que habitualmente reciben en su entorno, constituyen aspectos básicos de la evaluación con vistas a una intervención posterior.

### **NIVEL DE SERVICIO DEL ICAP**

Para diseñar las Puntuaciones y Nivel de Servicio del ICAP los autores llevaron a efecto varios estudios en los que analizaron la influencia de diversos factores en el proceso de evaluación, ubicación en un programa dado y toma de decisiones sobre un caso. Estos factores incluían, por ejemplo, el diagnóstico, conducta adaptativa, problemas de conducta, el estado de salud, presencia de deficiencias físicas, apoyo familiar y social, etc. Debido a que el ICAP incorpora todas estas áreas, se decidieron a estudiar, de una manera objetiva, la influencia de estas características en las necesidades de servicio de personas con discapacidad.

Los autores originales de la prueba emprendieron una serie de análisis de regresión exploratorios en los que emplearon como variables dependientes la estancia en residencias o en servicios de día, además de estimaciones del nivel de servicio que la persona estaba recibiendo en función de su capacidad. Las variables independientes incluían diagnóstico, movilidad, varios aspectos médicos, puntuaciones de conducta adaptativa e Índices de Problemas de Conducta. Los análisis de regresión utilizados indicaron que el poder predictivo de la necesidad de servicio de todos estos aspectos añadían poco al de la puntuación de Independencia General.

Producto de estas constataciones se llegó al Nivel de Servicio del ICAP, un índice de la necesidad de supervisión y/o atención del individuo dentro de servicios educativos o sociales. Se trata de una estimación en la que la Puntuación de Independencia general tiene un 70 % del peso, y un 30 % la del Índice General de Problemas de Conducta. El Nivel de Servicio es producto de la conversión de las Puntuaciones de Servicio en nueve categorías significativas. Véanse a continuación, a modo de ejemplo, los significados de los cinco niveles impares del Nivel de Servicio del ICAP:

- 1- Total atención a la persona y/o supervisión completa
- 3- Intensa atención a la persona y/o constante supervisión
- 5- Periódica atención a la persona y/o estrecha supervisión
- 7- Limitada atención a la persona y/o supervisión periódica
- 9- Sin necesidad de ayuda (o muy poco frecuente) en la vida diaria

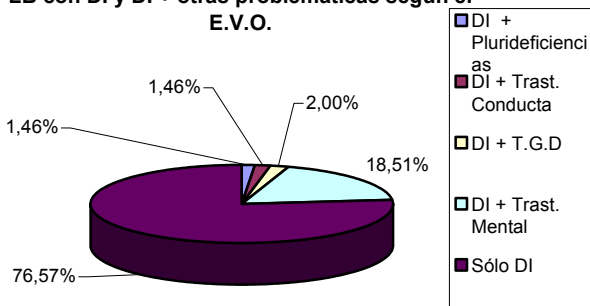
## ANEXO 5.

# TABLAS Y GRÁFICOS COMPARATIVOS DE PERSONAS DE L.B. CON D.I. Y OTRAS PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS (CATEGORÍAS DE FEAPS) SEGÚN EL EQUIPO DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA D.F.B. Y LANTEGI BATUAK

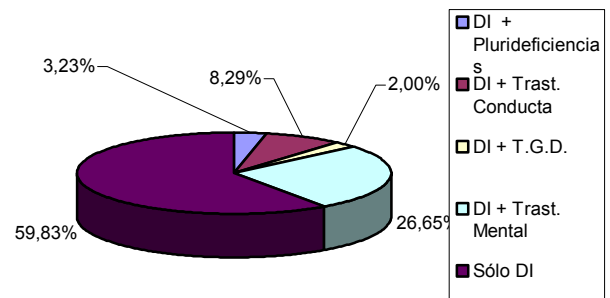
E.V.O.			
	C.O	C.E.E	TOTAL
DI + Plurideficiencias	12	7	19
DI + Trast. Conducta	12	7	19
DI + T.G.D	24	2	26
DI + Trast. Mental	135	106	241
Sólo DI	549	448	997
<b>Subtotal</b>	<b>732</b>	<b>570</b>	<b>1302</b>

TOTAL E.V.O. Y L.B.			
	C.O	C.E.E	TOTAL
DI + Plurideficiencias	33	9	42
DI + Trast. Conducta	54	54	108
DI + T.G.D.	24	2	26
DI + Trast. Mental	196	151	347
Sólo DI	425	354	779
<b>Subtotal</b>	<b>732</b>	<b>570</b>	<b>1302</b>

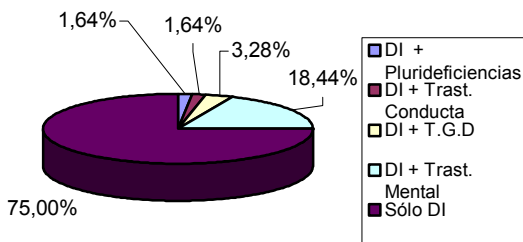
Comparativa de porcentaje de personas de LB con DI y DI + otras problemáticas según el E.V.O.



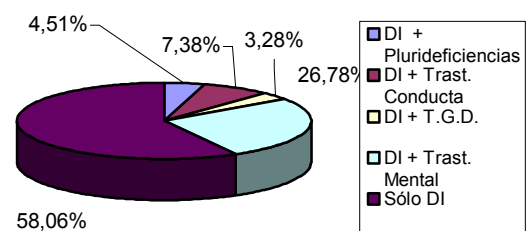
Comparativa de porcentaje de personas de LB con DI y DI + otras problemáticas



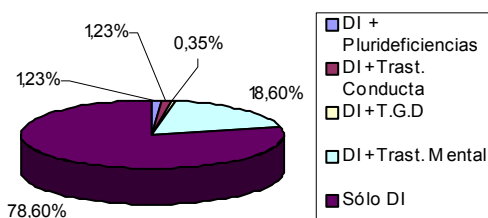
Comparativa de porcentaje de personas de C.O con DI y DI + otras problemáticas en LB según el E.V.O



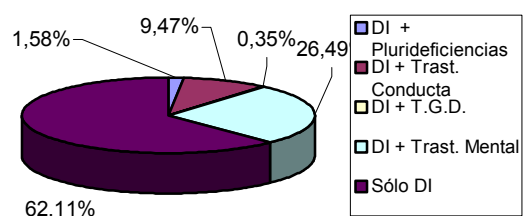
Comparativa de porcentaje de personas de C.O con DI y DI + otras problemáticas en LB



Comparativa de porcentaje de personas de C.E.E con DI y DI + otras problemáticas en LB según el E.V.O

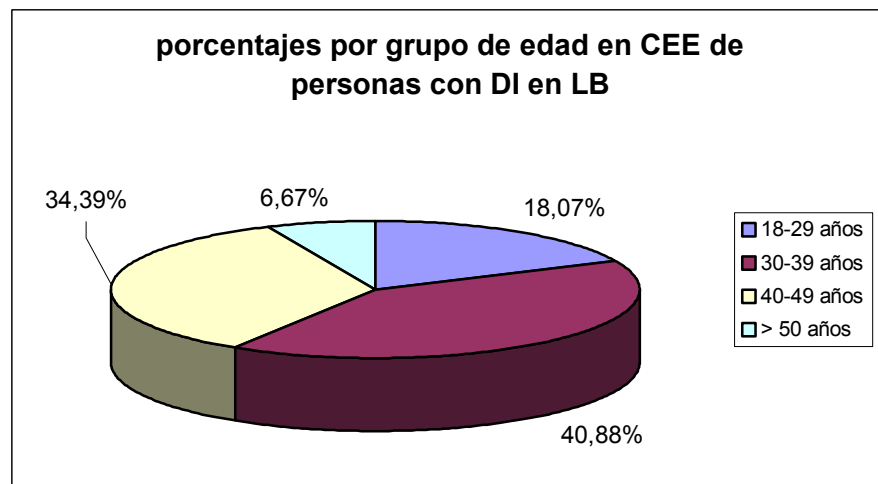
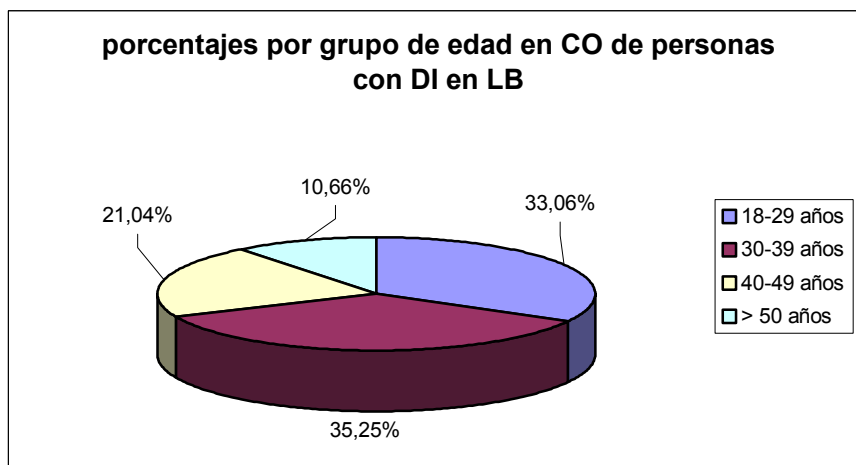
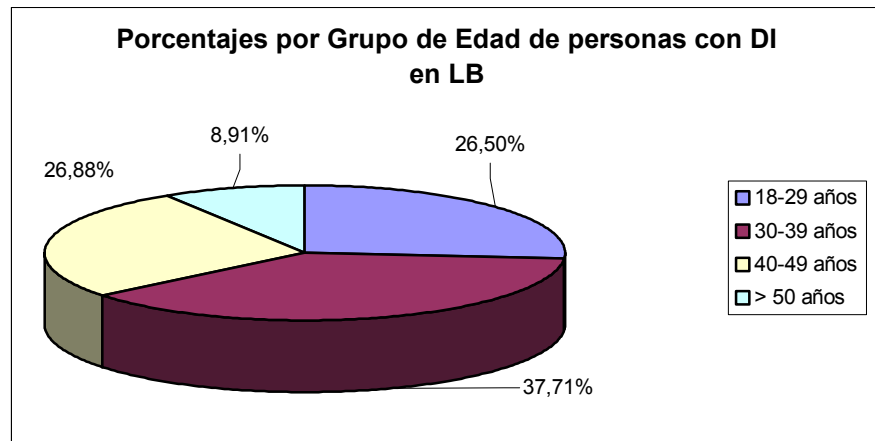


Comparativa de porcentaje de personas de C.E.E con DI y DI + otras problemáticas en LB



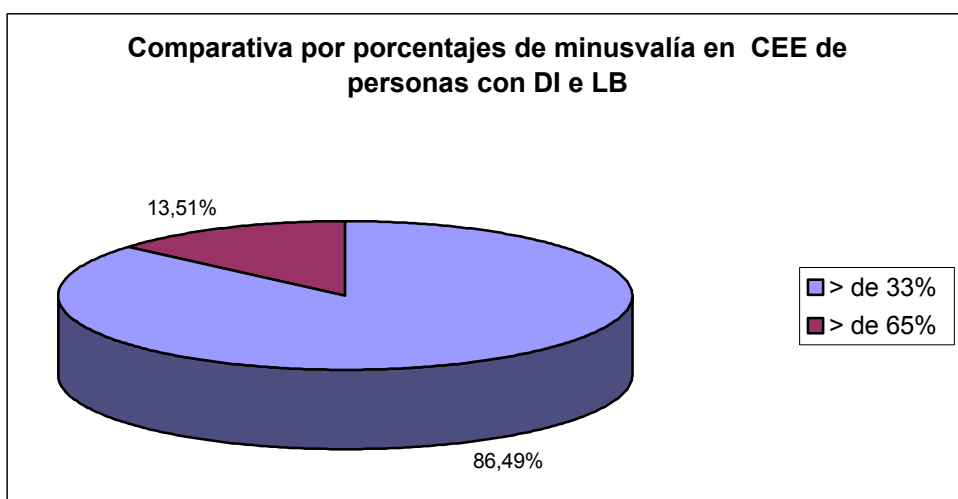
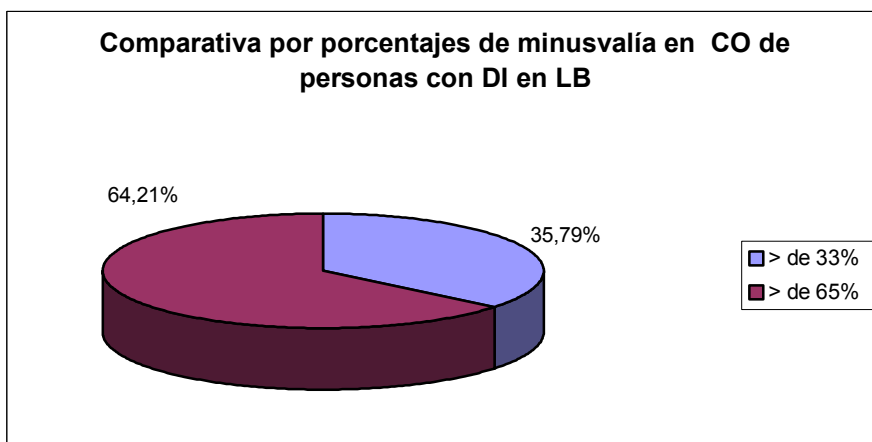
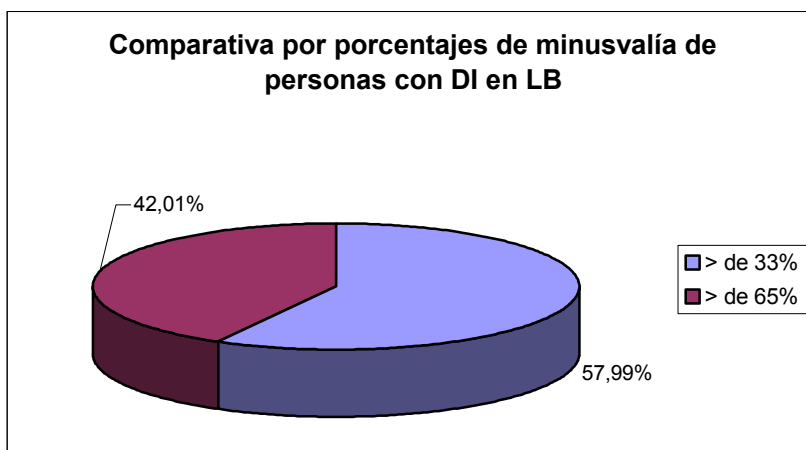
## TABLAS Y GRÁFICOS COMPARATIVOS DE PERSONAS DE L.B. CON D.I. POR EDAD

INTERVALO	C.O.	C.E.E	TOTAL
18-29 años	242	103	345
30-39 años	258	233	491
40-49 años	154	196	350
> 50 años	78	38	116
<b>Subtotal</b>	<b>732</b>	<b>570</b>	<b>1302</b>



## TABLAS Y GRÁFICOS COMPARATIVOS DE PERSONAS DE L.B. CON D.I. POR PORCENTAJE DE MINUSVALÍA

INTERVALO	C.O	C.E.E	TOTAL
> de 33%	262	493	755
> de 65%	470	77	547
<b>Subtotales</b>	<b>732</b>	<b>570</b>	<b>1302</b>





## TABLAS Y GRÁFICOS COMPARATIVOS DE PERSONAS DE L.B. CON D.I. SEGÚN ANTIGÜEDAD DEL DIAGNÓSTICO DEL EVO

INTERVALO	C.O	C.E.E	TOTAL
1960-1969	1	1	2
1970-1979	66	50	116
1980-1989	278	238	516
1990-1999	259	225	484
2000-2005	125	56	181
No determinado	3	0	3
<b>Subtotal</b>	<b>732</b>	<b>570</b>	<b>1302</b>

